



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Projet annuel de performances

Annexe au projet de loi de finances pour 2026

Budget général
Mission ministérielle

Santé



2026

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 2026 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 2026 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2025, il a été décidé de retraiter, lorsque cela était pertinent, les données de la loi de finances pour 2025 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2026.

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 2026 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 x 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	32
Justification par action	33
11 – Pilotage de la politique de santé publique	33
12 – Santé des populations	39
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	41
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	52
16 – Veille et sécurité sanitaire	55
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	57
18 – Projets régionaux de santé	59
19 – Modernisation de l'offre de soins	59
Récapitulation des crédits et emplois alloués aux opérateurs de l'État	61
Opérateurs	62
INCa - Institut National du Cancer	62
PROGRAMME 183 : Protection maladie	67
Présentation stratégique du projet annuel de performances	68
Objectifs et indicateurs de performance	69
1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	69
2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	70
Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales	73
Justification au premier euro	75
Éléments transversaux au programme	75
Dépenses pluriannuelles	76
Justification par action	77
02 – Aide médicale de l'Etat	77
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	84
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)	87
Présentation stratégique du projet annuel de performances	88
Objectifs et indicateurs de performance	90
1 – Assurer le déploiement du volet « sanitaire » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience	90
2 – Assurer le déploiement du volet « médico-social » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience	92
Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales	93

Justification au premier euro	94
<i>Éléments transversaux au programme</i>	94
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	95
<i>Justification par action</i>	96
<i>02 – Ségur investissement du PNRR</i>	96

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 « Reversement 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.

La mission « Santé » regroupe les crédits du budget de l'État consacrés à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé publique. Elle accorde une priorité forte à la prévention, tout en visant à garantir la sécurité sanitaire et à structurer une offre de soins de qualité, accessible à l'ensemble de la population sur l'ensemble du territoire.

La France occupe en 2023 la 11e position en matière d'espérance de vie au sein des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), et a ainsi gagné deux places par rapport à 2021.

Notre système de santé doit néanmoins aujourd'hui 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.

Pour lui permettre de s'y adapter à moyen et long terme, un engagement collectif est nécessaire ; il s'agit de mobiliser tous les acteurs afin de réduire les inégalités et de consolider une 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.

Dans ce cadre, **le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »** vise à améliorer durablement l'état de santé de la population française, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales. Cet objectif s'appuie sur la conception et la mise en œuvre de programmes nationaux pilotés par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). La sécurité sanitaire en constitue un pilier central, afin d'assurer la protection de la population face à des événements sanitaires majeurs, à l'image de la pandémie de Covid-19 ou de la résurgence 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.

Les agences sanitaires sous l'autorité de la DGS 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 l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail - ANSES.

Focus axes et indicateurs INCA & ANSES.

L'efficacité des actions contenus dans ce programme s'apprécie à court, moyen et long terme. Ainsi, les indicateurs associés à l'**objectif 1 « Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé »** permettent d'évaluer l'impact des politiques de prévention, notamment à travers le suivi du dépistage des cancers, de la prévalence du tabagisme, de la sédentarité, du surpoids, ainsi que des niveaux de couverture vaccinale.

Les axes stratégiques des contrats d'objectifs et de performance (COP) de l'INCa et de l'ANSES se traduisent en objectifs opérationnels, chacun assorti d'indicateurs de suivi. Le contrat d'objectifs et de performance de l'INCa pour la période 2021-2025 arrive à échéance fin 2025. Un nouveau contrat d'objectifs et de performance est en préparation pour la période 2026-2030.

Pour garantir un pilotage efficace et réactif des agences, l'avancement de ces indicateurs est suivi et présenté sous forme de jalons, à fréquence annuelle ou à 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 à travers 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. Bien que le Plan national de relance et de résilience (PNRR) soit en voie d'achèvement, la budgétisation du programme 379 est rééchelonnée jusqu'en 2028.

PRINCIPALES REFORMES

Les dispositifs relevant de la mission « Santé » seront maintenus en 2026. Un effort particulier est prévu sur l'ensemble des actions nécessitant de la part des acteurs d'approfondir l'efficacité 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 est 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 fonds de concours Covid a été abondé pour la dernière fois en décembre 2022 et clôturé en 2024. 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 2026, 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 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	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Etat de santé perçue	%	64,9	Non connue	66	66,5	67	67,5

Précisions méthodologiques

Source des données :

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

Eurostat récupère les données des instituts nationaux de statistique et met en ligne, en début d'année N+2, les données sur l'état de santé perçue 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 perçue.

Les prévisions (de 2025 à 2028) ont été réalisées en vue de faire progressivement un rattrapage post-Covid (+0,5 point chaque année). La donnée de l'année 2023 étant plus basse que celle anticipée en 2023, les prévisions ont été mises à jour sur cette nouvelle base.

Indicateur 1.2 : Espérance de vie en bonne santé

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance		Sans objet	Sans objet	67,1	67,3	67,3	67,7
1. Hommes	année	63,6	Non connu	66,4	66,6	66,8	67,0
2. Femmes	année	64,2	Non connu	67,8	68	68,2	68,4
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans		Sans objet	Sans objet	12,8	13	13,2	13,4
1. Hommes	année	10,5	Non connu	12,1	12,3	12,5	12,7
2. Femmes	année	12	Non connu	13,4	13,6	13,8	14

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.

Cet indicateur est basé sur des données auto-déclarées et est donc, dans une certaine mesure, affecté par la formulation des questions de l'enquête, 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 limitées dans leur activité que les personnes vivant dans des ménages privés. Il est donc probable que, dans une certaine mesure, cette source de données sous-estime le pourcentage de la population limitée dans ses activités. Une autre limite de l'indicateur est le nombre limité de répondants, l'affectant par une variance d'échantillonnage. Il en résulte une incertitude dans l'estimation de l'indicateur dû au fait qu'on tire un échantillon aléatoire. Cette incertitude n'a pas encore été estimée par la DREES. Ainsi, les évolutions des EVSI d'une année sur l'autre doivent être analysées avec précaution. Il est plus pertinent d'analyser les évolutions des indicateurs à moyen ou long terme, moins sensibles aux fluctuations liées au mode de calcul.

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.

En France, l'espérance de vie s'allonge régulièrement. Ces années supplémentaires de vie ne sont cependant pas toutes nécessairement vécues « en bonne santé ». En 2023, à 65 ans, les hommes peuvent espérer vivre 10,5 ans sans incapacité et les femmes 12 ans. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse régulièrement depuis 2008, pour les femmes (+1 an et 11 mois) comme pour les hommes (+1 an et 10 mois). Sur cette période, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a crû plus vite que l'espérance de vie. Les prévisions (de 2025 à 2028) 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 2025 ET 2026

Programme / Action / Sous-action LFI 2025 PLF 2026	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	219 499 664 210 471 256	-4,11 %		211 729 644 213 801 236	+0,98 %	
11 – Pilotage de la politique de santé publique	52 747 240 44 897 240	-14,88 %		52 777 220 44 927 220	-14,87 %	
12 – Santé des populations	919 887 919 887			919 887 919 887		
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	43 532 163 53 132 163	+22,05 %		43 532 163 53 132 163	+22,05 %	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	28 269 998 28 109 998	-0,57 %		28 269 998 28 109 998	-0,57 %	
16 – Veille et sécurité sanitaire	19 426 322 7 607 914	-60,84 %		19 426 322 7 607 914	-60,84 %	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 261 537 4 261 537			4 261 537 4 261 537		
19 – Modernisation de l'offre de soins	70 342 517 71 542 517	+1,71 %		62 542 517 74 842 517	+19,67 %	
183 – Protection maladie	1 216 300 000 1 216 300 000			1 216 300 000 1 216 300 000		
02 – Aide médicale de l'Etat	1 208 300 000 1 208 300 000			1 208 300 000 1 208 300 000		
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)	54 000 000 242 000 000	+348,15 %		54 000 000 242 000 000	+348,15 %	
02 – Ségur investissement du PNRR	54 000 000 242 000 000	+348,15 %		54 000 000 242 000 000	+348,15 %	
Totaux	1 489 799 664 1 668 771 256	+12,01 %		1 482 029 644 1 672 101 236	+12,83 %	

RECAPITULATION DES CREDITS PAR PROGRAMME ET TITRE POUR 2025, 2026, 2027 ET 2028

Programme / Titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus
LFI 2025 PLF 2026 Prévision indicative 2027 Prévision indicative 2028						
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	219 499 664 210 471 256 197 679 756 187 700 391	-4,11 % -6,08 % -5,05 %		211 729 644 213 801 236 200 409 736 194 730 371	+0,98 % -6,26 % -2,83 %	
Titre 2 – Dépenses de personnel	700 000 700 000 700 000 700 000			700 000 700 000 700 000 700 000		
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	116 838 967 96 325 892 126 522 046 116 622 046	-17,56 % +31,35 % -7,82 %		116 868 947 96 355 872 129 222 046 123 622 046	-17,55 % +34,11 % -4,33 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	101 960 697 113 445 364 70 457 710 70 378 345	+11,26 % -37,89 % -0,11 %		94 160 697 116 745 364 70 487 690 70 408 325	+23,99 % -39,62 % -0,11 %	
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 1 216 300 000 1 216 300 000		
Titre 6 – Dépenses d'intervention	1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000			1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000		
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)	54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000	+348,15 %		54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000	+348,15 %	
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000	+348,15 %		54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000	+348,15 %	
Totaux	1 489 799 664 1 668 771 256 1 655 979 756 1 646 000 391	+12,01 % -0,77 % -0,60 %		1 482 029 644 1 672 101 236 1 658 709 736 1 653 030 371	+12,83 % -0,80 % -0,34 %	

ÉVOLUTION DEPUIS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2025

Programme ou type de dépense AE CP	2025				2026
	PLF	LFI	LFR	LFI + LFR	PLF
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	229 499 664 221 729 644	219 499 664 211 729 644		219 499 664 211 729 644	210 471 256 213 801 236
Dépenses de personnel (Titre 2)	700 000 700 000	700 000 700 000		700 000 700 000	700 000 700 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	228 799 664 221 029 644	218 799 664 211 029 644		218 799 664 211 029 644	209 771 256 213 101 236
183 – Protection maladie	1 327 592 126 1 327 592 126	1 216 300 000 1 216 300 000		1 216 300 000 1 216 300 000	1 216 300 000 1 216 300 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	1 327 592 126 1 327 592 126	1 216 300 000 1 216 300 000		1 216 300 000 1 216 300 000	1 216 300 000 1 216 300 000
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)	94 000 000 94 000 000	54 000 000 54 000 000		54 000 000 54 000 000	242 000 000 242 000 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	94 000 000 94 000 000	54 000 000 54 000 000		54 000 000 54 000 000	242 000 000 242 000 000

RECAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

Programme	LFI 2025					PLF 2026				
	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
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins			131	30	161			132	30	162
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			132	30	162

PROGRAMME 204

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Didier LEPELLETIER

Directeur général de la santé

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

En 2026, la politique de prévention, de sécurité sanitaire et d'organisation de l'offre de soins s'inscrira dans une dynamique visant à réduire les inégalités de santé, tout en renforçant l'action sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux, dans le cadre du projet stratégique 2024-2026 de la Direction générale de la santé.

En mobilisant notamment les crédits du programme 204, ces orientations permettront de renforcer l'efficacité de la prévention, d'assurer un haut niveau de sécurité sanitaire et de garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire à travers les axes suivants :

- 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) figurent - aux côtés des autres agences sanitaires financées au sein du 6^e sous-objectif de l'ONDAM - parmi les membres de droit du comité d'animation du système d'agences (CASA), piloté par la Direction générale de la Santé.

Institué par le décret du 20 novembre 2017, le comité d'animation du système d'agences (CASA) vise à garantir la cohérence des travaux des agences sanitaires et à assurer une coordination stratégique de leurs actions en matière de prévention et de sécurité sanitaire.

Plus spécifiquement, l'action de l'INCa et de l'ANSES est encadrée par des contrats d'objectifs et de performance (COP), élaborés en concertation avec les directions d'administration centrale tutelles. Ces contrats formalisent les priorités stratégiques assignées à chaque opérateur ainsi que les principaux indicateurs de suivi. Le COP de l'INCa, couvrant la période 2021-2025, s'inscrit dans la première phase de mise en œuvre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Un nouveau COP, couvrant la période 2026-2030, est en cours d'élaboration et répondra aux objectifs fixés dans le cadre du second volet de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Celui de l'ANSES, couvrant la période 2023-2027, porte notamment l'ambition de consolider l'approche « Une seule santé », qui postule l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et les écosystèmes.

La mise en œuvre de ces contrats fait l'objet d'un suivi rapproché au travers de réunions bilatérales entre la DGS et les agences, organisées à une fréquence mensuelle ou trimestrielle.

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

Les enjeux de la période actuelle soulignent 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. Le programme 204 finance ainsi dans ce domaine, nombre d'initiatives émanant d'acteurs institutionnels et associatifs.

Face aux enjeux croissants en matière d'innovation, de régulation et d'accès aux traitements et pour mieux répondre aux attentes des citoyens, des professionnels et des partenaires institutionnels, les compétences et les expertises de la DGS (direction générale de la santé) et de la DGOS (direction générale de l'offre de soins) en matière d'organisation du suivi et du traitement des sujets liés à la recherche et aux produits de santé ont été revues.

Ainsi, depuis le 1^{er} septembre, en application du décret n° 2025-841 du 22 août 2025, la DGOS centralise l'ensemble des volets de la recherche en santé et en assure le pilotage sur tout le continuum. Une nouvelle sous-direction recherche et innovation est créée à la DGOS, composée de deux bureaux et d'une mission : un bureau traitant l'organisation et le financement de la recherche, un nouveau bureau en charge de l'élaboration des textes législatifs, réglementaires, européens et internationaux permettant de mettre en œuvre les politiques de recherche clinique et enfin, la mission maladies rares.

La DGS assure quant à elle une vision intégrée sur tous les enjeux liés aux produits de santé, de l'accès à la régulation et au financement, en ville comme à l'hôpital. Un nouveau bureau organise l'accès aux produits de santé – en particulier innovants – en établissement de santé. Il évalue, définit leurs modes de financement en lien avec la DSS (direction de la sécurité sociale) et veille à la sécurité de leur mise à disposition et à l'adéquation de leur circuit de distribution aux besoins des patients.

- 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 CORRUSS dont la certification ISO 9001 doit être régulièrement revalidée. Le développement et la maintenance en conditions opérationnelles de 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 et la maintenance de stocks de contre-mesures disponibles en cas de crise majeure, via l'exécution du projet de stocks européens « rescEU » pour faire aux risques notamment pandémiques et NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques). In fine, l'intégralité de ces stocks est financée par la Commission européenne, via le fonds de concours dédié sur le programme.

- 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 97 % 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), qui couvrent désormais 90 % du territoire, ou les maisons et centres de santé pluriprofessionnels (avec un objectif de 4000 structures fixé 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 que doit intervenir la passation d'un marché de conception-réalisation pour la reconstruction de l'hôpital de Futuna.

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

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	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	56,2	54	62	59	62	65

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 :

Agence nationale de santé publique (ANSP, dite Santé publique France), CNAM.

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 baisse progressive observée depuis 2021, la couverture vaccinale contre la grippe s'est stabilisée en 2025 chez les personnes de 65 ans et plus. S'appuyant sur cette stabilisation, la prochaine campagne vise à relancer une

progression graduelle de la couverture vaccinale, en mobilisant deux leviers : la mise à disposition des vaccins antigrippaux améliorés pour cette tranche d’âge et le renforcement des actions de communication.

Ces actions prendront la forme suivante :

- l’assurance maladie enverra dans la semaine de lancement de la campagne un message de rappel aux assurés invités pour les inciter à se vacciner dès l’ouverture de la campagne ;
- un message de relance sera envoyé à la mi-novembre aux assurés pour lesquels aucun remboursement de vaccination n’a été enregistré ;
- ce message sera doublé d’un appel pour les nouveaux entrants de 65 ans et plus qui ne se seraient pas vaccinés ;
- une communication ciblée sera faite à destination des personnes âgées de 65 ans et plus (film à la télévision et vidéo sur demande, spots radio) ;
- la sensibilisation mettra l’accent sur la gravité de la grippe et les complications.

Toutefois, dans un contexte marqué par un sentiment de surexposition à la vaccination (lié à la concomitance des vaccinations contre la Covid-19 et le virus respiratoire syncytial [VRS]) et de lassitude vaccinale, l’objectif reste mesuré pour la campagne 2025-2026 : une progression de 5 points par rapport au taux de réalisation 2024, soit une couverture vaccinale cible de 59 %. A noter qu’en dépit des actions qui seront mises en place, 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 notamment la sévérité et la durée de l’épidémie.

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	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	35,3	28,4	51,4	58,2	65	66,7
1. FEMMES	%	36,7	29,3	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	33,8	27,5	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

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 :

Agence nationale de santé publique (ANSP, dit Santé publique France) pour le traitement des données 2024, 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 à N / Population moyenne éligible sur la période N-1 à N) pour l’année 2023. La population moyenne éligible est obtenue en faisant la moyenne arithmétique de la population cible Insee des personnes de 50 à 74 ans des années civiles N-1 à N, à laquelle il faut soustraire le nombre moyen (moyenne arithmétique) des personnes de 50 à 74 ans exclues du programme pour des raisons médicales au cours de ces deux années civiles.

Pour l'année 2024, compte tenu de la non-disponibilité des données relatives aux personnes exclues du programme national de dépistage du cancer colorectal, seuls les taux de participation-population cible ont pu être calculés par l'ANSP. La comparaison avec les années antérieures n'est donc pas possible.

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).

Depuis 2020, le ministère chargé de la santé a engagé plusieurs évolutions pour faciliter l'accès au dépistage organisé du cancer colorectal. L'arrêté du 1^{er} octobre 2020 a introduit la possibilité de commander en ligne le kit de dépistage, ainsi qu'une expérimentation nationale d'envoi automatique du kit dès réception de l'invitation. En complément, l'arrêté du 1^{er} avril 2022 a permis aux pharmaciens de remettre directement le kit aux personnes éligibles.

Une amélioration du taux de participation au DOCCR pourrait être envisagée sur 2026 grâce à la mise en place effective des nouvelles modalités de remise du kit et à la nouvelle organisation des dépistages organisés des cancers à la suite de l'entrée en vigueur de l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.

Cette organisation renouvelée 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 .)

INDICATEUR

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	23,1	Non connu	22	20	20	20
1. FEMMES	%	20,9	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	25,4	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

Les données 2023 de la prévalence du tabagisme quotidien en population adulte ont été publiées en novembre 2024 par Santé publique France (SpF), sur la base d'une analyse des données de l'édition 2023 de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). L'enquête s'est déroulée par téléphone du 22 mars au 29 juillet

2023, auprès de 14 984 personnes âgées de 18 à 75 ans, résidant en France hexagonale et parlant le français. L'échantillonnage repose sur la génération aléatoire de numéros de téléphone fixes et mobiles, selon une méthode similaire à celle des Baromètres de SpF.

Les données 2024 de prévalence (pas encore disponibles) seront recueillies selon la nouvelle méthode du Baromètre de SpF, 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. 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) ont été invitées à participer. A partir de 2024, le baromètre est réalisé tous les 2 ans : en 2024 (parution fin 2025), en 2026 (parution 2027). Le Baromètre de SpF a reçu le label d'intérêt général et de qualité statistique à caractère obligatoire.

Source des données :

Agence nationale de santé publique (ANSP, dit 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.

La prévalence du tabagisme quotidien a significativement diminué de 2016 à 2023 passant de 28.7 à 23.1 %. Toutefois, le nombre de fumeurs reste à un très haut niveau, notamment pour les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées puisqu'on observe un écart de 12 points entre les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (28.9 % sont fumeurs quotidiens) et les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat (16,6 %). Toutefois, on observe de manière inédite une réduction entre 2021 et 2023 des écarts entre les personnes au chômage (42.3 % contre 35.8 %) et celles en activité (26.1 % contre 25.2 %), soit une baisse d'environ 6 points.

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 2023, 4,5 points d'écart (25,4 % chez les hommes et 20,9 % chez les femmes).

Chez les jeunes, la prévalence du tabagisme a baissé significativement entre 2017 et 2022, passant de 25 % à 15.6 % (enquête Escapad 2022) bien au-delà de l'objectif du Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 (qui était de 20 %). Cela reste toutefois à un haut niveau car un jeune sur 6 est fumeur quotidien à 17 ans.

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 la première préoccupation des Français en matière d'environnement.

Le déploiement de la politique de sécurité sanitaire vise à réduire au maximum la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves menaçant la santé collective. Dans cette perspective, la direction générale de la santé assure le recueil, l'analyse et l'enregistrement des signalements d'événements nationaux et internationaux susceptibles d'appeler en urgence l'intervention du ministère chargé de la santé et constitue le point focal national pour les alertes internationales.

La mesure du délai de prise en compte des signalements s'inscrit dans le cadre de la démarche de certification ISO 9001 engagée par le ministère.

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'utilisateur)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres microbiologiques	%	10,3	10,2	11,5	11,25	11	10,75

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 de l'eau du robinet en France, y compris pour les plus petites unités de distribution dans lesquelles se concentrent la majorité des problèmes de qualité de l'eau :

- La qualité microbiologique des eaux correspond au risque sanitaire le plus important dans le domaine de l'eau potable (risque sanitaire à court terme) ;
- 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.

Compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, cet indicateur se fonde sur le respect des limites de qualité microbiologique (*Escherichia coli* et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement dans le cadre du contrôle sanitaire.

JUSTIFICATION DES CIBLES

En 2024, 10,2 % 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 2024 sont en très légère amélioration par rapport à 2023. Cet indicateur repose sur les résultats de près de 400 000 analyses réalisées en 2024 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	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	98	99	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 de la DGS.

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.

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.

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).

Source des données :

DGS (Centre de crises sanitaires /Corruss).

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 2025 ET 2026

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2025 PLF 2026	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		21 367 967 3 233 300	0 0	31 379 273 41 663 940	52 747 240 44 897 240	0 0
12 – Santé des populations		0 0	0 0	919 887 919 887	919 887 919 887	0 0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		43 532 163 53 132 163	0 0	0 0	43 532 163 53 132 163	0 0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		28 269 998 28 109 998	0 0	0 0	28 269 998 28 109 998	0 0
16 – Veille et sécurité sanitaire		19 426 322 7 607 914	0 0	0 0	19 426 322 7 607 914	0 0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0 0	0 0	4 261 537 4 261 537	4 261 537 4 261 537	0 0
19 – Modernisation de l'offre de soins		4 242 517 4 242 517	700 000 700 000	65 400 000 66 600 000	70 342 517 71 542 517	0 0
Totaux		116 838 967 96 325 892	700 000 700 000	101 960 697 113 445 364	219 499 664 210 471 256	0 0

CREDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2025 PLF 2026	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		21 397 947 3 263 280	0 0	31 379 273 41 663 940	52 777 220 44 927 220	0 0
12 – Santé des populations		0 0	0 0	919 887 919 887	919 887 919 887	0 0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		43 532 163 53 132 163	0 0	0 0	43 532 163 53 132 163	0 0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		28 269 998 28 109 998	0 0	0 0	28 269 998 28 109 998	0 0
16 – Veille et sécurité sanitaire		19 426 322 7 607 914	0 0	0 0	19 426 322 7 607 914	0 0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0 0	0 0	4 261 537 4 261 537	4 261 537 4 261 537	0 0
19 – Modernisation de l'offre de soins		4 242 517 4 242 517	700 000 700 000	57 600 000 69 900 000	62 542 517 74 842 517	0 0
Totaux		116 868 947 96 355 872	700 000 700 000	94 160 697 116 745 364	211 729 644 213 801 236	0 0

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE POUR 2025, 2026, 2027 ET 2028

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2025 PLF 2026 Prévision indicative 2027 Prévision indicative 2028				
2 - Dépenses de personnel	700 000 700 000 700 000 700 000		700 000 700 000 700 000 700 000	
3 - Dépenses de fonctionnement	116 838 967 96 325 892 126 522 046 116 622 046		116 868 947 96 355 872 129 222 046 123 622 046	
6 - Dépenses d'intervention	101 960 697 113 445 364 70 457 710 70 378 345		94 160 697 116 745 364 70 487 690 70 408 325	
Totaux	219 499 664 210 471 256 197 679 756 187 700 391		211 729 644 213 801 236 200 409 736 194 730 371	

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE ET CATEGORIE POUR 2025 ET 2026

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2025 PLF 2026				
2 – Dépenses de personnel	700 000 700 000	0 0	700 000 700 000	0 0
21 – Rémunérations d'activité	700 000 700 000	0 0	700 000 700 000	0 0
3 – Dépenses de fonctionnement	116 838 967 96 325 892	0 0	116 868 947 96 355 872	0 0
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	61 359 438 31 246 363	0 0	61 389 418 31 276 343	0 0
32 – Subventions pour charges de service public	55 479 529 65 079 529	0 0	55 479 529 65 079 529	0 0
6 – Dépenses d'intervention	101 960 697 113 445 364	0 0	94 160 697 116 745 364	0 0
61 – Transferts aux ménages	30 379 273 41 663 940	0 0	30 379 273 41 663 940	0 0
64 – Transferts aux autres collectivités	71 581 424 71 781 424	0 0	63 781 424 75 081 424	0 0
Totaux	219 499 664 210 471 256	0 0	211 729 644 213 801 236	0 0

TAXES AFFECTEES PLAFONNEES

Taxe	Bénéficiaire	Plafond 2025	Plafond 2026
Fraction des Prélèvements sociaux sur les jeux	ANSP - Agence nationale de santé publique	5 000 000	400 000

La diminution de la taxe affectée à l'Agence nationale de santé publique (ANSP) à hauteur de 4,6 M€ constitue l'unique mesure de périmètre qui impacte le programme 204 à partir de 2026 (le montant débasé est réaffecté à due concurrence au budget général). La mesure doit permettre à l'Institut national du Cancer (INCa) de mettre en œuvre sa nouvelle mission d'unification du pilotage des registres de cancers, dans une perspective de rationalisation de celui-ci.

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 2026 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2026. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2026 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 2026, le montant pris en compte dans le total 2026 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2025 ou 2024); 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		Chiffre 2024	Chiffre 2025	Chiffre 2026
160302	Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2024 : 42100 Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1972 - Dernière modification : 1972 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - BOFIP : BOI-BNC-SECT-40</i>	61	73	73
160204	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 Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2024 : 10000 Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données déclaratives fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 2005 - Dernière modification : 2005 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 151 ter</i>	44	47	47
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2024 : 44900 Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1963 - Dernière modification : 2000 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - BOFIP : BOI-BNC-SECT-40</i>	31	37	37
730208	Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés Assiette et taux <i>Bénéficiaires 2024 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Bonne - Création : 1990 - Dernière modification : 2012 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 279-a quinquies</i>	11	11	12
120204	Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2024 : (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 : 2025 - Fin du fait générateur : 2024 - code général des impôts : 80 quinquies</i>	597	621	-
190212	Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Dispositions communes aux bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices agricoles et bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2024 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 2016 - Dernière modification : 2016 - Dernière incidence budgétaire : 2025 - Fin du fait générateur : 2024 - code général des impôts : 154 bis A</i>	41	41	-
Coût total des dépenses fiscales		785	830	169

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLÉMENTS 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
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	44 897 240	44 897 240	0	44 927 220	44 927 220
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	53 132 163	53 132 163	0	53 132 163	53 132 163
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	28 109 998	28 109 998	0	28 109 998	28 109 998
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	7 607 914	7 607 914	0	7 607 914	7 607 914
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	70 842 517	71 542 517	700 000	74 142 517	74 842 517
Total	700 000	209 771 256	210 471 256	700 000	213 101 236	213 801 236

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

TRANSFERTS EN CRÉDITS

	Prog Source / Cible	T2 Hors Cas pensions	T2 CAS pensions	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Transferts entrants					+500 000	+500 000	+500 000	+500 000
Prise en charge des soins médicaux en Nouvelle-Calédonie des Français résidant au Vanuatu	151 ►				+500 000	+500 000	+500 000	+500 000
Transferts sortants					-8 350 000	-8 350 000	-8 350 000	-8 350 000
Transfert des crédits destinés au financement du dispositif ACT	► 304				-160 000	-160 000	-160 000	-160 000
pour les systèmes d'information santé de la DGS.	► 155				-8 190 000	-8 190 000	-8 190 000	-8 190 000

Trois transferts en base impactent le programme 204 à partir de 2026 :

- Un transfert (HT2) vers le programme 304 « Inclusion sociale et protection des personnes » dont le responsable est la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), des crédits destinés au financement du pilotage national des appartements de coordination thérapeutique (ACT et ACT hors-les-murs). Ces dispositifs visent à permettre l'accueil, sous réserve de certaines conditions, des publics en grande précarité avec des pathologies de longue durée. Le montant de ce transfert sortant est de 160 000 € en AE et en CP.

- Un transfert (HT2) vers le programme 155 "Soutien des ministères sociaux » dont le responsable est la direction des finances, des achats et des services (DFAS), des crédits destinés à la délégation au numérique en santé (DNS) pour le développement, la gestion et la maintenance des systèmes d'informations en santé. Le montant de ce transfert sortant s'élève à 8 190 000 € en AE et CP
- Un transfert (HT2) depuis le programme 151 « Français à l'étranger et affaires consulaires » dont le responsable est la direction des français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE), des crédits destinés à la prise en charge des soins médicaux en Nouvelle-Calédonie des français résidant au Vanuatu. Le montant de ce transfert entrant est de 500 000 € en AE et CP.

MESURES DE PERIMETRE

	<i>T2 Hors Cas pensions</i>	<i>T2 CAS pensions</i>	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Mesures entrantes							
Financement de l'agence nationale des services de paiement (ANSP) - bascule d'un financement par fiscalité affectée vers un financement par crédits budgétaires				+4 600 000	+4 600 000	+4 600 000	+4 600 000
Mesures sortantes							

Dépenses pluriannuelles

ÉCHEANCIER DES CREDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES A PAYER AU 31/12/2025

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2024 (RAP 2024)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2024 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2024	AE (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2025 + Reports 2024 vers 2025 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2025 + Reports 2024 vers 2025 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2025
104 179 633	0	223 309 000	296 272 572	31 216 061

ÉCHEANCIER DES CP A OUVRIR

AE	CP 2026	CP 2027	CP 2028	CP au-delà de 2028
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2025	CP demandés sur AE antérieures à 2026 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2027 sur AE antérieures à 2026	Estimation des CP 2028 sur AE antérieures à 2026	Estimation des CP au-delà de 2028 sur AE antérieures à 2026
31 216 061	31 216 061 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2026 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2026 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2027 sur AE nouvelles en 2026	Estimation des CP 2028 sur AE nouvelles en 2026	Estimation des CP au-delà de 2028 sur AE nouvelles en 2026
209 771 256 0	181 885 175 0	27 886 081	0	0
Totaux	213 101 236	27 886 081	0	0

CLES D'OUVERTURE DES CREDITS DE PAIEMENT SUR AE 2026

CP 2026 demandés sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP 2027 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP 2028 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP au-delà de 2028 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026
86,71 %	13,29 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (21,3 %)

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	44 897 240	44 927 220	0	0
Dépenses de fonctionnement	3 233 300	3 263 280	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	3 233 300	3 263 280	0	0
Dépenses d'intervention	41 663 940	41 663 940	0	0
Transferts aux ménages	41 663 940	41 663 940	0	0
Total	44 897 240	44 927 220	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 en santé 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.

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 2026 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.

Les associations constituent un relai essentiel avec les usagers du système de santé.

Les partenariats établis par la DGS avec des associations nationales ou têtes de réseau seront poursuivis en 2026 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 (One 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 », plateforme nationale des ressources ateliers santé), impliquant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales.

En raison de leur nature transversale, ces financements, d'un montant de 183 333 € en 2025, sont inscrits à l'action 11 du programme 204.

Acteurs associatifs de référence pour la DGS, elles s'appuient sur la proximité des collectivités locales avec les citoyens pour favoriser une mise en œuvre territorialisée des politiques de santé. Leur engagement dans des dispositifs tels que les contrats locaux de santé ou les ateliers santé ville, dans le cadre de la politique de la ville, contribue directement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Par leur action de coordination, de sensibilisation et d'accompagnement des collectivités territoriales, ces associations constituent un relai efficace des politiques nationales de santé publique. Ces associations favorisent également l'appropriation de l'approche intégrée « Une seule santé » par les collectivités, bien qu'aucune obligation réglementaire ne l'impose. Grâce à leur connaissance fine du tissu local, les élus sont particulièrement bien placés pour promouvoir cette vision globale de la santé, croisant les enjeux humains, environnementaux et animaux.

Enfin, les associations soutenues par la DGS développent des outils mutualisables à l'échelle locale. À titre d'exemple, le Réseau français des villes santé de l'OMS a publié en 2025 un ouvrage intitulé *Repenser les actions de la ville au prisme de la santé mentale*, qui propose des leviers concrets d'action pour les collectivités et constitue une source précieuse d'inspiration territoriale.

• Conférence nationale de santé (CNS)

Organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, la Conférence nationale de santé a vu ses missions et sa composition élargies à la lutte contre les maltraitances par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir. La CNS a pour mission de permettre la concertation sur les questions de santé et de lutte contre les maltraitances. 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 (CRSA), 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 et la lutte contre les maltraitances. Ses avis sont rendus publics. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Sa mandature entamée en 2020 s'est achevée en juin 2025. Elle a été marquée par 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, y compris sur les outils numériques avec le Comité de contrôle et de liaison Covid-19. Au total, la CNS a adopté 42 documents, dont 5 rapports dont un remis au DGS en 2025 en réponse à une saisine sur la santé buccodentaire.

AU titre de sa mission relative au débats publics, 4 webinaires ouverts au public ont été organisés depuis 2020. Cette période a également été marquée par le développement des liens de travail avec les CRSA et les conseils territoriaux de santé (CTS). En 2025, le secrétariat général de la CNS assuré par la DGS a préparé un décret, après de larges de consultations dont celle de la CNS, qui a été validé par le Gouvernement. Il traduit la volonté du législateur en créant

une commission spécialisée dédiée à la lutte contre les maltraitances et renforce sensiblement la représentativité de l'instance nationale de démocratie en santé.

- 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 des crédits dont bénéficient les ARS d'Outre-mer pour décliner les politiques de prévention et de santé publique, des financements seront spécifiquement dédiés à des actions ciblées de prévention et de promotion de la santé dans ces territoires, mises en œuvre dans le cadre des volets ultramarins des politiques prioritaire, notamment concernant la malnutrition et l'obésité et la santé sexuelle et reproductive. Comme les années précédentes, ces financements 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.

Un effort particulier sera poursuivi pour permettre aux administrations territoriales de santé de Wallis-et-Futuna et de Saint-Pierre-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. En ce sens, la stratégie française en santé mondiale 2023-2027 a pour objectif de renforcer l'accès à la couverture santé universelle dans le cadre du renforcement des systèmes de soins, de la sécurité sanitaire internationale et de la lutte contre les déterminants de santé par le soutien à la prévention. 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) et aux autres bureaux régionaux de l'OMS. Par ailleurs, elle renforcera, en lien avec les acteurs locaux, son implication dans ces organisations.

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 de la mise en œuvre des politiques de santé publique, notamment en termes de prévention et de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Les crédits consacrés aux actions d'information et de communication en santé publique permettront de valoriser la mise en œuvre des actions portées par toutes les sous-directions de la DGS, notamment la santé des populations (prévention des addictions, santé sexuelle, santé mentale...) et la santé environnementale. Il s'agit également d'améliorer

l'information du public et des professionnels sur la lutte contre l'antibiorésistance, de poursuivre également les actions en faveur de la promotion de la vaccination, de la promotion de l'activité physique 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 dispositifs de communication digitale ou des événements pourront être mis en œuvre.

Dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles (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 et protéger la population.

Études et recherche

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 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), la participation au niveau européen au comité de programme « Santé, Bien-être et Vieillesse » du programme cadre « Horizon 2020 » en cours de réécriture pour la période 2021-2027 et enfin 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 » coordonnée 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, et aux travaux du Comité interministériel pour la santé institué par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 ;
- 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 les grandes études de cohorte en population générale (CONSTANCES, 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 gestion des risques sanitaires, à la conception et l'évaluation des politiques et stratégies de prévention, de sécurité sanitaire, de réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique mais aussi quant à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. 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.

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, dont les trihalométhanes dans les eaux destinées à la consommation humaine (EDCH) sont et seront au cœur des travaux du HCSP, dans les années à venir.

Des propositions de recommandations et d'objectifs dans le cadre de l'élaboration du Programme National Nutrition Santé 5 (PNNS 5) ont été élaborés en 2025.

L'actualité fournie en matière de maladies infectieuses et émergentes comme les arboviroses (chikungunya, Zika, dengue), les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, ou encore l'infection tuberculeuse latente, suscitent de nombreuses saisines de la part de la DGS. De plus, le groupe de travail permanent « Grippe, coronavirus, viroses respiratoires émergentes » a mené des travaux sur la constitution du stock de l'État en antiviraux antigrippaux ainsi que sur la doctrine de stockage de masques sanitaires pour faire face à une pandémie.

La commission santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle a mené des travaux relatifs à la santé sexuelle en lien avec la Commission Déterminants de santé-maladies non transmissibles (Cs-DSMNT) ainsi que sur la prévention des accidents de la vie courante chez les très jeunes enfants, dont les intoxications accidentelles.

Des travaux sur les facteurs de vulnérabilité (morbidité et mortalité) de la population face aux vagues de chaleur ont aussi été menés en 2025.

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 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 :

- L'exploitation et la gestion des évolutions nécessaires du SICAP (gestion des données recueillies et traitées par les centres anti-poisons (CAP), gérés conjointement par la DGS et la DGOS ;
- Le 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, 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 ;
- L'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 événement sanitaire de grande ampleur.

D'autres projets qui concernent directement les métiers de la DGS verront leur pilotage stratégique et opérationnel être progressivement transféré à la DNS à partir de 2026 :

- 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 ;
- Aqua-Sise, qui recouvre la 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 et ce pour différents types d'eau ;
- LABOé-SI, qui est un système d'information (SI) développé dans le contexte du retour d'expérience sur la crise pandémique (suite au SIDEP) 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 ;

- Afin de faire face à l'augmentation des cas de chikungunya et de dengue, le SILAV sert à assurer la surveillance entomologique et à gérer les interventions 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). Il permet 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 actuelle.
- La poursuite du développement de SIRIPH2G, avec la résolution du dysfonctionnement de la plateforme européenne de EMA (CTIS). Ce SI gère l'évaluation des projets de recherche impliquant la personne humaine en Europe. 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).

Enfin, le pilotage des projets suivants est conservé par la DGS :

- Le maintien de la base séquestre des données de vaccination de la crise sanitaire Covid-19 ;
- La 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 ;
- Le maintien en conditions opérationnelles de la base nationale de recensement des défibrillateurs automatisés externe (DAE), dénommée Géo'DAE.
- Le maintien en conditions opérationnelles d'autres SI de santé publique : Santé Habitat, SI Amiante, Transparence Santé, VADIM, SI 2NPS (numéro d'appel pour la prévention du suicide), SIAPADD (traitement de données Commission d'Accès des Personnes nées d'AMP aux Données des tiers Donneurs (CAPADD) article 5 de la loi n° 20211017 du 2 août 2021 (LBE).

Actions juridiques et contentieuses

Contentieux rattachés à cette sous-action : 5 M€ au titre des dépenses de frais de justice de la direction générale de la santé et 3,2 M€ au titre des dépenses de frais de justice de la direction générale de l'offre de soins.

Les dossiers contentieux concernent respectivement :

- 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, des préjudices des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou encore la prise en charge des professionnels de santé victimes de la COVID ;
- 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 ;

- 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®). Les frais de fonctionnement de ce dispositif d'indemnisation et de celui relatif à l'indemnisation des victimes du benfluorex (Médiateur®), 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. Dans le cadre de cette nouvelle mission qui lui a été confiée en 2021, l'ONIAM a reçu, au 31 juillet 2022, 659 demandes d'indemnisation amiables parmi lesquelles 45 ont fait l'objet d'une décision de rejet et 17 offres ont été notifiées aux personnes vaccinées lors de la campagne (9 offres partielles, 4 offres provisionnelles et 4 offres complètes). En l'absence d'une doctrine pérenne et établie, il reste difficile à ce jour de chiffrer l'impact financier de cette nouvelle mission.

Le montant de dotation État à l'ONIAM pour 2026 s'élève à 34,5 M€, contre 30,8 M€ en LFI 2025, soit une hausse de +3,8 M€.

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 précocement auprès des jeunes et de leurs familles dans une démarche de sensibilisation.

Ces crédits financent notamment des actions dans le champ de la promotion de la santé et de l'accès aux soins des personnes migrantes (dont le soutien à 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 premiers jours (grossesse et enfants jusqu'à 2 ans)

La fécondité française si elle se maintient en 2024 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens) – 663 000 naissances en France avec un indicateur conjoncturel de fécondité à 1,62 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 l'Hexagone. 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 de les inciter à travailler en réseau autour de la femme et du nouveau-né, particulièrement dans les situations de précarité et de vulnérabilité, 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 (FFRSP) et ont été prises en compte dans l'élaboration du partenariat avec cette association.

Par ailleurs, une mission exploratoire sur la mortalité néonatale, dont le pilotage a été confié à la coordination nationale de la FFRSP, a 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 nouveau-nés à terme ou proche du terme pour déterminer les causes du décès et mettre en œuvre des mesures correctrices si besoin. Le rapport de la FFRSP a été rendu en 2025 et des compléments sont en cours qui permettront 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 et filles victimes du distilbène et l'information du public et des professionnels sur la prévention des malformations.

Enfin, les travaux relatifs à la construction de la prochaine enquête périnatale française qui aura lieu en 2027 ont débuté en 2024 et se poursuivent. 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, la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives, 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 ainsi que de faire connaître les dispositifs de prévention en santé globale, 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.

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, puériculteurs 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 (25,2 %)

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	53 132 163	53 132 163	0	0
Dépenses de fonctionnement	53 132 163	53 132 163	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	11 357 973	11 357 973	0	0
Subventions pour charges de service public	41 774 190	41 774 190	0	0
Total	53 132 163	53 132 163	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 les cancers, 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. . Le 4 septembre 2025 a été lancée la Stratégie nationale Maladies Neurodégénératives (MND) 2025-2030 pour mieux prévenir, diagnostiquer et accompagner les personnes concernées par ces pathologies, ainsi que leurs proches. Cette stratégie portée par les ministères chargés de la Santé, de l'Autonomie, du Handicap et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, s'articule autour de 6 axes et 37 mesures, couvrant l'ensemble du parcours de vie et de soin.

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 stratégie 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 déjà 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 ;
- Pour une prévention renforcée à 60/65 ans, avec la mise en œuvre de mon bilan prévention, qui complète les dispositifs de rendez-vous jeunes retraités des caisses d'assurance maladie et de retraite ;
- Pour renforcer la prévention chez les seniors. Dans ce cadre, ICOPE est un programme de santé publique développé par l'OMS et mis en œuvre en France dans le cadre d'une expérimentation, par 11 porteurs, actuellement en phase transitoire jusqu'à début janvier 2026. Il repose sur le fait de repérer le plus tôt possible les premiers signes de fragilité pour agir avant qu'ils ne s'aggravent. Cette démarche repose sur une approche multidimensionnelle des grandes capacités fonctionnelles (audition, vision, nutrition, cognition, locomotion, santé mentale en lien avec l'isolement). La généralisation de cette expérimentation « article 51 » est en cours.

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

- *Institut national du cancer (INCa)*

Les cancers constituent la première cause de mortalité en France et demeurent la première cause de mortalité prématurée, 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

les cancers. 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. Le deuxième volet de cette stratégie est en cours d'élaboration pour les années 2025-2030. L'Institut national du cancer consolidera, à partir des retours évaluatifs du 1^{er} volet de la stratégie (2021-2025) et des contributions diverses, une proposition de feuille de route 2026 – 2030, qui sera soumise au gouvernement en 2025.

Lors du premier comité de suivi de la stratégie décennale de lutte contre les cancers le 5 décembre 2022, une nouvelle feuille de route des dépistages organisés des cancers « Priorité dépistages », a été annoncée, reposant sur l'organisation renouvelée 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 renouvelée, 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 75 000 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 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].

La prévalence du tabagisme quotidien a significativement diminué de 2016 à 2023 passant de 28.7 % à 23.1 %. Toutefois, celle-ci reste à un très haut niveau, notamment pour les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées puisqu'on observe un écart de 12 points entre les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (28.9 % sont fumeurs quotidiens) et les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat (16,6 %). On observe cependant une réduction inédite entre 2021 et 2023 des écarts entre les personnes au chômage (42.3 % contre 35.8 %) et celles en activité (26.1 % contre 25.2 %), soit une baisse d'environ 6 points.

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 répond à l'enjeu de lutter contre ce fléau de santé publique autour de 5 axes :

- Promouvoir une société sans tabac : aller plus loin dans la dénormalisation 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.

En 2025, la mise en place de nouveaux espaces extérieurs sans tabac constitue une nouvelle étape pour protéger la santé publique, et plus particulièrement celle des jeunes générations, des effets nocifs du tabac. Ainsi le décret du 27 juin 2025 étend les espaces où il est interdit de fumer aux lieux suivants : parcs et jardins publics, plages pendant la saison balnéaire, zones affectées à l'attente des voyageurs, espaces non couverts des bibliothèques, espaces non couverts des équipements sportifs, les abords des établissements scolaires, des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

Le but du PNL 2023-2027 est d'arriver à une première génération d'adulte non-fumeur 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'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (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 467 000 les usagers problématiques de drogues, au sens de la définition de l'EUDA (Agence de l'Union européenne sur les drogues) : usagers par voie intraveineuse, usagers réguliers d'opioïdes, de cocaïne ou d'amphétamines dans l'année chez les personnes âgées de 15 à 64 ans.

L'approche sanitaire de l'usage de drogues illicites s'appuie à la fois sur la prévention et 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 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 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 trousses 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 trousses destinées à la réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues. De nouvelles trousses, 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 trousses de prévention, et le dossier présenté a été accepté. Ces nouvelles trousses sont disponibles depuis 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. Pour l'année 2025, la santé mentale a été annoncée comme grande cause nationale 2025, donnant lieu à un renforcement des actions de prévention, la création d'un site dédié « santementale.info service », opérée par Santé publique France, et une campagne de Mass Media à l'automne 2025.

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 ont pu 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 ». Ainsi, la nouvelle version du carnet de santé de l'enfant prévoit des conseils et recommandations visant spécifiquement l'usage des écrans et instaurant des repères d'âge. Ces mêmes repères ont trouvé une traduction concrète avec la publication d'un arrêté inscrivant dans la charte nationale pour l'accueil du jeune enfant l'interdiction de l'exposition des enfants de moins de trois ans.

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. Ce renforcement a permis à ce jour de former plus de 221 000 secouristes.

Le plan psychiatrie annoncé à l'occasion du comité ministériel santé mentale psychiatrie le 11 juin 2025 a permis de renforcer ces engagements, par exemple en fixant l'objectif de monter le nombre de secouristes en santé mentale formés à 300 000.

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, sur les droits et dispositifs en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie et dans le cadre des orientations définies par la Stratégie décennale des soins d'accompagnement, pour le renforcement des soins palliatifs, de la prise en charge de la douleur et de l'accompagnement de la fin de vie. Il s'agira en particulier de renforcer la connaissance des directives anticipées et de la personne de confiance 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 ;
- 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 et hépatites ; santé reproductive : contraception et, IVG)

La France a fait le choix d'investir le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif, en accord avec la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, avec un cadre partagé au niveau interministériel, en se dotant d'une Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030 afin de proposer une réponse aux besoins évolutifs en santé sexuelle.

Cette stratégie a défini à l'horizon 2030 les grandes orientations nationales en faveur d'une meilleure santé sexuelle notamment 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, en développant des actions dans des champs complémentaires. En décembre 2021 a été publiée une nouvelle deuxième feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle

Une troisième feuille de route pour la période de 2025-2030, dans la continuité des axes thématiques et des objectifs définis par la feuille de route précédente, est en cours d'élaboration.

Il s'agit de :

- Poursuivre 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 ainsi que 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.

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 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 170 000 personnes vivent actuellement avec le VIH en France. En 2023, environ 5 500 personnes ont découvert leur séropositivité, un chiffre en légère augmentation par rapport à 2020, mais encore inférieur à celui de 2019. La même année, 43 % des infections ont été diagnostiquées à un stade tardif (dont 27 % à un stade avancé), ce qui traduit la persistance de diagnostics encore trop tardifs.

En 2018, 87 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, parmi elles 95 % étaient sous traitement antirétroviral et 96 % de ces dernières avaient une charge virale indétectable. La cible 95-95-95 n'est donc pas encore atteinte, mais les actions engagées ces dernières années — généralisation du dépistage sans ordonnance et pris en charge à 100 % en laboratoire depuis 2023, élargissement de la prescription de la PrEP aux médecins généralistes, amélioration du suivi sous traitement — traduisent des avancées concrètes.

La prise en charge du VIH est désormais pensée dans une approche plus large de santé sexuelle, avec la transformation des CoReVIH en CoReSS, structures appelées à coordonner l'ensemble des acteurs régionaux. Le dispositif VIHTest, qui a rencontré un fort succès, a par ailleurs été élargi à quatre autres IST (syphilis, gonocoque, chlamydia, hépatite B), favorisant l'ancrage du dépistage régulier dans les pratiques.

Les autres outils de la prévention combinée connaissent également des évolutions positives :

- Les préservatifs sont pris en charge à 100 % depuis 2023 pour les moins de 26 ans, accessibles directement en pharmacie sans ordonnance.
- La PrEP est désormais prescrite par les médecins généralistes depuis le 1^{er} juin 2021, ce qui a nettement facilité son accès et entraîné une augmentation continue du nombre d'utilisateurs.
- Les traitements antirétroviraux long-acting, déjà disponibles pour les personnes vivant avec le VIH, constituent une véritable révolution thérapeutique. Ils ouvrent la perspective, à moyen terme, d'une PrEP injectable à longue durée d'action, adaptée à des besoins différents de la PrEP orale quotidienne.
- Le TPE reste un outil clé en cas d'exposition au risque. Son recours devrait être renforcé dans le cadre de la prochaine feuille de route, en cohérence avec les recommandations de la HAS publiées en novembre 2024.

Ainsi, les leviers de la prévention combinée — préservatifs, PrEP, TasP et TPE — sont mobilisés de manière cohérente, et la prochaine Feuille de route constituera une opportunité pour renforcer encore leur déploiement et améliorer l'efficacité globale de la stratégie. La sensibilisation et la promotion d'une information claire et accessible joueront un rôle déterminant pour favoriser l'appropriation de ces outils par l'ensemble de la population, et plus particulièrement les populations les plus vulnérables en santé sexuelle. Parallèlement, le renforcement de la formation des professionnels du secteur médical, médico-social, social et éducatif permettra de favoriser une meilleure orientation, un accompagnement adapté et une qualité de prise en charge homogène sur tout le territoire.

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

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes continuent de progresser en France. En 2023, on estime à 55 500 le nombre de cas de chlamydia, à 23 000 ceux de gonocoque et à 5 800 ceux de syphilis. Ces chiffres marquent une augmentation par rapport aux années précédentes, mais ils doivent être lus à la lumière de l'élargissement du dépistage.

En effet, les tests réalisés sont de plus en plus nombreux : en 2023, environ 3,0 millions de personnes ont été dépistées pour la chlamydia, 3,3 millions pour la gonococcie et 3,3 millions pour la syphilis. La progression du nombre de diagnostics est donc en partie le reflet d'un recours croissant au dépistage, qui permet d'identifier plus de cas et d'améliorer la prise en charge.

Pour amplifier cette dynamique, le dispositif « Mon test IST » a été déployé le 1^{er} septembre 2024, dans la continuité de VIHTest. Il offre désormais la possibilité de réaliser, à la demande du patient, sans ordonnance et sans rendez-vous, un dépistage du VIH, de l'hépatite B, de la syphilis, de la chlamydia et de la gonococcie, en laboratoire. La mesure est prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans et à 60 % pour le reste de la population, afin de lever les freins financiers à l'accès.

Les premiers résultats sont encourageants : entre septembre 2024 et février 2025, près de 2,8 millions de tests ont été réalisés, dont 1,77 million pour le VIH, 316 000 pour l'hépatite B, 408 000 pour la syphilis et 306 000 pour la chlamydia ou la gonococcie. Au total, plus de 408 000 personnes ont bénéficié du dispositif, en réalisant deux, trois ou quatre tests lors de la même démarche.

Cette évolution traduit une meilleure intégration du dépistage dans les parcours de santé sexuelle, avec une offre simplifiée, élargie et accessible, qui contribue à la fois à documenter l'épidémie et à améliorer la prévention.

Une prévalence encore trop élevée des hépatites virales B et C : renforcement des démarches d'aller-vers et du dépistage de proximité grâce à l'usage des TROD

En 2021, environ 5,1 millions de tests anti-VHC et 5,4 millions de tests Ag HBs ont été réalisés, en hausse de plus de 20 % par rapport à 2016. En 2023, près de 4,3 millions de personnes ont été testées pour l'hépatite C, soit 63 pour 1 000 habitants, un taux en progression depuis 2014. Les taux de positivité étaient de 0,67 % pour l'anti-VHC et 0,69 % pour l'Ag HBs en 2021, en léger recul par rapport à 2016. Les données de prévalence restent stables : environ 135 000 personnes porteuses chroniques de l'hépatite B (2016) et 115 000 de l'hépatite C (2018).

Pour atteindre l'objectif d'élimination de l'hépatite C et améliorer le repérage des infections chroniques par le VHB, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) constituent un outil essentiel. Ils permettent une orientation diagnostique de proximité, rapide et combinée VIH-VHB-VHC, y compris auprès de populations éloignées du système de santé.

Depuis 2025, leur mise en œuvre par les associations est désormais pilotée par les ARS, qui assurent la sélection des structures habilitées et l'attribution des financements. Cette évolution, dans le sens d'une meilleure territorialisation, doit permettre une organisation plus fluide et plus cohérente du dispositif, tout en consolidant le rôle des acteurs associatifs aux côtés des professionnels de santé.

Une offre en évolution, en cohérence avec les besoins actuels en santé sexuelle :

Une nouvelle offre en santé sexuelle, au service du dépistage et de la lutte contre l'épidémie du VIH, a été mise en place : les Centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS). Issus de l'expérimentation Article 51 de la LFSS pour 2018 des Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC), ces centres associent prévention, dépistage, prise en charge et accompagnement communautaire dans une approche globale et positive de la santé sexuelle.

Cette politique illustre le potentiel des innovations en santé pour atteindre des objectifs ambitieux de santé publique, tout en démontrant la faisabilité du développement d'une offre adaptée aux populations les plus éloignées des soins.

Aujourd'hui, quatre centres (Paris, Lyon, Marseille, Montpellier) sont intégrés au droit commun via l'article 64 de la LFSS 2025.

Pour renforcer son impact, l'offre existante en santé sexuelle doit être rendue plus lisible. Ainsi, la nouvelle et dernière feuille de route permettra une restructuration des structures existantes afin de mieux répondre aux besoins évolutifs des populations. Cette évolution vise à améliorer la lisibilité, l'accessibilité et la cohérence de l'offre proposée. Elle permet de consolider les dispositifs déjà en place tout en renforçant leur efficacité auprès des publics les plus concernés.

Des comportements en mutation et des enjeux renouvelés pour la santé reproductive :

Les résultats de l'enquête Contexte des Sexualités en France (CSF) 2023 révèlent une évolution marquante de l'usage de la contraception lors du premier rapport sexuel. Celui-ci a fortement progressé entre le début des années 1960 et le milieu des années 2000, passant de 31,8 % à 98,3 % chez les femmes et de 23,1 % à 97,1 % chez les hommes. Cependant, cette tendance s'inverse récemment : parmi les jeunes ayant débuté leur vie sexuelle entre 2019 et 2023, seuls 87,2 % des femmes et 92,3 % des hommes déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors de leur premier rapport. Une évolution similaire est observée pour le préservatif, dont l'usage avait fortement augmenté dans les années 1980 et 1990 avec les campagnes de prévention contre le VIH, mais qui connaît désormais un net recul (75,2 % chez les femmes, 84,5 % chez les hommes). Par ailleurs, un rapport d'Épi-Phare publié en février 2024 met en lumière la forte progression de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022 :

- Le nombre de vasectomies est passé de 1 940 en 2010 à 30 288 en 2022, soit multiplié par 15 en 12 ans.
- Depuis 2021, les vasectomies dépassent les stérilisations féminines en nombre annuel.
- L'incidence est passée de 9,8 à 149,5 vasectomies pour 100 000 hommes âgés de 20 à 70 ans.

Les évolutions techniques, comme la vasectomie « sans bistouri » sous anesthésie locale, rendent l'intervention plus simple, rapide et avec peu de complications, renforçant sa favorable balance bénéfice-risque comparée à la stérilisation féminine.

En 2023, 12,8 % des femmes âgées de 18 à 49 ans déclarent avoir vécu une grossesse non souhaitée au cours des cinq dernières années, soit une hausse notable par rapport à 2016, où ce chiffre s'établissait à 8,9 %. Cette réalité touche particulièrement les jeunes femmes : parmi les 18-29 ans, plus de la moitié (51,8 %) des grossesses récentes sont déclarées comme non souhaitées, contre 27,8 % chez les femmes âgées de 30 à 49 ans. Ces évolutions concordent avec les estimations nationales des interruptions volontaires de grossesse (IVG) fondées sur les données du système national des données de santé (SNDS), qui évaluent un taux annuel passant de 13,9 IVG pour 1000 femmes en 2016 à 16,8 pour 1000 femmes en 2023.

En 2023, l'augmentation des IVG s'observe en France métropolitaine (16,3 ‰ contre 15,7 ‰ en 2022) comme dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [31,5 ‰ contre 30,4 ‰]. Le nombre d'IVG en établissement de santé reste stable (143 100), tandis que la progression hors établissement se poursuit (100 500 en comptant les IVG par téléconsultation et les IVG instrumentales en centre de santé, soit 10 400 de plus qu'en 2022). Ainsi, 41 % du total des IVG sont réalisées hors établissement de santé. Les IVG par méthode médicamenteuse représentent 79 % de l'ensemble des IVG (31 % en 2000 et 68 % en 2019). 48 % des IVG médicamenteuses ont lieu en établissement de santé, 46 % en cabinet libéral et les 6 % restants en centre de santé ou centre de santé sexuelle. En ville, l'IVG peut être pratiquée par un médecin généraliste, un gynécologue médical/gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Les sages-femmes réalisent près de la moitié des IVG en cabinet en 2023. Les écarts de taux de recours perdurent entre les régions de France métropolitaine et les DROM, avec des taux standardisés par âge allant de 12,7 ‰ IVG dans les Pays de la Loire à 23,2 ‰ IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de 17,3 ‰ à Mayotte à 46,7 ‰ en Guyane. Par ailleurs, 16,9 % des IVG sont réalisées hors établissement pour les résidentes des Pays de la Loire, contre 81,1 % pour celles de Guyane. Enfin, plus de huit femmes sur dix réalisent leur IVG dans leur département de résidence et 95 % dans la même région.[2]

Dans le cadre de la feuille de route 2021-2024, plusieurs dispositifs ont pu être mis en place pour répondre aux besoins évolutifs en matière de santé reproductive. Depuis 2023, plusieurs marques de préservatifs (internes et externes) sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie en pharmacie, sans ordonnance, pour les moins de 26 ans – un dispositif qui a permis le remboursement de 14 millions de préservatifs en 2024. Pour les plus de 26 ans, le remboursement s'élève à 65 % sur prescription.

Parallèlement, l'accès à la contraception a été renforcé : depuis janvier 2022, l'ensemble du parcours contraceptif et les moyens de contraception remboursés sont intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie pour les femmes de moins de 26 ans, sans avance de frais. La consultation longue santé sexuelle, également remboursée à 100 %, est ouverte aux jeunes femmes et hommes de moins de 26 ans afin de répondre à leurs besoins (contraception, sexualité, IST, VIH, IVG, etc.). Depuis janvier 2023, la contraception d'urgence hormonale est accessible sans prescription et prise en charge à 100 % pour toutes les personnes, quel que soit l'âge.

Enfin, concernant la contraception masculine, la HAS a été sollicitée pour évaluer de nouvelles méthodes (thermique, hormonale), mais faute de données scientifiques suffisantes, aucune recommandation ne peut être formulée à ce stade. Le projet est suspendu en attente d'études probantes.

La troisième et dernière feuille de route de déclinaison de la SNSS, actuellement en cours d'élaboration, s'inscrira dans la continuité de la feuille de route n° 2. Elle visera à renforcer la prévention en santé reproductive et à assurer un accès facilité et équitable à la contraception la plus adaptée à chaque situation ainsi qu'à l'IVG quelle que soit la méthode. Elle mettra également l'accent sur l'importance de l'information, afin de garantir une meilleure connaissance des droits, des dispositifs existants et des méthodes disponibles, permettant ainsi à chacun et chacune de faire des choix éclairés et autonomes en matière de santé reproductive. La formation des professionnels doit également être renforcée en ce sens.

Pour mieux répondre aux besoins des personnes vulnérables les crédits du programme permettront de soutenir une stratégie d'accessibilité renforcée à la prévention et aux soins, en garantissant et en développant des dispositifs de proximité. Ils permettront aussi de promouvoir des démarches d'« aller-vers » pour favoriser le dépistage, la prévention et l'accompagnement, en allant au-devant des publics éloignés du système de santé. L'intégration d'outils d'interprétariat professionnel et de supports de communication adaptés, notamment en langage « Facile à Lire et à Comprendre » (FALC), est indispensable pour réduire les barrières linguistiques et faciliter l'accès à l'information en santé sexuelle. Le programme devra également permettre d'appuyer les démarches des médiateurs de santé et le travail partenarial avec les associations de terrain, afin de répondre aux besoins spécifiques des

personnes en situation de précarité, de handicap et/ou d'exclusion. Enfin, le programme devra nous permettre de soutenir les actions de formation continue des professionnels sur la prise en charge des inégalités et des discriminations. La formation constitue un levier essentiel pour garantir une offre de santé sexuelle inclusive, et respectueuse.

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

- Les actions de la feuille de route santé sexuelle 2025-2030, 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] Surveillance du VIH et des IST bactériennes, Bulletin de santé publique. Novembre 2023.

[2] La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

[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)

[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)

Lutte contre la tuberculose

La France est un pays de faible endémie avec un taux d'incidence inférieur à 10 cas pour 100 000 habitants/an. Des disparités territoriales et populationnelles en termes d'incidence sont observées avec un taux de déclaration plus élevé en Guyane (24,0 cas/100 000 habitants), à Mayotte (12,8 cas/100 000 habitants) et en Île-de-France (14,2 cas/100 000 habitants).

En Île-de-France, la Seine-Saint-Denis est le département de France métropolitaine qui a le taux d'incidence le plus élevé (24,0 cas/100 000 habitants).

Le taux de déclaration de tuberculose est supérieur à celui de la population générale chez les catégories de personnes suivantes :

- Personnes sans domicile fixe (69/100 000 habitants) ;
- Personnes en milieu carcéral (59/100 000 habitants/an) ;
- Personnes issues d'un pays à forte endémie de tuberculose notamment celles arrivées en France depuis moins de deux ans (283/100 000 habitants/an).

La feuille de route 2019 / 2023 est arrivée à son terme et le bilan est disponible sur le site du ministère de la santé.

Un nouveau plan d'action contre la tuberculose devrait être publié à l'automne 2025 dans la continuité de la feuille de route précédente. L'ensemble des actions mises en œuvre dans le cadre de ce plan a pour objectif d'atteindre à

la fin du plan d'actions des indicateurs qui doivent tenir compte d'une période d'incertitude relative aux bouleversements géopolitiques actuels, notamment la nouvelle politique économique et étrangère du gouvernement américain, le conflit russo-ukrainien, la reprise du conflit israélo-palestinien, les tensions au moyen orient et l'équilibre fragile de certains États du continent africain qui peuvent contribuer à une résurgence significative des cas de tuberculose.

Ce plan d'action est constitué de 3 axes :

- Axe 1 : Épidémiologie/Surveillance
- Axe 2 : Dépistage et prise en charge de la tuberculose maladie
- Axe 3 : International/Recherche

ACTION (13,4 %)

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	28 109 998	28 109 998	0	0
Dépenses de fonctionnement	28 109 998	28 109 998	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	4 804 659	4 804 659	0	0
Subventions pour charges de service public	23 305 339	23 305 339	0	0
Total	28 109 998	28 109 998	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 d'intervention 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 Oqali, , Fredon France, collectivités territoriales, , ...) 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, lancée au 2eme semestre 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, dont sa cinquième édition, le PNNS 5 2025-2030, a été lancé au 2^e semestre 2025. La SNANC trouve également un vecteur dans l'Appel à projets (AAP) interministériel « Vers la SNANC » auquel la DGS contribue.

La SNANC également permettra de poursuivre l'étude des consommations alimentaires et des habitudes de consommations alimentaires de la population française métropolitaine dans le cadre de l'Étude ALBANE de l'Anses et de Santé publique France.

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 Oqali 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.

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 et de la Grande cause nationale 2024, une nouvelle Stratégie nationale sport-santé (SNSS) pour 2025-2030 fixe de nouveaux objectifs et mesures pour faciliter et amplifier la pratique de l'activité physique et sportive par la population à des fins de santé et de lutte 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

- Plans et stratégies de santé publique dans le domaine de la santé-environnement :
- 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 par la connaissance de l'état de l'environnement à côté de chez soi et des bonnes pratiques à adopter (service Recosan, promotion de l'urbanisme favorable à la santé);
- 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 ;
- 4^e plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon dans l'habitat individuel et les établissements recevant du public ;
- Plan d'action interministériel amiante et actions de prévention des risques liés à l'amiante ;

- Plan interministériel sur les perturbateurs endocriniens avec des actions plus ciblées suite à l'évaluation par les inspections générales (IGAS, IGEDD) en 2024 de la 2^e stratégie nationale contre les perturbateurs endocriniens ;
- Plan interministériel de lutte contre les punaises de lit ;
- Lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération présente un risque pour la santé ;
- Surveillance de la qualité de l'air extérieur ;
- Participation française aux travaux de l'OMS sur santé environnement et au processus OMS-ONU santé environnement transport (processus EHTF).
- 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, aux intoxications accidentelles des jeunes enfants ;
 - Liés à l'exposition des femmes enceintes et des enfants au plomb ;
 - Liés à la qualité de l'air intérieur dans l'environnement des résidents des établissements sociaux et médico sociaux et des enfants
- Expositions environnementales via :
 - Le soutien au programme national de biosurveillance de SpF (via l'Étude Albane) lancé à partir de 2023 qui est essentiel pour mieux caractériser l'exposome humain et les impacts sur la santé dans le cadre du PNSE ;
 - 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, notamment dans les jouets ;
 - Le soutien au label « quiet » de lieux ou de temps (dans l'espace public, en entreprise, école, etc) sans exposition au bruit ;
- 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 (Étude LegioDom) ;
 - 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) :

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.

Pour 2026, la SCSP versée à l'Anses est stable par rapport à son niveau fixé en loi de finances initiale 2025 soit 23,3 M€.

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 (3,6 %)

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	7 607 914	7 607 914	0	0
Dépenses de fonctionnement	7 607 914	7 607 914	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	7 607 914	7 607 914	0	0
Total	7 607 914	7 607 914	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 externes (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, entretenir et assurer un déploiement urgent h24 en cas de crise de stocks 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. Ces opérations ont largement fait appel à des prestataires industriels français. Même si l'ensemble du projet est géré par la France, la décision d'utilisation de ces stocks revient à la CE. Ces stocks peuvent aussi être sollicités pour des « pré-positionnements » en cas de grands événements appelant des moyens exceptionnels comme cela a été le cas pour les JO de Paris.

Ces crédits couvriront la TVA (non financée par l'UE), ainsi que, transitoirement, 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 (2,0 %)**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

Pour la mise en œuvre de ces actions, des crédits sont 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. Cette dotation a notamment couvert les développements du système informatique national mis en place pour piloter l'activité des comités et son interface avec le système d'information européen correspondant ;
- à 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) ;
- à 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 ;
- à 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 ;

- à 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 ;
- à 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

Cette action est permise grâce aux dotations allouées à :

- L'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP). La dotation allouée permet 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 AAP a été lancé par l'IReSP fin 2024 et visera 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.

- La Société Française de Microbiologie dans le cadre de la deuxième année d'une CPO triennale (0,135 M€ au total). Cette convention vise à poursuivre le 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 raisonné des antibiotiques. Elle vise également à la promotion de l'application pratique de ces connaissances. La SPILF travaille notamment en lien avec E-Bug. Le département de santé publique du centre hospitalo-universitaire de Nice poursuit ainsi le 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.
- Au 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

ACTION (34,0 %)**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	70 842 517	74 142 517	0	0
Dépenses de fonctionnement	4 242 517	4 242 517	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	4 242 517	4 242 517	0	0
Dépenses d'intervention	66 600 000	69 900 000	0	0
Transferts aux autres collectivités	66 600 000	69 900 000	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	71 542 517	74 842 517	0	0

La présente action concourt à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population à travers la recherche d'une plus grande efficacité 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'efficacité 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

Les crédits alloués à cette action contribuent notamment au financement d'études, d'enquêtes et d'expertises, ainsi qu'à 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 55,3 M€ en AE et 56,6 M€ en CP pour 2025, soit une hausse de 3 M€ par rapport à la LFI 2025 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 onzième 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 2026 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'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

Opérateur financé (Programme chef de file) Nature de la dépense	LFI 2025		PLF 2026	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
ANSÉS - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)	23 305 339	23 305 339	23 305 339	23 305 339
Subvention pour charges de service public	23 305 339	23 305 339	23 305 339	23 305 339
INCa - Institut National du Cancer (P204)	32 174 190	32 174 190	41 774 190	41 774 190
Subvention pour charges de service public	32 174 190	32 174 190	41 774 190	41 774 190
Total	55 479 529	55 479 529	65 079 529	65 079 529
Total des subventions pour charges de service public	55 479 529	55 479 529	65 079 529	65 079 529

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 2025				PLF 2026			
	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			sous plafond	hors plafond
INCa - Institut National du Cancer			131	30			132	30
Total ETPT			131	30			132	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 2025	131
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2025	
Impact du schéma d'emplois 2026	
Solde des transferts T2/T3	
Solde des transferts internes	
Solde des mesures de périmètre	1
Corrections techniques	
Abattements techniques	
Emplois sous plafond PLF 2026	132
Rappel du schéma d'emplois 2026 en ETP	

Opérateurs

Avertissement

Les états financiers des opérateurs (budget initial 2025 par destination pour tous les opérateurs, budget initial 2025 en comptabilité budgétaire pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire et budget initial 2025 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.

Perspectives 2026

Quatre 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. Au premier semestre 2025, près de 90 % de l'ensemble des actions de la feuille de route 2021-2025 ont bien été engagées (213 actions sur 237). 52 actions sont terminées, soit 20 % du total des actions de la feuille de route. Il s'agit en majorité d'actions initiées en 2021 (pour 30 actions). Les actions en cours s'élèvent au nombre de 161. Les actions non-démarrées selon le calendrier prévu s'élèvent au nombre de 17. Il s'agit d'actions qui auraient dû être lancées entre 2022 et 2024 et qui ne le sont pas encore à date. Enfin, une petite dizaine d'actions sont encore prévues pour être lancées d'ici la fin 2025.

Pour rappel, quatre axes composent la stratégie décennale de lutte contre les cancers :

Axe 1 : améliorer la prévention ;

Axe 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie ;

Axe 3 : lutter contre les cancers de mauvais pronostic ;

Axe 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Les axes avancent tous à un rythme et à un niveau similaire : entre 85 % et 90 % des actions de chaque axe ont été engagées (et sont maintenant en cours ou terminées).

Parmi les actions en cours, 70 % respectent le calendrier initial prévu et 30 % connaissent des retards. Sur ces retards, 5 % sont des retards mineurs, inférieurs à 6 mois et 25 % sont des retards importants, supérieurs à 6 mois.

Parmi les projets emblématiques de l'INCa et de la stratégie décennale de lutte contre le cancer pour l'année 2025 peuvent être cités, de façon non exhaustive :

1. *Mise en œuvre d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon par scanner faible dose, avec un premier déploiement dans 5 régions métropolitaines, avant une extension progressive du programme en vue d'envisager sa généralisation sur le territoire national ;*
2. *Attribution à l'Institut national du cancer, par la loi du 30 juin 2025, d'une mission nouvelle visant à la création d'un registre national général des cancers, afin d'améliorer la prévention, le dépistage et le diagnostic des cancers ainsi que la prise en charge des patients. Lancement des travaux, incluant l'intégration du Programme Personnalisé de Soins en cancérologie dans Mon espace santé ;*
3. *Intensification de la campagne nationale de communication pour la vaccination contre les HPV, incluant la création de chroniques sonores adaptées aux territoires d'outre-mer ;*
4. *Lancement d'un Programme d'Actions Intégrées de Recherche (PAIR) dédié au dépistage des cancers de la prostate dont l'ambition est de permettre, à moyen terme, un dépistage plus efficace, plus personnalisé et mieux accepté, en identifiant les populations à haut risque et en développant des outils innovants, moins invasifs et plus fiables ;*
5. *Pilotage du projet EUnetCCC, la plus ambitieuse action conjointe de l'Union européenne en santé. Doté d'un budget de 110 millions d'euros et rassemblant 163 organismes issus de 31 pays, ce projet vise à structurer un réseau européen de Comprehensive Cancer Centres (CCC) et à en certifier au moins 100 d'ici 2028, afin de garantir un accès équitable à des soins de haute qualité dans toute l'Europe ;*
6. *Création de CIRCLE, le 4^e centre de recherche intégrée d'excellence en cancérologie pédiatrique labellisé par l'Institut national du cancer.*

Dépenses engagées

Le budget consacré à la lutte contre le cancer est en hausse continue depuis le premier Plan cancer. Le budget de la feuille de route 2021-2025 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers représentait lui-même une augmentation affichée de près de 20 % par rapport au Plan cancer 2014-2019.

Pour rappel, la feuille de route 2021-2025 était dotée d'un budget cumulé de 1,74 milliard d'euros dont :

-284 millions d'euros de mesures nouvelles ;

-1,45 milliard d'euros de reconduction des budgets du Plan cancer 2014-2019 (socle).

A fin 2024, l'exécution budgétaire est globalement conforme aux attentes. Le montant des dépenses liées à la stratégie décennale se porte à 1,5 Md€ sur les 4 premières années (2021-2024), dont :

- 235 millions consacrés aux mesures nouvelles ;
- 1,2 Md€ consacrés aux mesures socles.

Au titre des seules mesures nouvelles dépensées (235 M€ sur 4 ans), les financeurs sont :

- Direction générale de l'offre de soins (ONDAM dont FIR) : 131 M€ ;
- Direction générale de la recherche et de l'innovation (subvention P172) : 160 M€ ;
- Institut national du cancer (trésorerie) : 44 M€.

La subvention de l'État à destination de l'Institut national du cancer progressera de +9,6 M€ en 2026 après mesure de périmètre pour prendre en compte l'augmentation des moyens consacrés au déploiement de registres nationaux du cancer, conformément à la loi du 30 juin 2025. L'effectif de l'établissement sera à ce titre relevé pour être porté de 131 à 132 ETPT.

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 des ambitions partagées entre l'État et l'Institut. 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. Les priorités seront adaptées en fonction de cette évaluation à mi-parcours

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 fin 2025.

La feuille de route 2026-2030 sera a priori façonnée autour de 5 priorités et 5 publics cibles pour orienter les marges de manœuvre vers les actions les plus déterminantes.

Pour les 5 prochaines années de la stratégie, la feuille de route identifierait les 5 priorités stratégiques destinées à renforcer l'efficacité, l'équité et la soutenabilité de l'action publique de lutte contre les cancers :

- « Bâtir une génération prévention », afin de réduire l'exposition aux risques pour les plus jeunes générations ;
- « Tous dépistés », afin que chacun puisse être intégré à une démarche de dépistage ou de prévention ;
- « Parcours de santé augmenté », avec un accent mis sur l'entrée dans les soins et en aval le renforcement du suivi et de la surveillance après la phase active des traitements ;
- Mise en place d'un « service public de lutte contre le cancer », avec une ambition d'égal accès aux droits et à des services de qualité sur l'ensemble du territoire ;
- Libérer le potentiel de la recherche et des innovations, afin d'accélérer l'émergence de nouvelles avancées scientifiques.

5 publics et espaces d'intervention cibles seraient également visés par cette feuille de route (adolescents et jeunes adultes, personnes en situation de handicap, personnes âgées, territoires ultramarins et monde du travail).

Informations complémentaires

Parallèlement à la mise en œuvre de la stratégie décennale, l'Institut assure l'entière responsabilité 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.

Un nouveau contrat d'objectifs et de performance (COP) doit être signé entre l'INCa et ses ministères de tutelle d'ici fin 2025, tenant compte des orientations portées par la stratégie décennale.

Participation de l'opérateur au plan de relance

Néant.

FINANCEMENT APORTE A L'OPERATEUR PAR LE BUDGET DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme financeur Nature de la dépense	LFI 2025		PLF 2026	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
P172 Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires	0	0	68 000	68 000
Subvention pour charges de service public	0	0	0	0
Transferts	0	0	68 000	68 000
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d'investissement	0	0	0	0
P204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	32 174	32 174	41 774	41 774
Subvention pour charges de service public	32 174	32 174	41 774	41 774
Transferts	0	0	0	0
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d'investissement	0	0	0	0
Total	32 174	32 174	109 774	109 774
Subvention pour charges de service public	32 174	32 174	41 774	41 774
Transferts	0	0	68 000	68 000
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d'investissement	0	0	0	0

L'écart constaté entre le montant de SCSP inscrit en LFI 2025 (32 174 190 €) et le montant de SCSP inscrit dans le BI 2025 de l'opérateur (32 957 323 €) s'explique par l'adoption tardive de la LFI 2025, puisque le budget initial de l'opérateur a été construit sur l'hypothèse d'une reconduction du montant de SCSP inscrit en LFI 2024 dans l'attente de l'adoption d'une loi de finances pour 2025.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPERATEUR

	(en ETPT)	
	LFI 2025	PLF 2026
	(1)	
Emplois rémunérés par l'opérateur :	161	162
– sous plafond	131	132
– hors plafond	30	30
<i>dont contrats aidés</i>		
<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

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 remplissant 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'utilisateur)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	24	20	24	22	22	22

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 24 jours en 2023 à 20 jours en 2024, dépassant la cible fixée à 24 jours 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 s'est poursuivie avec la mise en place d'automates de saisie, qui contribue à une maîtrise renforcée des délais.

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 réduit de façon importante entre 2023 et 2024, passant de 51 jours au deuxième semestre 2023 à 27 jours au deuxième semestre 2024. En 2025, le délai se maintient puisqu'il s'établit à 26 jours au deuxième trimestre. 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, compte tenu de celui observé en 2024 et au regard 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 2028 est fixée à 22 jours.

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	15,4	15,5	14,5	15	15	15

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 depuis plus de trois mois 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 2024, la cible de 14 % a été dépassée puisque le taux de dossiers contrôlés s'établit à 15,5 %. 49 693 dossiers donnant lieu à un accord d'AME ont ainsi fait l'objet d'un contrôle a priori et, parmi eux, 1 142 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,3 % des dossiers contrôlés.

Pour l'année 2025, il a été demandé aux services de l'agent comptable de contrôler 15 % des dossiers. La cible pour 2026 et jusqu'en 2028 est également fixée à 15 %, sachant que l'augmentation du volume des dossiers traités conduit dans les faits 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'utilisateur)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	67	87	80	80	80	80

Précisions méthodologiquesSource 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 avec un recul de cet indicateur au cours de la période 2020-2022 inclus (71 % en 2022 contre 77 % en 2019).

Depuis le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation intervenu en janvier 2023, qui considère désormais que la rente versée par la sécurité sociale correspond à un préjudice exclusivement patrimonial (et non plus de nature mixte, à la fois patrimonial et extrapatrimonial en réparation du déficit fonctionnel permanent), le FIVA ne peut plus déduire de la rente qu'il verse celle attribuée par la sécurité sociale.

Cette nouvelle jurisprudence, après avoir permis le déstockage de nombreux dossiers en attente de réponse des caisses de sécurité sociale, lequel avait généré une nouvelle dégradation de cet indicateur en 2023 (67 % contre 71 en 2022), a conduit à une accélération des délais de traitement des nouvelles offres émises en 2024 avec un résultat atteint supérieur à l'objectif (87 %) car celles-ci ont pu être calculées sans attendre les informations en provenance des caisses de sécurité sociale concernant leurs rentes servies aux assurés. Sur le premier semestre de l'année de l'année 2025, cet indicateur atteint 90 %.

L'article 90 de la LFSS pour 2025 prévoit que la rente versée par la sécurité sociale indemnise, outre le préjudice professionnel, le déficit fonctionnel permanent. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce texte qui s'appliquera aux victimes dont l'état est consolidé à compter d'une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juin 2026, le FIVA sera à nouveau conduit à opérer une déduction partielle de la rente, ce qui pourrait avoir des effets sur les délais.

La cible est maintenue pour les années 2025 à 2028 à 80 %.

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	95	98	90	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 permanente des victimes directes reconnues en maladie professionnelle, a eu pour conséquence une augmentation importante du nombre de rentes attribuées, +48 % sur deux ans, car l'arrêt de la déduction aboutit à attribuer quasi systématiquement une rente aux victimes vivantes. Malgré ce mouvement de hausse qui se poursuit en 2025 (+5 % de rentes actives depuis le début de l'année), le FIVA maintient cet indicateur à un haut niveau (96 % au cours des 6 premiers mois de l'année).

Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales

PRESENTATION DES CREDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2025 ET 2026

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2025 PLF 2026	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat		1 208 300 000 1 208 300 000	0 0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 8 000 000	0 0
Totaux		1 216 300 000 1 216 300 000	0 0

CREDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2025 PLF 2026	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat		1 208 300 000 1 208 300 000	0 0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 8 000 000	0 0
Totaux		1 216 300 000 1 216 300 000	0 0

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE POUR 2025, 2026, 2027 ET 2028

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2025 PLF 2026 Prévision indicative 2027 Prévision indicative 2028				
6 - Dépenses d'intervention	1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000		1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000	
Totaux	1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000		1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000 1 216 300 000	

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE ET CATEGORIE POUR 2025 ET 2026

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
	LFJ 2025 PLF 2026			
6 – Dépenses d'intervention	1 216 300 000 1 216 300 000	0 0	1 216 300 000 1 216 300 000	0 0
61 – Transferts aux ménages	1 216 300 000 1 216 300 000	0 0	1 216 300 000 1 216 300 000	0 0
Totaux	1 216 300 000 1 216 300 000	0 0	1 216 300 000 1 216 300 000	0 0

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 2026 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2026. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2026 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 2026, le montant pris en compte dans le total 2026 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2025 ou 2024); 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 2024	Chiffrage 2025	Chiffrage 2026
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 <i>Bénéficiaires 2024 : (nombre non déterminé) Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1927 - Dernière modification : 2009 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-8°</i>	521	533	533
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2024 : 13256 Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 2004 - Dernière modification : 2004 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-33° bis</i>	8	9	9
520401	Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie Mutations à titre gratuit <i>Bénéficiaires 2024 : (nombre non déterminé) Ménages - Création : 1992 - Dernière modification : 2006 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 775 bis</i>	nc	nc	nc
Coût total des dépenses fiscales		529	542	542

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLÉMENTS 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 – Aide médicale de l'Etat	0	1 208 300 000	1 208 300 000	0	1 208 300 000	1 208 300 000
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	1 216 300 000	1 216 300 000	0	1 216 300 000	1 216 300 000

Dépenses pluriannuelles

ÉCHEANCIER DES CREDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES A PAYER AU 31/12/2025

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2024 (RAP 2024)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2024 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2024	AE (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2025 + Reports 2024 vers 2025 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2025 + Reports 2024 vers 2025 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2025
0	0	1 216 300 000	1 216 300 000	0

ÉCHEANCIER DES CP A OUVRIR

AE	CP 2026	CP 2027	CP 2028	CP au-delà de 2028
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2025	CP demandés sur AE antérieures à 2026 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2027 sur AE antérieures à 2026	Estimation des CP 2028 sur AE antérieures à 2026	Estimation des CP au-delà de 2028 sur AE antérieures à 2026
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2026 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2026 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2027 sur AE nouvelles en 2026	Estimation des CP 2028 sur AE nouvelles en 2026	Estimation des CP au-delà de 2028 sur AE nouvelles en 2026
1 216 300 000 0	1 216 300 000 0	0	0	0
Totaux	1 216 300 000	0	0	0

CLES D'OUVERTURE DES CREDITS DE PAIEMENT SUR AE 2026

CP 2026 demandés sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP 2027 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP 2028 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP au-delà de 2028 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (99,3 %)

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	1 208 300 000	1 208 300 000	0	0
Dépenses d'intervention	1 208 300 000	1 208 300 000	0	0
Transferts aux ménages	1 208 300 000	1 208 300 000	0	0
Total	1 208 300 000	1 208 300 000	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 2026, ce dispositif représenterait 90 % 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, faute notamment de remplir la condition de séjour irrégulier de trois mois en France, et aux demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de trois mois avant leur accès à la protection universelle maladie. 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 prise 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 préfetures et les établissements de santé).

Acteurs du dispositif

Depuis le 1^{er} 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

L'évolution de la dépense de l'AME peut être décomposée en deux effets : un effet volume, lié à l'évolution du nombre de bénéficiaires, et un effet montant moyen, correspondant à la variation de la dépense moyenne par bénéficiaire.

Au 31 décembre 2024, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a augmenté de 2 % par rapport à 2023, atteignant les 465 208 bénéficiaires, dont 40 850 en outre-mer (ce qui représente une baisse de 8 % par rapport à 2023). Au 31 décembre 2024, les femmes représentent 45 % de l'effectif total et les mineurs composent un quart de la population. Parmi ces bénéficiaires, seuls 326 734 ont reçu au moins un remboursement pour un soin au cours du dernier trimestre 2024, soit 70 %.

Depuis 2009, les dépenses de l'AME ont progressé en moyenne chaque année de 6 %, pour atteindre 1 256 M€ en 2024.

A un niveau agrégé et sur le long terme, les dépenses de l'AME augmentent principalement sous l'effet de la hausse du nombre de bénéficiaires de ce dispositif. Toutefois, l'évolution du nombre de bénéficiaires diffère de celle de la part des consommateurs — c'est-à-dire la part des bénéficiaires ayant bénéficié d'au moins un remboursement dans l'année — qui reste orientée à la baisse. Depuis 2009, ce taux diminue en moyenne de 1 point de pourcentage par an, pour atteindre 69 % en 2024. Après plusieurs années de stabilisation autour de 74 % en moyenne entre 2012 et 2019, le taux de consommateurs a connu une forte baisse liée à la crise sanitaire. Depuis lors, il a de nouveau augmenté, mais demeure en moyenne inférieur à son niveau d'avant crise : 70 % entre 2021 et 2024, contre 75 % entre 2009 et 2019.

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. Ainsi, les dépenses hospitalières (hors actes et consultations externes), qui couvrent les soins les plus lourds et les plus coûteux, représentent en 2023 61 % des dépenses de l'AME, bien que seuls 15 % des bénéficiaires y aient recours. Elles expliquent 63 % de la croissance des dépenses entre 2023 et 2024. La majorité de ces soins concerne la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), qui regroupent 48 % des séjours hors séances. Les bénéficiaires sont principalement hospitalisés en médecine pour des pathologies relevant de l'hépatogastro-entérologie (14 % des séjours en médecine), de la pneumologie (12 %), ainsi que du diabète, des maladies métaboliques et de l'endocrinologie, hors complications (9 %). Les hospitalisations en obstétrique et en chirurgie représentent respectivement un quart et un cinquième du total des séjours (hors séances). Quant aux séances^[1], elles représentent 41 % de l'ensemble des séjours en 2023 : 56 % relèvent de la dialyse, 29 % de la chimiothérapie et 13 % de la radiothérapie.

En offrant également à ses bénéficiaires un accès aux soins de ville, l'AME permet la prise en charge en amont des pathologies ou au plus tôt, et évite ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2023, les dépenses en soins de ville (y compris les actes et consultations externes), représentent 39 % des dépenses (66 % des bénéficiaires de l'AME ont recours à des soins en ville). Les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) (32 % de la dépense totale de soins de ville) ainsi que les consultations de médecins généralistes et spécialistes (21 %) constituent les principaux postes de dépense en soins de ville. Parmi les dépenses de produits de santé, près d'un cinquième de ces dépenses de médicaments correspondent à des dépenses pour des antiviraux à usage systémique, tels que les traitements contre le VIH ou contre l'hépatite C.

Enfin, sur 106 CPAM ou CGSS en 2024, 6 seulement concentrent la moitié 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 7 %.

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
Au 31/12/2024	465 208

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 notamment parce qu'elles n'en remplissent pas la condition de séjour irrégulier de trois mois, et des demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de trois mois avant leur accès à la protection universelle maladie.

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 efficacité 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 :
2014 (coefficient ramené à 15 %)	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.	-2012 : 82 M€ en année pleine -2013 : 92 M€ -2014 : 123 M€ -2015 : 165 M€ -2016 : 178 M€ -2017 : 187 M€ -2018 : 191 M€
2015 (coefficient annulé)	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'efficacité des dispositifs en dégagant 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 % en 2025. 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 atypiques, 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), afin de vérifier que les bénéficiaires résident irrégulièrement en France depuis au moins trois mois à l'ouverture des droits, puis au moins six mois pendant l'année de versement des prestations.

Dans ce contexte, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 0,91 M€ en 2024 contre 0,84 M€ de préjudice en 2023.

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 ;
- Une condition de séjour irrégulier de trois mois est prévue, afin de ne pas permettre l'accès immédiat à l'AME à l'expiration d'un visa court séjour.

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 **deux 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. En outre, les demandeurs d'asile sont désormais soumis à un délai de carence de trois mois pour l'accès à la prise en charge de leurs frais de santé, à l'instar du délai applicable aux personnes résidant en France depuis moins de trois mois et qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Durant ce délai, les demandeurs d'asile peuvent le cas échéant voir leurs frais de santé pris en charge dans le cadre des soins urgents.

Enfin, dans la perspective d'un décret l'y autorisant, la CNAM a réalisé les travaux techniques pour permettre aux services consulaires d'accéder à la base des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. L'objectif est d'empêcher l'octroi de visa aux « touristes médicaux », en permettant notamment la détection des personnes qui bénéficieraient d'un droit AME en cours, susceptible de laisser supposer qu'elles ont besoin d'être soignées en France et souhaitent que leurs frais de santé soient alors pris en charge.

Ventilation de la dépense par type d'AME

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 137,3 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 les actes et consultations externes). Pour chaque poste, des hypothèses sont établies concernant l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME, le taux de consommateurs, et la dépense moyenne, permettant ainsi de déterminer la prévision pour chacun d'entre eux.

La prévision des dépenses de l'AME repose sur l'hypothèse centrale de l'évolution des bénéficiaires de l'AME. Cette hypothèse prévoit un retour du nombre de bénéficiaires à sa tendance de long terme début 2026, avec une décélération progressive de la croissance dès 2024, qui se poursuivrait en 2025. L'année 2024 a confirmé cette hypothèse : les évolutions trimestrielles observées en 2024 par rapport aux mêmes trimestres 2023 ont été nettement moins dynamiques que celles enregistrées entre 2023 et 2022 (5 % contre 10 %). Ainsi, le nombre de bénéficiaires augmenterait de 4,0 % en 2026.

En 2026, la dépense dynamique du poste « autres soins de ville » serait principalement portée par l'évolution des effectifs de bénéficiaires de l'AME, ainsi que par la dépense moyenne, qui maintiendrait une progression significative au cours de l'année, avec une croissance annuelle d'environ 2,6 %. Parallèlement, le taux de consommateurs continuerait à se stabiliser, atteignant une évolution de -0,4 % en 2026.

Quant aux dépenses des produits de santé en 2026, la hausse s'expliquerait principalement par l'évolution dynamique du nombre de bénéficiaires de l'AME. En effet, la dépense moyenne et le taux de consommateurs suivraient leurs tendances de long terme, caractérisées par une stabilité (+0,5 % par an pour le taux de consommateurs et -0,4 % par an pour la dépense moyenne).

Pour le poste « prestations hospitalières », la dépense en 2026 serait tirée à la hausse par l'évolution dynamique des effectifs de bénéficiaires de l'AME, ainsi que par celle du taux de consommateurs. Ce dernier maintiendrait une croissance dynamique, avec une progression de 5,2 % en 2026. Le taux de consommateurs prévu ralentirait progressivement, se rapprochant du niveau qui aurait été le sien sans la crise COVID. En revanche, la dépense moyenne diminuerait, suivant sa tendance de long terme, avec une baisse d'environ 1,4 % en moyenne.

Afin de contenir la dynamique d'évolution de la dépense et en cohérence avec les recommandations du rapport Évin-Stefanini, des mesures de maîtrise se traduisant notamment par un renforcement des actions de contrôle pourront être mises en œuvre afin de lutter contre les risques d'abus ou de fraudes d'une manière générale.

Au regard de ces éléments, le montant prévisionnel 2026 des dépenses d'AME de droit commun est stable par rapport à son niveau fixé en loi de finances 2025 soit 1 137,3 M€.

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 en 2011 et 2012, créant un phénomène de report sur les soins urgents jusqu'en 2013 ;
- la réduction du maintien de droit à l'assurance maladie d'un an à six mois pour les étrangers devenus en situation irrégulière ;
- l'introduction d'un délai de carence de trois mois avant d'accéder à l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile et extension des soins urgents à ces derniers qui ne relèvent pas de l'assurance maladie ;
- 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 2026 à hauteur de 1 M€.

[1] Une séance est une venue dans un établissement de santé pour une durée inférieure à 24 heures. Ces prises en charges supposent des venues répétées des patients.

ACTION (0,7 %)

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.

Des études scientifiques et notamment un rapport de l'INSERM en 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 1er 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 intégrale 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 celles atteintes d'une pathologie causée par l'amiante dans le cadre d'une 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, 315 796 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de près de 7,7 Md€ au 31 décembre 2024.

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, au titre de la solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, notamment le ministère de la défense ^[1], contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, pour indemniser les agents de l'État victimes d'une exposition professionnelle à l'amiante.

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 amiable, engagées par le FIVA envers les ministères concernés. En 2024, ces recettes ont représenté 7,5 M€.

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2019 à 2025 :

En millions d'euros	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (P)
Charges	351,3	310,0	329,2	322,6	389,45	446,04	492,15
Dépenses d'indemnisation	300,3	233,9	274,4	264,8	335,95	377,4	421
Provisions	40,8	67,1	45,0	48,4	42,93	57,5	59
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	11,1	12,15
Produits	361,1	350,6	308,0	307,4	308,6	431,36	554,5
Dotation branche AT/MP	260,0	260,0	220,0	220,0	220	353	465
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,7	7,7	7,7	7,52	7,56	7,56
Reprise sur provisions	56,1	59,3	45,4	43,4	49,6	41,7	54,3
Autres	37,2	23,7	34,9	36,3	31,5	29,1	27,63
Résultat	9,8	40,7	-21,2	-15,1	-80,9	-14,7	62,3
Investissement	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6	0,2	0,41
Variation de fonds de roulement	0,0	48	-21,9	-10,5	-87,7	1,4	67,27
Fonds de roulement	94,9	142,9	121,0	110,4	22,7	24,08	91,35

Justification de l'évolution des dépenses

Au cours du premier semestre 2025, le FIVA a enregistré 9 350 demandes, ce qui représente une baisse modérée de 2,7 % par rapport à la même période en 2024 durant laquelle 9 608 demandes nouvelles avaient été reçues. Au sein de cette demande globale, le nombre de nouveaux dossiers (demandes initiales de victimes directes) est en recul de 5,8 % soit 1 445 nouvelles victimes enregistrées en 6 mois contre 1 534 en 2024. Les demandes reçues au titre de l'indemnisation des préjudices personnels des ayants droit sont également en retrait de 8,5 % (4 506 unités contre 4 925 au cours du premier semestre 2024). En revanche, celles relatives aux préjudices supplémentaires des demandeurs (tierce personnes, frais funéraires, préjudices économiques, etc.) continuent de croître avec une nouvelle progression de 7 % au cours des six premiers mois de l'année (2 901 unités enregistrées en 2025 contre 2 714 sur la même période l'an dernier).

S'agissant de la production, le nombre de décisions (offres et rejets) est en légère hausse, de 2 % (9 672 cette année contre 9 493 l'an dernier sur la même période). Les offres, seules génératrices de dépenses, suivent la même tendance (7 180 en 2025 contre 7 111 en 2024).

Le niveau des stocks est maîtrisé : 12 857 demandes sont à traiter contre 13 344 il y a un an. Celui des dossiers n'ayant fait l'objet d'aucune décision est de 1 567 unités contre 1 742 il y a un an.

Le délai moyen de décisions est de 4 mois et 2 semaines, bien inférieur au délai légal de 6 mois, avec une priorité donnée aux victimes vivantes. Le délai moyen de paiement est de 1 mois et 3 semaines, en hausse de deux semaines par rapport à l'an dernier en raison de problèmes de nature RH mais il respecte le délai réglementaire de 2 mois.

L'anticipation des dépenses d'indemnisation attendues à fin 2025 est de 421 M€ (contre 377,4 M€ en 2024).

Cette hausse attendue des dépenses repose sur deux effets cumulés :

1. Un effet de structure, composé lui-même de deux sous-effets distincts :

o un effet de sédimentation des rentes qui est induit par l'absence de déduction de la rente allouée par les organismes de sécurité sociale de celle que le FIVA verse lui-même depuis le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation intervenu début 2023. De ce fait, le FIVA attribue quasiment de manière systématique une rente à chaque nouvelle victime directe qu'il indemnise avec pour corollaire une augmentation du nombre des rentes actives de 48 % en deux ans, les nouvelles s'ajoutant aux anciennes ;

o un effet lié à l'évolution du poids relatif des différentes composantes de la demande globale avec une forte poussée des demandes dites « supplémentaires » (perte de revenus, remboursement des frais funéraires, tierce personne, frais divers, etc.) qui ont augmenté de 22 % sur un an (5 940 en 2024 contre 4 873 en 2023) en raison principalement de la progression des demandes pour perte de revenus (préjudice économique) qui expliquent à elles seules la moitié de cette hausse. Cette croissance trouve une de ses causes dans le niveau des indemnisations allouées au titre de la réparation d'un préjudice économique aux ayants droit de la part du FIVA en cas de décès de la victime car le revirement de la Cour de cassation redéfinissant la rente versée par la sécurité sociale comme indemnisant un préjudice exclusivement de nature patrimoniale a conduit à augmenter le revenu de référence du foyer tant que la victime est vivante et perçoit cette rente et celle, complémentaire, du Fiva.

1. Un effet prix lié à la revalorisation en 2025 de 1,7 % de la valeur de la rente versée par le FIVA ainsi que de son barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux.

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)**

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 reversement 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.

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 doit être dûment justifiée afin de donner 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 reversement à la sécurité sociale via ce programme, sous réserve de la bonne atteinte des cibles et jalons.**

Des dispositions conventionnelles nationales définissent la chronologie effective de reversements des fonds européens à la sécurité sociale, échelonnés jusqu'en 2028.

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	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Nombre cumulé d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements "du quotidien"	Nb	1 680	1 997	Sans objet	1000	Non déterminé	Non déterminé

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 FRR.

À mi-août 2025, 2 269 établissements de santé avaient reçu au moins un versement au titre de la dotation « investissements du quotidien ». La cible du jalon 2023 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 par les établissements publics de santé en 2021, de près de 10 % en 2022 et de 14 % en 2023 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 2023 (entre 2020 et 2023 le taux est passé de 80,9 % à 79,5 %).

La cible ayant été atteinte pour la dernière demande de paiement de la France avant l'extinction de la FRR au 31 décembre 2026, aucune nouvelle cible n'est fixée au-delà de cette échéance.

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	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (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	10	Sans objet	30	Non déterminé	Non déterminé

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. Pour rappel, le jalon 2024 de 10 projets a été atteint avec 13 projets validés. A mi-août 2025, 35 projets de plus de 20 M€ ont été validés et contractualisés par les ARS.

La cible ayant été atteinte pour la dernière demande de paiement de la France avant l'extinction de la FRR au 31 décembre 2026, aucune nouvelle cible n'est fixée au-delà de cette échéance.

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2023	2024	2025 (Cible PAP 2025)	2026 (Cible)	2027 (Cible)	2028 (Cible)
Nombre cumulé de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées	Nb	Sans objet	5 500	Sans objet	32 200	Non déterminé	Non déterminé

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 FRR. L'indicateur a été renégocié à la baisse avec la Commission européenne de 36 000 places à 32 200 places à l'automne 2023.

A mi2025, 12 290 places d'EHPAD avaient été livrées sur les plus de 51 000 prévues dans les projets dont l'accompagnement financier a été validé et contractualisé entre 2021 et 2024. Par ailleurs, 8 260 places de résidence autonomie ont été créées ou rénovées sur les près de 21 000 places contractualisées dans le cadre des projets validés entre 2021 et 2024. Les projets financés comprennent également 2 000 places en habitat inclusif. Ainsi, sur près de 74 000 places d'hébergement de personne âgées dépendantes financées dans les projets retenus, plus de 20 500 ont d'ores et déjà été livrées. La cible devrait être atteinte pour la dernière demande de paiement de la France avant l'extinction de la FRR au 31 décembre 2026. Aucune nouvelle cible n'est donc fixée au-delà de cette échéance.

Présentation des crédits, des taxes affectées et des dépenses fiscales

PRESENTATION DES CREDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2025 ET 2026

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2025 PLF 2026	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	FdC et AdP attendus
02 – Sécur investissement du PNRR		54 000 000 242 000 000	0 0
Totaux		54 000 000 242 000 000	0 0

CREDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2025 PLF 2026	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	FdC et AdP attendus
02 – Sécur investissement du PNRR		54 000 000 242 000 000	0 0
Totaux		54 000 000 242 000 000	0 0

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE POUR 2025, 2026, 2027 ET 2028

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
3 - Dépenses de fonctionnement	54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000		54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000	
Totaux	54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000		54 000 000 242 000 000 242 000 000 242 000 000	

PRESENTATION DES CREDITS PAR TITRE ET CATEGORIE POUR 2025 ET 2026

Titre / Catégorie LFI 2025 PLF 2026	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
3 – Dépenses de fonctionnement	54 000 000 242 000 000	0 0	54 000 000 242 000 000	0 0
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	54 000 000 242 000 000	0 0	54 000 000 242 000 000	0 0
Totaux	54 000 000 242 000 000	0 0	54 000 000 242 000 000	0 0

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	242 000 000	242 000 000	0	242 000 000	242 000 000
Total	0	242 000 000	242 000 000	0	242 000 000	242 000 000

Dépenses pluriannuelles

ÉCHEANCIER DES CREDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES A PAYER AU 31/12/2025

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2024 (RAP 2024)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2024 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2024	AE (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2025 + Reports 2024 vers 2025 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance + Décret d'annulation) 2025 + Reports 2024 vers 2025 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2025
0	0	54 000 000	54 000 000	0

ÉCHEANCIER DES CP A OUVRIR

AE	CP 2026	CP 2027	CP 2028	CP au-delà de 2028
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2025	CP demandés sur AE antérieures à 2026 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2027 sur AE antérieures à 2026	Estimation des CP 2028 sur AE antérieures à 2026	Estimation des CP au-delà de 2028 sur AE antérieures à 2026
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2026 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2026 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2027 sur AE nouvelles en 2026	Estimation des CP 2028 sur AE nouvelles en 2026	Estimation des CP au-delà de 2028 sur AE nouvelles en 2026
242 000 000 0	242 000 000 0	0	0	0
Totaux	242 000 000	0	0	0

CLES D'OUVERTURE DES CREDITS DE PAIEMENT SUR AE 2026

CP 2026 demandés sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP 2027 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP 2028 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026	CP au-delà de 2028 sur AE nouvelles en 2026 / AE 2026
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	242 000 000	242 000 000	0	0
Dépenses de fonctionnement	242 000 000	242 000 000	0	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	242 000 000	242 000 000	0	0
Total	242 000 000	242 000 000	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 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 l'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 initiale de reversement 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. Cette chronique est révisée, à compter de 2026, pour rééchelonner les reversements de la FRR jusqu'à expiration en 2028.

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.