

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

BUDGET GÉNÉRAL
MISSION MINISTÉRIELLE
PROJETS ANNUELS DE PERFORMANCES
ANNEXE AU PROJET DE LOI DE FINANCES POUR

2023

SANTÉ



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 2023 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 2023 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2022, il a été décidé de retraiter, lorsque cela était pertinent, les données de la loi de finances pour 2022 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2023.

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 2023 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	13
PROGRAMME 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	17
Présentation stratégique du projet annuel de performances	18
Objectifs et indicateurs de performance	22
1 – Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	22
2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires	26
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	28
Justification au premier euro	33
<i>Éléments transversaux au programme</i>	33
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	34
<i>Justification par action</i>	35
11 – Pilotage de la politique de santé publique	35
12 – Santé des populations	41
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	43
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	50
16 – Veille et sécurité sanitaire	54
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	55
18 – Projets régionaux de santé	57
19 – Modernisation de l'offre de soins	57
<i>Récapitulation des crédits et emplois alloués aux opérateurs de l'État</i>	60
Opérateurs	62
<i>INCa - Institut National du Cancer</i>	62
PROGRAMME 183 : Protection maladie	65
Présentation stratégique du projet annuel de performances	66
Objectifs et indicateurs de performance	67
1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	67
2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	69
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	71
Justification au premier euro	74
<i>Éléments transversaux au programme</i>	74
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	75
<i>Justification par action</i>	76
02 – Aide médicale de l'Etat	76
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	83
PROGRAMME 379 : Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)	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 et des dépenses fiscales	93
Justification au premier euro	95
<i>Éléments transversaux au programme</i>	95
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	96
<i>Justification par action</i>	97
01 – <i>Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers</i>	97
02 – <i>Séjour investissement du PNRR</i>	97

MISSION
Santé

Présentation stratégique de la mission

■ PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

La mission « Santé » se compose à compter de 2023 de trois programmes placés sous l'autorité du ministre de la santé et de la prévention.

Il s'agit, d'une part, d'un programme placé sous la responsabilité du Directeur général de la santé, le programme 204 relatif à « la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins » et, d'autre part, de deux programmes placés sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale, le programme 183 « protection maladie » et le programme 379 « Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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.

Hors programme 379, la mission santé porte des crédits du budget de l'État destinés à l'élaboration et à la conduite de la politique globale de santé qui met l'accent sur la prévention, poursuit l'objectif d'assurer la sécurité sanitaire et organise une offre de soins de qualité adaptée pour nos concitoyens et dans tous les territoires. Depuis mars 2020, la mission inclut également en gestion une partie des dépenses liées à la lutte contre la Covid-19.

La crise sanitaire a produit des impacts majeurs dans les différents champs de la santé publique. Ceux-ci sont encore difficiles à qualifier et à quantifier, mais certains d'entre eux sont déjà visibles : santé mentale, retards de prises en charge des malades atteints de pathologies chroniques invalidantes, etc. En tout état de cause, ils modifieront profondément dans les prochaines années, notre système de santé, notamment sur les sujets de veille et de sécurité sanitaire. Notre système de santé devra ainsi faire face à des mutations profondes, au-delà des évolutions classiquement induites par l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Toutes les conséquences ne sont pas encore identifiables, mais il est certain qu'elles continueront progressivement, comme en 2022, à infuser l'ensemble des champs précités en 2023.

En matière d'espérance de vie, les résultats obtenus par la France la placent dans le peloton de tête des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). En revanche, ils masquent d'importantes disparités tant sociales que territoriales, ainsi qu'une espérance de vie sans incapacité et une mortalité prématurée évitable encore perfectibles.

A cet égard, pour préserver et faire évoluer à moyen et long termes notre système de santé, le Gouvernement est déterminé, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) et du plan « *Ma santé 2022 - un engagement collectif* », à mobiliser tous les acteurs pour réduire ces inégalités et consolider le système de prise en charge solidaire, sur la base d'une vision coordonnée du système de santé et d'une logique de parcours intégrant la promotion de la santé et la prévention.

La stratégie nationale de santé devra être adaptée afin d'intégrer les enseignements de la gestion de cette crise sanitaire. Définie il y a quatre ans déjà, cette projection quinquennale (2018-2022), au sein de laquelle la promotion et la protection de la santé (sécurité sanitaire, environnementale, alimentaire) occupe une place de premier plan, devra évoluer vers une dimension stratégique intégrant davantage l'anticipation de futures pandémies, dans un cadre sociétal plus attentif aux interactions entre l'homme et son écosystème. L'objectif « One health » promu par l'OMS devra y être progressivement intégré.

Le **programme 204** « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » vise à améliorer l'état de santé général de la population dans un souci de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, avec la mise en place de plans et de programmes de santé pilotés au niveau national par la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

La sécurité sanitaire est également un champ important du programme afin de garantir la protection de la population face à des événements sanitaires graves, menaçant la santé de la population, comme en témoigne la pandémie de Covid-19.

Trois objectifs figurent dans ce programme :

- prévenir le développement de pathologies le plus en amont possible,
- assurer à toute la population un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire,
- préparer, coordonner et piloter les opérations de gestion de crises sanitaires en lien avec l'ensemble des institutions et opérateurs impliqués et en anticipation stratégique des risques.

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

Les agences sanitaires apportent, par ailleurs, un concours majeur et essentiel à la réalisation des objectifs de santé publique ainsi qu'à la veille et à la sécurité sanitaire. A ce titre, le programme 204 verse à deux d'entre elles une subvention pour charges de service public (Institut national du cancer -INCa- et Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail -ANSES-), les autres étant prises en charge via le 6^e sous-objectif de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam).

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.

Il vise essentiellement à financer l'aide médicale de l'État (AME), dont la gestion est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie, avec un double objectif humanitaire et sanitaire en direction des publics les plus défavorisés. Instaurée en 2000, l'AME de droit commun assure ainsi 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 protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs et joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne se propagent. 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.

Le programme 183 finance également le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Créé en 2001, cet établissement public administratif assure la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante, dont la nocivité a été mise en évidence par les études scientifiques et notamment le rapport de l'INSERM de 1996 et dont l'utilisation a été interdite en 1997. Le FIVA est ainsi l'organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle et 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 de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

Enfin, le **programme 379** va permettre à l'État de reverser à la sécurité sociale les crédits européens perçus dans le cadre du Plan national de relance et de résilience (PNRR) au titre du financement des dépenses d'investissement dans les établissements de santé et médico-sociaux.

PRINCIPALES RÉFORMES

Les dispositifs relevant de la mission « Santé » seront maintenus en 2023. 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.

Santé

Mission | Présentation stratégique de la mission

Par ailleurs, la mission santé continuera vraisemblablement d'être mobilisée, au moins jusqu'au premier semestre 2023, sur la gestion de la crise sanitaire et de ses impacts.

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

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

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

Les exercices 2020, 2021 et 2022 ont été fortement marqués par la gestion de la crise de la Covid-19 mais 2023 devrait constituer une année de transition, même si les grands événements sportifs attendus dès fin 2023 justifient d'ores et déjà de réflexions pour anticiper les mesures de prévention à mettre en œuvre.

En 2023, la réflexion se poursuivra en lien avec chacun des opérateurs, 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.

S'agissant de la protection maladie (P183)

Depuis 2020, le Gouvernement a mis en place des mesures pour, d'une part, accentuer les efforts sur la gestion des dispositifs et la régulation de leurs dépenses et, d'autre part, renforcer les contrôles dans le cadre de programmes d'action ambitieux.

En premier lieu, les projets de centralisation de l'instruction des demandes d'AME et de traitement des factures de « soins urgents » ont renforcé l'efficacité des dispositifs en dégagant des gains financiers grâce à une gestion plus efficace.

En second lieu, afin de veiller à la juste attribution de l'AME et garantir l'accès aux seuls ayants droit, la lutte contre les abus et les détournements du dispositif a été renforcée. Pour cela, plusieurs actions ont été engagées : obligation de déposer une primo-demande d'AME en personne à la CPAM, détection des dissimulations de visas grâce à l'outil VISABIO qui permet de vérifier si les demandeurs ne disposent pas de visas – auquel cas ils seraient en situation régulière et donc non éligibles à l'AME - application d'un délai d'ancienneté à l'AME de neuf mois pour la délivrance de certaines prestations programmées ou demande d'un accord préalable du service du contrôle médical de la CPAM pour les cas les plus urgents.

L'année 2023 sera consacrée au suivi de ces mesures de renforcement des contrôles.

TAXES AFFECTÉES PLAFONNÉES

(en millions d'euros)

Programme	Taxe	Plafond 2022	Plafond 2023
204	Fraction des Prélèvements sociaux sur les jeux prévus aux art. L137-20 à L137-22 du Code de la sécurité sociale	5,0	5,0

OBJECTIFS ET INDICATEURS LES PLUS REPRÉSENTATIFS 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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Etat de santé perçue	%	68,5	68,5	60	68,4	68,3	68,3

Précisions méthodologiques

La source des données :

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

Eurostat reprend les données des instituts nationaux de statistique et met en ligne, en début d'année N+2, les données sur l'état de santé 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://www.insee.fr/fr/statistiques/2386523#tableau-figure1>

Le 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 2021 à 2025) ont été réalisées en appliquant, à la dernière donnée réelle (2020), un taux de progression constant par année correspondant à la progression moyenne par an observée entre 2008 et 2020.

Santé

Mission | Présentation stratégique de la mission

Indicateur 1.2 : Espérance de vie en bonne santé

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance		65,2	65,3	65,5	65,6	65,7	65,9
1. Hommes	année	64,4	64,6	64,8	64,9	65,1	65,3
2. Femmes	année	65,9	66,0	66,1	66,2	66,3	66,4
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans		11,4	11,5	11,7	11,8	12	12,1
1. Hommes	année	10,6	10,7	10,9	11,0	11,2	11,3
2. Femmes	année	12,1	12,3	12,4	12,6	12,7	12,9

Précisions méthodologiques**La source des données** : INSEE.

Source France : Eurohex, méthode EHEMU.

L'espace dédié à la consultation de ces statistiques :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778#tableau-figure1>**Le mode de calcul de l'indicateur** :

L'EVSI 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 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.

JUSTIFICATION DES CIBLES

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

Les prévisions (de 2021 à 2025) ont été réalisées en appliquant, aux dernières données réelles (2020), un taux de progression constant par année correspondant à la progression moyenne par an observée entre 2004 et 2020 pour l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, et entre 2008 et 2020 pour l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans.

Récapitulation des crédits et des emplois

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET ACTION POUR 2022 ET 2023

Programme / Action / Sous-action LFI 2022 PLF 2023	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	209 477 535 212 791 268	+1,58 %		212 777 535 216 091 268	+1,56 %	
11 – Pilotage de la politique de santé publique	68 634 965 66 478 090	-3,14 %		70 634 965 68 478 090	-3,05 %	
12 – Santé des populations	1 230 000 1 230 000			1 230 000 1 230 000		
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	50 808 959 52 068 567	+2,48 %		50 808 959 52 068 567	+2,48 %	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	27 863 046 29 874 046	+7,22 %		27 863 046 29 874 046	+7,22 %	
16 – Veille et sécurité sanitaire	1 610 000 3 610 000	+124,22 %		1 610 000 3 610 000	+124,22 %	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 179 000 4 379 000	+4,79 %		4 179 000 4 379 000	+4,79 %	
19 – Modernisation de l'offre de soins	55 151 565 55 151 565			56 451 565 56 451 565		
183 – Protection maladie	1 086 950 000 1 220 300 000	+12,27 %		1 086 950 000 1 220 300 000	+12,27 %	
02 – Aide médicale de l'Etat	1 078 950 000 1 212 300 000	+12,36 %		1 078 950 000 1 212 300 000	+12,36 %	
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000 8 000 000			8 000 000 8 000 000		
379 – Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)	1 930 400 000			1 930 400 000		
02 – Ségur investissement du PNRR	1 930 400 000			1 930 400 000		
Totaux	1 296 427 535 3 363 491 268	+159,44 %		1 299 727 535 3 366 791 268	+159,04 %	

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET TITRE POUR 2022, 2023, 2024 ET 2025

Programme / Titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus
	LFI 2022 PLF 2023 Prévision indicative 2024 Prévision indicative 2025					
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	209 477 535 212 791 268 230 801 143 231 201 143	+1,58 % +8,46 % +0,17 %		212 777 535 216 091 268 234 101 143 234 501 143	+1,56 % +8,33 % +0,17 %	
Titre 2 – Dépenses de personnel	1 000 000 1 000 000 1 000 000 1 000 000			1 000 000 1 000 000 1 000 000 1 000 000		
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	87 109 088 103 688 910 110 188 910 110 888 910	+19,03 % +6,27 % +0,64 %		87 109 088 103 688 910 110 188 910 110 888 910	+19,03 % +6,27 % +0,64 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	121 368 447 108 102 358 119 612 233 119 312 233	-10,93 % +10,65 % -0,25 %		124 668 447 111 402 358 122 912 233 122 612 233	-10,64 % +10,33 % -0,24 %	
183 – Protection maladie	1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000	+12,27 % +4,26 % +4,40 %		1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000	+12,27 % +4,26 % +4,40 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000	+12,27 % +4,26 % +4,40 %		1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000	+12,27 % +4,26 % +4,40 %	
379 – Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)	1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000	-45,67 % -52,17 %		1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000	-45,67 % -52,17 %	
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000	-45,67 % -52,17 %		1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000	-45,67 % -52,17 %	
Totaux	1 296 427 535 3 363 491 268 2 551 901 143 2 061 101 143	+159,44 % -24,13 % -19,23 %		1 299 727 535 3 366 791 268 2 555 201 143 2 064 401 143	+159,04 % -24,11 % -19,21 %	

ÉVOLUTION DEPUIS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2022

Programme ou type de dépense	2022				2023
	PLF	LFI	LFR	LFI + LFR	PLF
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	209 563 461 212 863 461	209 477 535 212 777 535	6 900 000 6 900 000	216 377 535 219 677 535	212 791 268 216 091 268
Dépenses de personnel (Titre 2)	1 000 000 1 000 000	1 000 000 1 000 000		1 000 000 1 000 000	1 000 000 1 000 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	208 563 461 211 863 461	208 477 535 211 777 535	6 900 000 6 900 000	215 377 535 218 677 535	211 791 268 215 091 268
183 – Protection maladie	1 087 000 000 1 087 000 000	1 086 950 000 1 086 950 000	22 824 238 22 824 238	1 109 774 238 1 109 774 238	1 220 300 000 1 220 300 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	1 087 000 000 1 087 000 000	1 086 950 000 1 086 950 000	22 824 238 22 824 238	1 109 774 238 1 109 774 238	1 220 300 000 1 220 300 000
379 – Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)					1 930 400 000 1 930 400 000
Autres dépenses (Hors titre 2)					1 930 400 000 1 930 400 000

RÉCAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

Programme	LFI 2022					PLF 2023				
	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	20	151			131	20	151
183 – Protection maladie										
379 – Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)										
Total			131	20	151			131	20	151

PROGRAMME 204
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

MINISTRE CONCERNÉ : FRANÇOIS BRAUN, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Jérôme SALOMON

Directeur général de la santé

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

La stratégie poursuivie en 2023 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins est en pleine cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) définie fin 2017. La SNS (2017-2022) constitue toujours le cadre de la politique de santé en France. Définie par le Gouvernement lors d'une réunion du Comité interministériel pour la santé, elle se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'État de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables. L'ensemble de ces objectifs contribue par ailleurs à la réduction des inégalités en matière de santé. La SNS vise également à renforcer l'efficacité du système de santé en cohérence avec la stratégie de transformation du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, condition du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité.

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

1. mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
2. lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
3. garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
4. innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

A cela s'ajoutent sept priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, ainsi que deux objectifs propres à la Corse et quatorze objectifs propres à l'Outre-mer. La politique en matière de bioéthique est traitée dans le cadre d'un dispositif législatif ad hoc.

La SNS fait ainsi de la prévention un élément clé de notre système de santé. Elle trouve sa déclinaison dans les différents plans de santé publique ou dans les plans pouvant avoir un impact sur la santé des populations.

En 2018, pour la première fois, un Plan national de santé publique (PNSP) a été élaboré dans une configuration interministérielle dans le cadre du Comité interministériel pour la santé. Présenté par le Premier ministre le 26 mars 2018, ce plan est l'outil indispensable pour rendre opérationnel le premier axe de la SNS. Il fait de la prévention la pierre angulaire de la transformation de notre système de santé et marque le renforcement de la promotion de la santé, de l'éducation en santé chez les plus jeunes et l'intervention du service sanitaire. La richesse de ce plan se trouve dans son approche chronologique et populationnelle, mais également dans son approche transversale des actions de prévention pour leur financement et la mobilisation des moyens nécessaires à leur mise en œuvre qui relèvent de multiples financeurs (Assurance maladie, ministères, agences sanitaires, agences régionales de santé).

La dernière mise à jour du PNSP s'est effectuée en 2021 avec l'ajout de mesures phares issues du Plan national santé environnement 4 (PNSE 4).

Les plans et programmes nationaux donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats et impacts sanitaires obtenus, voire leur impact en termes de dépenses évitées et/ou de retour sur investissement. Ces suivis permettent d'identifier les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats du suivi annuel et des évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé et au Haut Conseil de santé publique, avant d'être rendus publics. L'évaluation de la SNS 2017-2022 réalisée par la DREES doit être finalisée au second semestre 2022.

Ces priorités recouvrent largement les axes principaux du programme 204 demeurés à ce stade identiques :

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

L'Institut national contre le cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) sont membres du comité d'animation du système d'agences (CASA), qui assure le pilotage stratégique des agences nationales dans la perspective de mieux coordonner les stratégies communes de déploiement des politiques de prévention et de sécurité sanitaire en lien avec l'ensemble des acteurs concernés (ARS, Assurance maladie, autres ministères, etc.) et de veiller à la cohérence des actions mises en œuvre dans ces domaines.

Le pilotage et la coordination du réseau des opérateurs bénéficient, avec la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) d'un cadre renouvelé destiné à améliorer la réponse aux exigences en matière de prévention et de sécurité sanitaire, et l'utilisation des moyens.

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

La SNS 2017-2022 souligne la nécessité de promouvoir la recherche en santé des populations dans toute sa dimension interdisciplinaire et d'accroître les contributions dans le domaine de la recherche pour appuyer les décisions en matière de définition et d'évaluation des politiques de santé. Le périmètre de la politique de santé, inscrit dans l'article L.1411-1 du Code de la santé publique, inclut ainsi explicitement la production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre, ainsi que la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé.

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

Les efforts engagés depuis plusieurs années se poursuivront pour harmoniser, coordonner et soutenir le développement des appels à projets de recherche en santé publique, notamment dans le domaine de la prévention, des services de santé de proximité et de la performance des parcours de santé. L'objectif est également d'accompagner les grandes cohortes en population générale (Constance, Élife), en mobilisant leurs résultats, et de développer l'utilisation des très grandes bases de données, notamment le système national des données de santé, pour la recherche en santé publique.

Des efforts particuliers devront être consacrés au développement des interactions entre les responsables des politiques de santé, au niveau régional et au niveau national, et des réseaux pluridisciplinaires d'expertise et de recherche en santé publique.

Un portail sur les données probantes en matière d'interventions de prévention est opérationnel depuis 2019 sous l'égide de Santé publique France dans le cadre de l'Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision (Inspire-ID) pilotée par la DGS. Avec le soutien de la DGS, un second portail dédié aux données issues de l'expérience a vu le jour en 2022 sous l'égide de la Société Française de santé publique et de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES). Ces deux portails ont vocation à se réunir et permettront d'améliorer la performance des plans nationaux et régionaux de santé.

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

Dans un contexte de menaces plurielles, une adaptation constante des doctrines sanitaires de préparation et d'intervention adaptées aux différentes menaces (par arme de guerre, nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC), épidémiques, etc.) est réalisée, en lien, le cas échéant, avec les services ministériels compétents ou les agences sanitaires nationales ou régionales. Cet axe s'appuie sur un renforcement des moyens, humains, matériels ou techniques, nécessaires à la réponse aux alertes et crises et également du dispositif de formation à l'attention de l'ensemble des acteurs de crise sanitaire.

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 y compris en situation de mobilité doivent poursuivre leur cours, en intégrant les enseignements tirés de la crise sanitaire résultant de l'épidémie de Covid-19 afin de renforcer l'information et la sécurité des patients, mais aussi de donner des outils d'aide à la prise de décision.

Cette crise sanitaire a en effet démontré la nécessité de disposer d'outils efficaces et réactifs pour répondre aux enjeux en découlant. Les réflexions sont d'ores et déjà engagées dans ce sens :

- Moderniser l'offre de soins :

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n° 2019-774 du 24 juillet 2019 qui traduit les ambitions de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 », adopte une vision d'ensemble et propose des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé. Cette réforme globale vise à transformer les modes d'organisation, les modes de financement, la formation et les conditions d'exercice des professionnels afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans tous les territoires au bénéfice des usagers. Elle renforce les actions du plan d'égal accès aux soins par une meilleure structuration de l'offre de soins de proximité et promeut l'exercice coordonné des professionnels de santé qui est un axe essentiel de la structuration du système de santé.

La crise épidémique sans précédent qui a fortement mobilisé les acteurs du système de santé a conduit à accélérer la transformation du système de santé, initiée par le plan « Ma santé 2022 », grâce aux mesures portées par le Ségur de la santé de juillet 2020.

La poursuite de la modernisation du système de santé se traduit ainsi par 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 recherche de 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. Il s'agit notamment de développer l'exercice coordonné qui doit, dans la continuité de « Ma Santé 2022 », devenir la norme. Ainsi, le développement des Communautés professionnelles territoriales et de santé (CPTS) et la concrétisation du Service d'accès aux soins (SAS), une des mesures du Pacte pour la refondation des urgences annoncé en septembre 2019, doivent contribuer à améliorer l'accès aux soins non programmés. Ces actions s'inscrivent plus globalement dans l'objectif de rénovation du système de santé construit sur la réponse aux besoins de santé et la territorialisation de l'organisation des soins et des parcours de soins.

Par ailleurs, le recours au numérique est un vecteur d'évolution structurelle du système de santé en facilitant le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques. La dématérialisation des pratiques permise par le développement de la télésanté et de l'espace numérique de santé à compter du 1^{er} janvier 2022 constituent des mesures phares de la politique numérique en santé.

Ces évolutions devront s'appuyer sur l'expertise développée par l'administration et par les professionnels de santé eux-mêmes, afin que l'offre de soins soit toujours plus accessible et dispensée dans des conditions correspondant à l'état le plus récent des connaissances et techniques médicales, tout en facilitant la collaboration entre prestataires de soins.

RÉCAPITULATION 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, le tabagisme constitue l'un des déterminants majeurs des maladies chroniques non transmissibles. Il est ainsi responsable de 75 000 décès par an dont 46 000 décès par cancers mais également 17 000 décès par maladie cardiovasculaire et 12 000 par maladie respiratoire. Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	52	59,9	62	60	62	64

Précisions méthodologiques

Une nouvelle méthode d'estimation de la couverture vaccinale en 2017-2018 a été retravaillée par l'ANSP et la CNAM. Les estimations se basent sur un dénominateur plus large (base DCIR, 98 % des assurés sociaux) et non plus sur la population invitée ESOPE de la CNAM. Cette méthode est devenue la référence.

Cette couverture est estimée chaque saison par l'ANSP-Santé publique France à partir du taux de délivrance des vaccins en France entière (données SNIRAM).

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

Jusqu'en 2008-2009, le taux de couverture vaccinale était en progression. Depuis la pandémie H1N1 et jusqu'en 2017/2018, une baisse constante de la couverture vaccinale grippale a été observée. Cette baisse concernait principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles la couverture sur la période 2017/2018 était de près de 15 points inférieure à celle de la saison 2008-2009. La remontée, même modeste, de la couverture vaccinale

entre 2017/2018 et 2019/2020, a constitué un signal encourageant après une période de stagnation de cette couverture.

La campagne 2020/2021 a été marquée par une très forte demande de vaccination de la part de la population dans le contexte sanitaire d'épidémie de la Covid-19, à une période où les vaccins contre la Covid-19 n'étaient pas encore disponibles. Ainsi, une progression sans précédent de la couverture vaccinale contre la grippe chez les plus de 65 ans (59,9 %) a été observée dans ce contexte exceptionnel.

Si la campagne 2021/2022 n'a pas atteint les très bons résultats de la précédente campagne, on note cependant une progression significative des couvertures vaccinales chez les plus de 65 ans en comparaison aux campagnes antérieures à la crise Covid-19 (56,8 % vs. 52 % en 2019/2020).

Pour la prochaine campagne, il est difficile de prévoir quel sera le comportement de la population vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière, et en particulier quel sera l'impact des campagnes répétées de vaccination contre la COVID-19 sur la demande de vaccination contre la grippe. Ainsi, la cible de couverture vaccinale en 2023 a finalement été fixée à 60 %, même si cette couverture avait quasiment été atteinte en 2020/2021 en raison d'un contexte exceptionnel.

Plusieurs leviers sont mobilisés afin de promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière :

- améliorer le dispositif de communication et l'adapter davantage aux populations cibles ; communiquer en particulier sur la gravité potentielle de la grippe chez les sujets à risque de 65 ans et plus ;
- renforcer les connaissances des professionnels de santé en matière de vaccination antigrippale ;
- renforcer la couverture vaccinale des professionnels de santé ;
- simplifier le parcours vaccinal : élargir les compétences vaccinales des professionnels de santé, notamment pharmaciens et infirmiers;

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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	28,9	34,6	46	50	51	52
1. FEMMES	%	31,8	35,7	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	29,1	33,5	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

Le recueil des données sur les personnes ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal est réalisé par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. Les données sont transmises à l'ANSP/Santé publique France pour les analyses nationales.

Les données sont relevées sur deux ans permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation (le calcul est fait sur deux années glissantes car la population est appelée à bénéficier de l'intervention par moitié chaque année, puis standardisé sur la population française).

Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage et le nombre de personnes de 50 à 74 ans concernées par le dépistage pendant les deux années évaluées, auquel on soustrait les exclusions indiquées par l'arrêté du 19 mars 2018 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Objectifs et indicateurs de performance

Le changement du test utilisé dans le dépistage organisé en 2015 pour un test plus simple d'utilisation pour les personnes devait contribuer à une hausse du taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer colo rectal. Cette augmentation attendue n'est pas encore effective. Un arrêté en date du 19 mars 2018 autorise des modalités supplémentaires de remise des tests de dépistage dans l'objectif de favoriser la participation de la population au programme, notamment des envois en seconde relance pour lesquels un financement complémentaire a été apporté en 2019. A côté des médecins généralistes, les gynécologues, les hépato-gastroentérologues et les centres d'examen de santé de l'assurance maladie peuvent maintenant remettre le kit de dépistage du cancer colorectal aux femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans, invités à se faire dépister.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Les arrêtés d'octobre 2020 et d'avril 2022 élargissent les modalités de remise du kit DOCCR (dépistage organisé du cancer colorectal) :

- Envoi des kits à domicile après commande préalable sur un site dédié ;
- Remise des kits par les pharmaciens d'officine (en cours de mise en œuvre en 2022).

Par ailleurs, l'INCa va lancer prochainement une expérimentation d'envoi direct des kits sans commande préalable dans 2 régions ; le démarrage des projets est prévu fin 2022-début 2023.

En 2019, la prévision d'évolution pour les années 2019 à 2023 a été revue en fonction du taux de participation réalisé en 2018 (2017-2018), avec une progression différenciée selon les régions, de façon à atteindre la cible de 50 % en 2023 (2022-2023).

Au regard des évolutions réalisées pour faciliter la remise des kits, une amélioration du taux de participation au DOCCR peut être attendue pour 2023, 2024 et 2025.

INDICATEUR

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	25,5	Non connu	23	21	(*)	(*)
1. FEMMES	%	22,0	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	29,1	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

Les enquêtes « Baromètre de Santé publique France » sont des enquêtes réalisées par téléphone. En 2020, l'échantillon comprenait 13 725 individus, représentatif des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant français.

La prévalence du tabagisme quotidien est calculée à partir du nombre de personnes déclarant fumer au moins une fois par jour du tabac sur le nombre de personnes interrogées. Les données sont pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, et redressées sur les distributions, observées dans la population de référence (enquête emploi 2018 de l'institut national de la statistique et des études économiques - Insee), des variables sociodémographiques suivantes : sexe croisé par l'âge en tranches décennales, région, taille d'unité urbaine, niveau de diplôme, taille du foyer.

L'échantillon a été constitué grâce à un sondage aléatoire à deux degrés : les numéros de téléphone sont dans un premier temps générés aléatoirement, puis l'individu est sélectionné au hasard au sein des membres éligibles du ménage. La réalisation de l'enquête, par système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati), a été confiée à l'Institut Ipsos.

Pour 2020, la réalisation de l'enquête a été faite en 2 étapes en raison de la situation sanitaire Covid -19 et du 1^{er} confinement : -de janvier au 16 mars 2021 et de juin à juillet 2021. Le questionnaire de la deuxième période a été de plus réduit (faisabilité en période de crise). Une pondération a été calculée pour les interviews réalisées avant le confinement et une autre pour celles après le confinement.

Les données sont anonymisées et conservées par Santé publique France.

Pour 2021, l'enquête téléphonique réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de la population des 18-85 ans résidant en France a été menée entre février et décembre 2021 par Santé publique France. Toutefois, les résultats de l'estimation de la prévalence du tabagisme en 2021 ne seront publiés qu'en décembre 2022 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), revue à comité de lecture éditée par Santé publique France.

(*) Compte tenu du retard de livraison d'une donnée (normalement disponible au mois de mai mais qui ne sera pas connu cette année avant le mois de décembre 2022), une projection sur la cible 2023 n'est pas possible. Ce d'autant que les travaux sur le futur programme national de lutte contre le tabac ne font que commencer et que ses objectifs ne sont pas arrêtés.

JUSTIFICATION DES CIBLES

Le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 comporte 4 axes et 28 actions. Les 4 axes sont les suivants :

- protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme,
- encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage,
- agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique,
- surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac.

En 2020, les données de prévalence du tabagisme quotidien montrent une inflexion de la tendance à la baisse du tabagisme depuis 2014 alors qu'entre 2014 et 2019, une baisse significative de la prévalence du tabagisme quotidien avait été constatée passant de 28,5 % à 24 % de fumeurs quotidiens pour les 18-75 ans. Ainsi, la prévalence du tabagisme est établie à 25,5 % en 2020 pour la population générale. Bien que montrant une hausse en termes numériques, Santé publique France qualifie de « stabilisation » les chiffres de 2020, car les variations de la prévalence du tabagisme quotidien par rapport à 2019 ne sont pas significatives d'un point de vue statistique.

Il faudra toutefois attendre les résultats de l'année 2021, qui ne seront donnés qu'en fin d'année 2022, afin de percevoir réellement l'impact de la crise sanitaire sur les habitudes de consommation tabagique.

En revanche, il reste une préoccupation forte sur les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées (chômeurs, populations précaires, populations à faibles revenus, population sans diplôme, etc.) dont la prévalence augmente assez nettement avec un creusement des écarts de 15 points entre le tiers de la population ayant les revenus les plus bas et le tiers ayant les revenus les plus élevés. Cette situation doit pousser à amplifier l'action vers ces publics.

Concernant les prévalences du tabagisme quotidien selon le sexe, une baisse de la prévalence est observée depuis 2016 avec un écart presque constant entre les hommes et les femmes : en 2016, 7 points d'écart (33 % chez les hommes et 26 % chez les femmes) et en 2020, 7.1 points d'écart (29,1 % chez les hommes et 22 % chez les femmes).

Dans la continuité du PNLT actuel, s'achevant en fin d'année 2022, un travail a été engagé de façon à mettre en place un nouveau plan, dont le déploiement devrait avoir lieu entre 2023 et 2028. Ce plan visera à atteindre les objectifs fixés afin de passer sous la barre des 20 %, 10 ans après le premier plan de réduction du tabagisme et d'atteindre la première génération sans tabac en 2032 (5 % de fumeurs quotidiens chez les 17/18 ans).

Ce futur plan complétera les axes d'intervention de l'actuel PNLT par la mise en œuvre de nouvelles mesures destinées à réduire la consommation du tabac ou par l'optimisation de mesures déjà établies, notamment vis à vis de populations spécifiques précitées.

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'usager)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres microbiologiques	%	9,6	9,8	12,25	12	11,75	11,5

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 globale de la qualité de l'eau du robinet en France, y compris pour les plus petites unités de distribution dans lesquelles se concentre 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).

La source des données est la base nationale de données « SISE-Eaux d'alimentation » du ministère chargé de la santé.

Le 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 2021, 9,8 % des unités de distribution d'eau potable ont présenté des dépassements des limites de qualité microbiologique. Après une relative stagnation entre 2015 et 2018, puis une amélioration de la qualité microbiologique de l'eau distribuée jusqu'en 2020, on note une stabilisation en 2021. La hausse de 0,2 point entre 2020 et 2021 n'est pas significative d'autant plus, qu'en parallèle, le pourcentage de population alimentée par une eau est en baisse de 0,1 point sur la même période (1,8 % vs 1,7 %). Cela s'explique par le fait que les non conformités microbiologiques

concernent principalement les petits réseaux de distribution ; par exemple, sur l'année 2020, 13,7 % des UDI desservant moins de 500 habitants ont été non conformes, alors que seulement 4,2 % des UDI desservant plus de 500 habitants ont été non conformes.

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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	80	90	95	95	95	95

Précisions méthodologiques

L'indicateur porte sur le pourcentage de signalements traités dans un délai d'une heure par la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire de la DGS en dehors des périodes où le centre de crise de la DGS est activé, avec une cible fixée à 95 % en 2023.

Le périmètre de l'ensemble des signalements est le suivant :

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

La prise en compte (ou traitement) s'entend comme : l'attribution (ou la délégation) du signalement selon les procédures établies dans le cadre de la démarche qualité du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

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

Le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur est assuré mensuellement.

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 pour 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 derniers mois du nombre de crises et 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 bureau. En effet, lorsque le centre de crise sanitaire du CORRUSS est activé, le calcul de l'indicateur doit être écarté. Cette cible garantit 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'améliorations mises en œuvre reposant sur des indicateurs et un contrôle interne.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Présentation des crédits et des dépenses fiscales

Présentation des crédits et des dépenses fiscales

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2022 ET 2023

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2022 PLF 2023	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		0	16 325 612	52 309 353	68 634 965	0
		0	29 565 434	36 912 656	66 478 090	0
12 – Santé des populations		0	0	1 230 000	1 230 000	0
		0	0	1 230 000	1 230 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		0	40 917 959	9 891 000	50 808 959	0
		0	40 917 959	11 150 608	52 068 567	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		0	24 953 046	2 910 000	27 863 046	0
		0	26 193 046	3 681 000	29 874 046	0
16 – Veille et sécurité sanitaire		0	1 110 000	500 000	1 610 000	0
		0	3 210 000	400 000	3 610 000	0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0	0	4 179 000	4 179 000	0
		0	0	4 379 000	4 379 000	0
19 – Modernisation de l'offre de soins		1 000 000	3 802 471	50 349 094	55 151 565	0
		1 000 000	3 802 471	50 349 094	55 151 565	0
Totaux		1 000 000	87 109 088	121 368 447	209 477 535	0
		1 000 000	103 688 910	108 102 358	212 791 268	0

CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2022 PLF 2023	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		0	16 325 612	54 309 353	70 634 965	0
		0	29 565 434	38 912 656	68 478 090	0
12 – Santé des populations		0	0	1 230 000	1 230 000	0
		0	0	1 230 000	1 230 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		0	40 917 959	9 891 000	50 808 959	0
		0	40 917 959	11 150 608	52 068 567	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		0	24 953 046	2 910 000	27 863 046	0
		0	26 193 046	3 681 000	29 874 046	0
16 – Veille et sécurité sanitaire		0	1 110 000	500 000	1 610 000	0
		0	3 210 000	400 000	3 610 000	0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0	0	4 179 000	4 179 000	0
		0	0	4 379 000	4 379 000	0
19 – Modernisation de l'offre de soins		1 000 000	3 802 471	51 649 094	56 451 565	0
		1 000 000	3 802 471	51 649 094	56 451 565	0
Totaux		1 000 000	87 109 088	124 668 447	212 777 535	0
		1 000 000	103 688 910	111 402 358	216 091 268	0

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE POUR 2022, 2023, 2024 ET 2025

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
	LFI 2022 PLF 2023 Prévision indicative 2024 Prévision indicative 2025			
2 - Dépenses de personnel	1 000 000 1 000 000 1 000 000 1 000 000		1 000 000 1 000 000 1 000 000 1 000 000	
3 - Dépenses de fonctionnement	87 109 088 103 688 910 110 188 910 110 888 910		87 109 088 103 688 910 110 188 910 110 888 910	
6 - Dépenses d'intervention	121 368 447 108 102 358 119 612 233 119 312 233		124 668 447 111 402 358 122 912 233 122 612 233	
Totaux	209 477 535 212 791 268 230 801 143 231 201 143		212 777 535 216 091 268 234 101 143 234 501 143	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2022 ET 2023

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
	LFI 2022 PLF 2023			
2 – Dépenses de personnel	1 000 000 1 000 000		1 000 000 1 000 000	
21 – Rémunérations d'activité	1 000 000 1 000 000		1 000 000 1 000 000	
3 – Dépenses de fonctionnement	87 109 088 103 688 910		87 109 088 103 688 910	
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	20 278 083 36 237 905		20 278 083 36 237 905	
32 – Subventions pour charges de service public	66 831 005 67 451 005		66 831 005 67 451 005	
6 – Dépenses d'intervention	121 368 447 108 102 358		124 668 447 111 402 358	
61 – Transferts aux ménages	43 236 148 32 379 273		43 236 148 32 379 273	
62 – Transferts aux entreprises	2 060 000 2 520 000		2 060 000 2 520 000	
63 – Transferts aux collectivités territoriales	666 667		2 666 667 2 000 000	

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Présentation des crédits et des dépenses fiscales

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2022 PLF 2023				
64 – Transferts aux autres collectivités	75 405 632 73 203 085		76 705 632 74 503 085	
Totaux	209 477 535 212 791 268		212 777 535 216 091 268	

ÉVALUATION DES DÉPENSES 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 2023 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2023. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2023 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 2023, le montant pris en compte dans le total 2023 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2022 ou 2021); 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.

DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (6)

(en millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage 2021	Chiffrage 2022	Chiffrage 2023
120204	Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2021 : (nombre non déterminé) Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1978 - Dernière modification : 1996 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 80 quinquies</i>	500	520	535
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 2021 : (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 : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 154 bis A</i>	30	30	30
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 2021 : 8000 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>	24	24	24
730208	Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés Assiette et taux <i>Bénéficiaires 2021 : (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>	12	13	14
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2021 : (nombre non déterminé) 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>	11	11	11

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Présentation des crédits et des dépenses fiscales

(en millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffre 2021	Chiffre 2022	Chiffre 2023
160302	Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2021 : (nombre non déterminé) 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>	6	6	6
Total		583	604	620

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	66 478 090	66 478 090	0	68 478 090	68 478 090
12 – Santé des populations	0	1 230 000	1 230 000	0	1 230 000	1 230 000
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	52 068 567	52 068 567	0	52 068 567	52 068 567
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	29 874 046	29 874 046	0	29 874 046	29 874 046
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	3 610 000	3 610 000	0	3 610 000	3 610 000
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	4 379 000	4 379 000	0	4 379 000	4 379 000
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 000 000	54 151 565	55 151 565	1 000 000	55 451 565	56 451 565
Total	1 000 000	211 791 268	212 791 268	1 000 000	215 091 268	216 091 268

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								
Transferts sortants					-110 000	-110 000	-110 000	-110 000
Création de l'action PITE Sargasse	► 162				-110 000	-110 000	-110 000	-110 000

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Justification au premier euro

Dépenses pluriannuelles

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2022

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2021 (RAP 2021)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2021 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2021	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2022 + Reports 2021 vers 2022 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2022 + Reports 2021 vers 2022 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2022
73 958 849	0	327 133 617	369 693 194	24 303 154

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2023	CP 2024	CP 2025	CP au-delà de 2025
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2022	CP demandés sur AE antérieures à 2023 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2024 sur AE antérieures à 2023	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2023	Estimation des CP au-delà de 2025 sur AE antérieures à 2023
24 303 154	5 845 114 0	3 845 114	1 328 448	13 284 478
AE nouvelles pour 2023 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2023 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2024 sur AE nouvelles en 2023	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2023	Estimation des CP au-delà de 2025 sur AE nouvelles en 2023
211 791 268 0	209 246 154 0	2 545 114	0	0
Totaux	215 091 268	6 390 228	1 328 448	13 284 478

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2023

CP 2023 demandés sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP 2024 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP 2025 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP au-delà de 2025 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023
98,80 %	1,20 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (31,2 %)

11 – Pilotage de la politique de santé publique

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	66 478 090	66 478 090	0
Crédits de paiement	0	68 478 090	68 478 090	0

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

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

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

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

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	29 565 434	29 565 434
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	28 865 434	28 865 434
Subventions pour charges de service public	700 000	700 000
Dépenses d'intervention	36 912 656	38 912 656
Transferts aux ménages	32 379 273	32 379 273
Transferts aux collectivités territoriales		2 000 000
Transferts aux autres collectivités	4 533 383	4 533 383
Total	66 478 090	68 478 090

Actions de pilotage, de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique (4,498 M€ en AE et 6,498 M€ CP)

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 2023 sont les suivantes :

- Partenariat associatif (0,22 M€ en AE et CP)

Les partenariats établis avec des associations nationales ou têtes de réseau seront poursuivis en 2023 dans plusieurs domaines de la santé publique, et notamment :

- La santé sexuelle (VIH, IST, hépatites, contraception, IVG) pour soutenir la mise en œuvre de la feuille de route 2021-2023 ;
- La prévention des addictions (tabac, alcool, substances illicites) et la réduction des risques et dommages ;
- La promotion / prévention en matière de santé mentale dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route dédiée, en cohérence avec les suites à donner aux assises de la santé mentale et de la psychiatrie ;
- La santé des personnes en situation de vulnérabilité dans une approche de santé globale (*global health*) ;
- La nutrition-santé et le sport-santé dans le cadre de la Stratégie nationale Sport santé 2019-2024, 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 chargés de la santé (association « élus, santé publique et territoires », association « réseau français des villes-santé de l'organisation mondiale de la santé », association « plate-forme nationale des ressources ateliers santé »), impliquant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales. Du fait de leur caractère transversal, ces financements, estimés à 0,22 M€ en 2022, sont portés par l'action 11 du programme 204.

- Conférence nationale de santé (CNS) (0,25 M€ en AE et CP)

Organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, la Conférence nationale de santé a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics. Sa composition et ses modalités d'organisation ont été renouvelées en 2020, et partiellement en 2021. La CNS a remis au ministre chargé de la santé son rapport annuel consacré aux droits des usagers en période de crise sanitaire de la Covid-19. Au total, depuis sa nouvelle mandature, l'instance a adopté 15 avis et points de vigilance, publié deux textes dans une revue médicale internationale et organisé une conférence.

- Outre-mer (0,15 M€ en AE et CP)

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

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

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

- Affaires européennes et internationales (0,92 M€ en AE et 2,92 M€ CP)

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

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

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

A noter également, au plan international, le financement pluriannuel apporté à l'Académie de l'OMS, initiative prioritaire du processus de transformation de l'OMS, dont le soutien a été acté le 11 juin 2019 entre le Directeur général de l'OMS et le Président de la République, Emmanuel Macron. Son campus sera situé à Lyon et comprendra des environnements d'apprentissage de haute technologie, un centre de simulation d'excellence pour les situations d'urgence sanitaire et des espaces de collaboration pour l'élaboration conjointe, la recherche et l'innovation en matière de formation. Les crédits prévus en 2023 sont de 2 M€ en CP dans cadre de l'engagement, à hauteur de 10 M€ en AE effectué en gestion 2020, auxquels s'ajoutent 0,7 M€ en CP au titre des dépenses immobilières.

- Information et communication (0,07 M€ en AE et CP)

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 recherches (1,6 M€ en AE et CP)

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) (0,35 M€ en AE et CP)

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

2022 a été l'année de la mise en place de la quatrième mandature du HCSP et de l'adaptation de son organisation, en élargissant la composition de son collège à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et à la Conférence nationale de santé (CNS) en tant que membres de droit, mais aussi par la création d'une 5^e commission spécialisée (« santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle ») et la modification d'une autre la Commission spécialisée « Maladies chroniques » devenue Commission spécialisée « déterminants de santé et maladies non-transmissibles ».

En 2023, il sera notamment en charge de :

- Poursuivre des travaux d'évaluation ex-post du plan national de santé publique « Priorité Prévention » ou encore contribuer à la future stratégie nationale de santé (SNS),
- Contribuer à l'évaluation transversale des plans nationaux santé environnement, ou encore à l'élaboration de valeurs de gestion pour des contaminants des sites et sols pollués,
- Poursuivre sa réflexion relative à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée, notamment concernant la santé des adolescents et les professionnels de santé de l'enfance, dans le cadre la nouvelle commission en lien avec les différentes structures concernées,
- Conduire une réflexion prospective sur les questions de santé publique, notamment sur les scénarios prospectifs post crise, sur les bonnes habitudes à garder en matière d'hygiène,
- Poursuivre son expertise pour l'aide à la gestion des crises sanitaires liées aux maladies infectieuses ou émergentes ou à l'environnement, dont la Covid-19, des maladies non transmissibles mais aussi quant à la sécurité des éléments et produits du corps humain (Secproch).

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique (11,5 M€ en AE et CP)

La stratégie du numérique en santé est pilotée par la délégation ministérielle au numérique en santé qui guide depuis 2020 les orientations et investissements en matière de conduite de projets de systèmes d'information (SI). Il s'agit toujours de contribuer à couvrir la gestion des évolutions réglementaires, techniques et de sécurité incontournables, et d'assurer l'assistance nécessaire auprès des métiers concernés. L'ensemble du budget 2023 consacré aux SI s'établit à hauteur de 11,5 M€, dont 4,5 M€ permettant de maintenir les SI existants en conditions opérationnelles et 7 M€ dédiés aux refontes et aux nouveaux SI.

Cette enveloppe inclut également les projets confiés en maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage déléguées à l'agence du numérique en santé (ANS) pour un total de 2,85 M€ en 2023, à savoir :

- 1 M€ consacré aux coûts opérationnels d'exploitation et de gestion des évolutions nécessaires du SICAP (gestion des données recueillies et traitées par les centres anti-poisons (CAP) ;
- 1,65 M€ pour le développement des fonctionnalités du Portail des signalements des événements indésirables graves (PSIG), conformément à la feuille de route 2022-2023, afin notamment de permettre d'engager la création d'espaces personnels permettant les échanges entre déclarants et évaluateurs, et des interconnexions du PSIG avec d'autres SI ;
- 0,2 M€ pour la contribution, en lien avec la DGOS, au financement de l'exploitation du SI-VIC (SI Victimes ; initialement destiné à faciliter le recensement des victimes d'attentats ou d'événements sanitaires graves, SI-VIC est désormais également et largement utilisé dans le contexte de l'épidémie COVID-19 (suivi des patients hospitalisés).

Les autres projets 2023 de la DGS de nouveaux SI, de refontes ou d'évolutions majeures à hauteur de 8,65 M€ consistent principalement en la finalisation du nouveau SI autour des demandes d'accès aux origines issu de la Loi bioéthique, à assurer le lancement du SI de l'Entrepôt National de Données de Biologie médicale (ENDB) ainsi que la poursuite des nombreuses refontes en cours et/ou l'assistance au déploiement des évolutions majeures associées aux impératifs réglementaires :

- Pérenniser une Base séquestre pour la conservation des données de vaccination lors de crises sanitaires (impératif juridique) ;
- Parachever la refonte et assurer le déploiement technique de la plateforme nationale de dématérialisation des certificats de décès CertDC (simplification administrative au profit des familles, des collectivités, des opérateurs funéraires et de l'État), mesure inscrite au Top 250 des démarches en ligne de l'État ;
- Poursuivre la refonte stratégique majeure en SI Aqua-Sise du SISE-Eaux (système d'information en santé-environnement sur les eaux), lequel date de 1994, et permet aux Agences régionales de santé d'assurer leurs missions de contrôle sanitaire des eaux (comprenant notamment la réalisation des prélèvements et d'analyses de la qualité des eaux, le contrôle et l'inspection des installations et l'information des élus et du public) et ce pour différents types d'eau (eau du robinet, eaux conditionnées, eaux de baignades, eaux de piscines, eaux thermales) ;
- Finaliser en 2023 la refonte du système d'information SIRIPH permettant de gérer l'évaluation des projets de recherche impliquant la personne humaine. Cette refonte est l'une des principales mesures annoncées dans le cadre du Plan Santé innovation 2030 présenté en juin 2021 par le Président de la République, l'évaluation dans les délais réglementaires des projets de recherche soumis aux Comités de protection des personnes (CPP), étant un facteur important déterminant l'attractivité de la France auprès des industries de santé (industrie pharmaceutique, du dispositif médical et des dispositifs de diagnostic in vitro) aux plans international et en particulier européen.;
- Parachever les ajustements nécessaires à l'usage du SIAPADD -Traitement de données mis en œuvre par la Commission d'Accès des Personnes nées d'AMP aux Données des tiers Donneurs (CAPADD) comme le dispose l'article 5 de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (LBE) ;
- Finaliser le projet SI-LAV 2023 (lutte anti-vectorielle), système d'information prévu par l'article R. 3114-13 du code de la santé publique et l'arrêté du 23 juillet 2019 relatif aux modalités de mise en œuvre des missions de surveillance entomologique d'intervention autour des détections et de prospection des traitements et travaux autour des lieux fréquentés par les cas humains de maladies transmises par les moustiques vecteurs. Il s'agit de permettre à ses utilisateurs de disposer d'une application Web répondant aux normes technologiques et de sécurité actuelles ;

- Assurer l'accompagnement des métiers au maintien en conditions opérationnelles et à la conduite des évolutions indispensables d'une dizaine d'autres SI de santé publique (Santé Habitat, Hopsy Web, Bio2, SI Amiante, Transparence Santé, SISAC, Vadim, derniers ajustements de la plateforme des 3 premiers certificats de santé de l'enfant (CSE), etc ;
- Garantir l'effectivité des actions relatives aux analyses de risques et de sécurité pour une dizaine de systèmes d'information de santé publique dans la perspective du prolongement d'homologations et de nouvelles homologations ;
- Assurer les évolutions et maintien en conditions opérationnelles de la base nationale de recensement des défibrillateurs automatisés externe (DAE) Géo'DAE ;
- Concevoir et mettre en œuvre, sur la base des fonctionnalités développées dans SIDEP pour la gestion du suivi des dépistages Covid (Système d'information de dépistage) lancé en 2020, un SI permettant, pour certaines pathologies, de créer une base de données de biologie (dite entrepôt national de données de biologie médicales (ENDB) et permettre ainsi son utilisation dans le cadre des missions de veille et de sécurité sanitaire, pour d'autres pathologies virales ou infectieuses.

Actions juridiques et contentieuses (41,579 M€ en AE et CP)

Contentieux rattachés à cette sous-action : 5 M€ au titre des dépenses de frais de justice de la direction générale de la santé et 4,2 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 (4,2 M€) : cela concerne majoritairement les recours formés contre les décisions d'autorisation ou de refus d'autorisation relatives aux activités de soins, aux officines de pharmacie ou encore à l'exercice de professionnels de santé.

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

- l'indemnisation des accidents vaccinaux (vaccinations obligatoires) survenus depuis le 1^{er} janvier 2006 ainsi que l'indemnisation des victimes de mesures sanitaires d'urgence (8 M€) ;
- l'indemnisation, pour le compte de l'État ou en substitution d'autres responsables (exploitants et professionnels de santé) des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés (Dépakine®, 24,379 M€). 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.

ACTION (0,6 %)**12 – Santé des populations**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 230 000	1 230 000	0
Crédits de paiement	0	1 230 000	1 230 000	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) 2018-2022 et du Plan « priorité prévention ». L'objectif est de créer un environnement favorable à la santé tout au long de la vie, 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.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 230 000	1 230 000
Transferts aux autres collectivités	1 230 000	1 230 000
Total	1 230 000	1 230 000

Santé des populations en difficulté (0,96 M€ en AE et CP)

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 en direction des personnes migrantes (dont le soutien à l'interprétariat 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 dans le cadre de la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice.

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

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.

Santé de la mère et de l'enfant (0,17 M€ en AE et CP)

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

La fécondité française se maintient en 2021 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens (738 000 naissances en France, avec un indicateur de fécondité de 1,83 enfant par femme). 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 pourront notamment s'appuyer sur les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 attendus pour octobre 2022. 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 nouveaux-nés, mais aussi le suivi périnatal et ainsi orienter les politiques de santé publique.

Compte tenu de la diversité des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité, il est nécessaire d'inciter ceux-ci à travailler en réseau autour de la femme et du nouveau-né, particulièrement dans les situations de précarité, et de les soutenir au niveau national. Les crédits permettront de financer la coordination nationale des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (anciennement réseaux de santé en périnatalité) afin d'améliorer l'accès à la santé des femmes enceintes et des nouveaux-nés, y compris en Outremer, et avec également une attention particulière à certains publics fragiles comme les femmes en situation de vulnérabilité et de précarité et leurs enfants. Des travaux visant l'actualisation des missions de ces dispositifs sont en cours et devraient aboutir d'ici la fin 2022 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, réforme prioritaire du Gouvernement. Ces évolutions des missions impacteront la coordination nationale de ces dispositifs et devront être prises en compte dans l'élaboration de la prochaine convention pluriannuelle d'objectifs 2023-2025.

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

- *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 notamment le plan « Priorité prévention », le programme national de lutte contre le tabac, le plan national de mobilisation contre les addictions, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, le plan national nutrition santé, la stratégie nationale sport-santé et la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle.

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

Traumatismes et violences (0,10 M€ en AE et CP)

Un effort important sera poursuivi notamment pour sensibiliser, mobiliser, informer et former les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-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.

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, y compris dans le champ de la prévention des mutilations sexuelles féminines, intégrée dans la feuille de route de prévention et de lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

ACTION (24,5 %)**14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	52 068 567	52 068 567	0
Crédits de paiement	0	52 068 567	52 068 567	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 les addictions.

Les orientations des différents plans mis en œuvre dans ce cadre (stratégie nationale de santé sexuelle, stratégie décennale de lutte contre le cancer, programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, etc.) s'inscrivent pleinement dans la stratégie nationale de santé (SNS). Ils 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.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	40 917 959	40 917 959
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	100 000	100 000
Subventions pour charges de service public	40 817 959	40 817 959
Dépenses d'intervention	11 150 608	11 150 608
Transferts aux entreprises	1 300 000	1 300 000
Transferts aux autres collectivités	9 850 608	9 850 608
Total	52 068 567	52 068 567

Les maladies neurodégénératives et maladies liées au vieillissement (0,30 M€ en AE et CP)

- *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 et la crise de la Covid-19 les a fragilisés particulièrement. C'est pourquoi, à la suite du plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019, le ministère chargé de la santé a fait le choix de lancer une feuille de route maladies neurodégénératives pour répondre aux problèmes qui restent non résolus. Cette feuille de route est élaborée en deux temps, une première version de transition couvrant la période 2021-2022 et une version enrichie qui la complétera sur 2023-2024. Les orientations de cette feuille de route s'inscrivent dans la SNS et la stratégie nationale de recherche, ainsi que dans un contexte européen et mondial.

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

- *Les maladies liées au vieillissement*

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

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

- Pour une prévention autour de 45 ans avec une démarche de « prévention santé 40 et + » ; démarche de prévention globale multidimensionnelle, avec en 2023 la promotion du site « santé 40 et + » auprès du grand public par Santé publique France et la promotion de la démarche « prévention santé 40 et + » auprès des professionnels de santé ;
- Pour une prévention renforcée au moment du passage à la retraite, la mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie et de retraite d'un rendez-vous jeunes retraités ;
- Pour renforcer la prévention chez les seniors, la mise en œuvre de l'expérimentation d'un programme de dépistage chez les personnes âgées selon la démarche ICOPE de l'OMS pour 3 ans, suite à la réalisation d'un appel à manifestation d'intérêt au titre de l'article 51 de la LFSS et une mise en œuvre des projets depuis 2022 qui se poursuit.

Cancer dont dépistage et maintien à domicile (y compris institut national du cancer) (40,518 M€ en AE et CP)

- *Institut national du cancer (INCa) (40,518 M€ en AE et CP)*

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 le cancer. Cette stratégie (2021-2030) a été annoncée par le Président de la République le 4 février 2021. L'INCa en coordonne sa mise en œuvre, sous la tutelle conjointe des ministères chargés de la santé et de la recherche. La stratégie décennale et les actions qui la composent marquent une volonté affirmée, ambitieuse et partagée, en vue d'améliorer le service rendu à l'ensemble de nos concitoyens. Son objectif est de réduire significativement le poids des cancers

dans le quotidien des français. Les premières mesures prévues dans le cadre de cette stratégie ont été lancées dès 2021.

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 cette stratégie. 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 (4,26 M€ en AE et CP)

Des crédits seront destinés au soutien des mesures de prévention et d'accompagnement issues du plan « Priorité prévention », du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT), dont le troisième volet (2023-2028) devrait être lancé en 2023.

- *Tabac*

Le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable et la première cause de mortalité par cancer en France.

En cohérence avec les orientations du plan « Priorité prévention », le « Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 » (PNLT) a permis de mettre en place des mesures fortes articulées autour de quatre axes d'intervention prioritaire : protéger nos enfants et lutter contre l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à arrêter, agir sur l'économie du tabac et évaluer et diffuser les connaissances relatives au tabac. Toutefois les résultats actuels de prévalence du tabagisme quotidien montrent que près d'un quart de la population française de 18 à 75 ans fume de façon quotidienne. Le futur programme, dont le déploiement devrait avoir lieu entre 2023 et 2028, complètera les axes d'intervention de l'actuel PNLT par la mise en œuvre de nouvelles mesures destinées à réduire la consommation du tabac ou l'optimisation de mesures déjà établies, notamment vis à vis de populations spécifiques dont les résultats de prévalence du tabagisme quotidien sont supérieurs à ceux de la population générale (par exemple, les populations précaires ou les femmes de plus de 25 ans, dont la consommation ne diminue pas au même rythme que celle des hommes, les personnes placées sous main de justice) Ce programme doit assurer le développement d'une politique volontariste et inscrite dans la durée, avec pour objectifs la diminution du tabagisme quotidien à un seuil inférieur à 16 % des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans d'ici 2027 et une première génération d'adultes non-fumeurs d'ici 2032 (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 18 ans).

- *Alcool*

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par Français de 15 ans et plus, celle-ci reste particulièrement élevée avec 11,7 litres par an et par personne, et les repères de consommation à moindres risques sont dépassés par près de 10 millions de personnes. De ce fait, l'alcool est une source considérable de dommages sociaux et sanitaires ; il est en effet la première cause d'hospitalisation et le deuxième déterminant de santé, après le tabac. Sa part dans la mortalité évitable est majeure et le nombre annuel de décès liés à l'usage d'alcool est estimé à plus de 40 000. Le plan « Priorité prévention » et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ont défini des actions prioritaires 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, etc.

La feuille de route relative à la stratégie décennale de lutte contre le cancer annoncée en février 2021 marque la volonté de poursuivre et d'amplifier la prévention consacrée à ces deux principaux déterminants de santé et facteurs de cancers évitables, que sont les usages du tabac et de l'alcool.

- *Autres pratiques addictives à risques*

Le versant sanitaire de la lutte contre les usages de drogues illicites s'appuie à la fois sur la prévention, la prise en charge et la réduction des risques et des dommages auprès des usagers. Les principaux enjeux de cette politique concernent :

- 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 ;
- 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.

La mise en œuvre de cette politique s'inscrit dans le cadre du programme national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 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) initialement pour les injecteurs de drogues puis élargie ensuite aux personnes consommant par inhalation.

La prolongation de l'expérimentation des SCMR, 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.

Cette prolongation permet ainsi de prendre en compte les perspectives qui ont été mises en exergue dans le rapport d'évaluation des SCMR réalisé par l'INSERM en 2021, dans le but d'améliorer l'insertion du dispositif dans un parcours de soin au bénéfice des usagers, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux dépistages et l'entrée dans des traitements de substitution. La prolongation de l'expérimentation permet également l'ouverture d'espaces de consommation au sein même des établissements médico-sociaux assurant les missions de réduction des risques 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), ce qui pourrait permettre de faciliter leur ouverture.

Dans ce contexte, la dénomination « salle de consommation à moindre risque » a été supprimée au profit de celle de « Halte soins addictions », afin d'inscrire ce dispositif à la fois dans une démarche de réduction des risques et des dommages (sanitaires, psychologiques, sociaux) mais aussi d'orientation vers un parcours de santé physique et psychique adapté à la situation spécifique des usagers de drogues.

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.

Des crédits permettront également de financer l'appui à la mise sur le marché des trousse de prévention pour usagers de drogues conformément au décret n° 2021-1766 du 22 décembre 2021 instituant une aide d'État sous forme de compensation de service public à la mise sur le marché de ces trousse destinées à la réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues. De nouvelles trousse, dont le contenu est défini par arrêté, seront disponibles à compter du 1^{er} octobre 2022.

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 et des addictions sans substances (jeux d'argent et de hasard notamment).

Santé mentale (1,05 M€ en AE et CP)

Le poids des pathologies mentales (traitement des maladies psychiatriques et consommation de psychotropes) est extrêmement lourd avec des dépenses concernant plus de 7 millions de personnes et atteignant 20 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général, soit 14 % des dépenses de l'Assurance maladie. De plus, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes suivies pour trouble psychiatrique, toute pathologie confondue, 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, et les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 ont permis d'enrichir cette feuille de route avec des mesures supplémentaires.

Son axe 1, relatif aux actions de promotion du bien-être mental, de prévention des troubles psychiques et du suicide, et de repérage précoce, comporte des mesures comme le renforcement des compétences psychosociales, la lutte contre la stigmatisation, 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 d'un numéro national gratuit de prévention du suicide). Les mesures des Assises ont ajouté 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.

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 :

- 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 ;
- 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 (1,10 M€ en AE et CP)

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

Des crédits seront consacrés au soutien :

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

- des actions d'associations contribuant au niveau national à la promotion de la prévention des maladies chroniques et à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches, comprenant la promotion de la santé bucco-dentaire.

Des crédits seront également consacrés au soutien de projets concernant l'accompagnement à l'autonomie en santé des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches.

Santé sexuelle (prévention des IST-VIH, IVG-contraception), hépatites virales et tuberculose (4,84 M€ en AE et CP)

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).

Cependant, près de 172 000 personnes vivent avec le VIH en France. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH, s'il a connu une baisse en 2020 par rapport à laquelle il convient de rester prudent étant donné l'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19, reste élevé^[1]. Le taux de positivité des dépistages qui avait diminué entre 2014 et 2018 s'est stabilisé en 2019 à 1,9 pour 1000 sérologies. L'épidémie se concentre sur certains groupes de populations particulièrement exposés et dans certaines régions (Départements français d'Amérique, PACA, Île-de-France). Entre janvier 2019 et septembre 2020, 43 % des personnes découvrant leur séropositivité étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 37 % des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger (principalement originaires d'Afrique subsaharienne).

Un dépistage du VIH encore trop tardif : en 2019-2020, 26 % des diagnostics l'ont été à un stade avancé de l'infection, ce qui a empêché ces personnes de bénéficier d'un traitement précoce et d'éviter ainsi la transmission (TasP : Traitement et moyen de prévention contre le VIH).

La persistance d'une épidémie cachée d'infection par le VIH : le dépistage reste ainsi le maillon faible de « la cascade du VIH » en France puisqu'en 2018 seules 87 % des personnes infectées par le VIH connaissaient leur séropositivité (parmi elles, 95 % étaient sous traitement antirétroviral et parmi ces PVVIH sous traitement, 96 % avaient une charge virale indétectable). La cible 95x95x95 fixée par la stratégie nationale de santé sexuelle n'est donc pas atteinte.

Des IST bactériennes en hausse depuis plusieurs années. Entre 2017 et 2019 : syphilis (+11 %), *Chlamydia trachomatis* (+29 %) et gonocoque (+21 %). De plus, la multirésistance aux antibiotiques des gonocoques, Chlamydiae et mycoplasme se développe et augmente ainsi le risque d'impasse thérapeutique.

L'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur l'activité de dépistage du VIH et des IST. L'activité de dépistage du VIH, qui avait augmenté entre 2013 et 2019, a diminué entre 2019 et 2020 (-14 %) en raison d'une baisse importante du recours au dépistage lors du 1^{er} confinement au printemps 2020. Cette baisse a été retrouvée concernant l'activité de dépistage mais aussi du nombre de diagnostic des 3 principales IST bactériennes : ainsi, entre 2019 et 2020, le nombre de diagnostics d'infection à *Ct* a diminué de 8 % en secteur privé et de 31 % en CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic), le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque a, quant à lui, diminué de 13 % en CeGIDD ; enfin, le nombre de diagnostics de syphilis a diminué de 18 % en CeGIDD.

En 2020, 222 000 IVG ont été réalisées soit un taux de 14,9 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Si ce sont les jeunes femmes de 20 à 29 ans qui sont les plus concernées par l'IVG, l'augmentation du taux de recours est notable chez les femmes trentenaires depuis les années 2010. Sur la même période, le taux de recours continue à diminuer chez les femmes de 15-17 ans, il est passé de 10,5 pour 1.000 jeunes filles en 2010 à 5,7 en 2020.

L'année 2020 se caractérise par l'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 avec un nombre annuel d'IVG en baisse d'environ 4 % par rapport à 2019, pour retrouver un niveau proche de celui de 2018. Les mesures transitoires ont permis de garder une activité en ville à un niveau stable avec une baisse de l'activité en établissement de santé. La baisse des IVG en 2020 s'explique vraisemblablement par une baisse du nombre de grossesses non désirées plutôt que par une hausse des difficultés d'accès à l'IVG.

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

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

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

Elle comporte **30 actions prioritaires et 7 déclinaisons adaptées aux territoires ultra-marins**.

- *Concernant les hépatites virales B et C*

Les données de prévalence des hépatites B en population générale en 2016 (environ 135 000 individus) et de l'hépatite C en 2018 (115 000 individus) montrent que des efforts demeurent nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination des hépatites C et B même si la prévalence de l'hépatite C diminue (-15 % entre 2016-2018). Bien que l'activité de dépistage des hépatites virales B et C, du VIH soit importante en France, trop de personnes demeurent non testées et porteuses d'infections virales non diagnostiquées.

L'arrivée de nouveaux outils de prévention, de dépistage et la possibilité de guérir de l'hépatite C grâce à de nouveaux traitements plus efficaces ont conduit le ministère chargé de la santé à l'élaboration d'une stratégie d'élimination de l'hépatite C d'ici 2025 et l'inscrire dans le plan « Priorité prévention ». Il s'agit de renforcer la prévention par des actions innovantes « d'aller-vers » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé ; le renforcement du dépistage de proximité par l'utilisation du test rapide d'orientation diagnostique (TROD), dans une approche utilement combinée du VIH, VHC et VHB (l'arrêté du 16 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des TROD permet désormais cette approche combinée en autorisant les TROD VHB en plus des TROD déjà autorisés VIH et VHC) ; le renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C, par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs : l'ensemble des médecins, notamment les médecins généralistes, dans le cadre d'un parcours simplifié.

- *En matière de lutte contre la tuberculose*

La tuberculose est désormais relativement maîtrisée en France en population générale, avec une incidence de 6,8 pour 100 000 habitants en 2020. Cependant, elle persiste de façon plus importante sur certains territoires (22,5 cas/100 000 en Guyane, 15,1 à Mayotte et 14,3 en Île-de-France)[2] et au sein de communautés vulnérables ou de migration récente. Les catégories de populations les plus touchées sont ainsi les personnes sans domicile fixe (170 cas/100 000), les personnes nées hors de France (34 cas/100 000) et les personnes détenues (64 cas/100 000). Du fait de la pandémie de Covid-19, on observe une chute importante du nombre de cas déclarés en 2020 par rapport à 2019 (-10 %), qui se poursuit en 2021. Cette tendance est à surveiller, car elle pourrait refléter un sous-diagnostic, ce qui risquerait d'entraîner une surmortalité en 2022.

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

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

Dans ce cadre général, les crédits permettront de soutenir :

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

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

- Les actions de la feuille de route tuberculose.

[1] Le nombre de découvertes de séropositivité en 2020 a été estimé à 4 856 [IC95 % : 4 481-5 231], soit une diminution de 22 % par rapport à 2019. Cette diminution du nombre de diagnostics d'infection à VIH peut être expliquée en partie par la diminution de l'activité de dépistage. Elle pourrait également être due à une moindre exposition au VIH liée aux mesures de distanciation sociale, qui a plus vraisemblablement été limitée au 1^{er} confinement. Il convient cependant d'être prudent dans l'interprétation de ces chiffres car en 2020 et 2021, la mobilisation des professionnels de santé autour de la gestion de la pandémie de Covid-19 a eu pour conséquence une chute de leur participation aux différents systèmes de surveillance, notamment concernant le dépistage du VIH et les diagnostics d'infection à VIH et d'IST bactériennes.

[2] <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/tuberculose-en-france-donnees-epidemiologiques-2019>

ACTION (14,0 %)

15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	29 874 046	29 874 046	0
Crédits de paiement	0	29 874 046	29 874 046	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 l'alimentation.

Ces crédits regroupent principalement des dépenses d'intervention sous forme de transferts vers des organismes spécifiques en matière de nutrition et de santé (collectivités territoriales, observatoire de la qualité de l'alimentation, INRAE, ...) et en matière de santé environnement (Anses, SpF, OMS, INSERM, Réseau national de surveillance aérobiologique et Fredon France, ...) 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.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	26 193 046	26 193 046
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	260 000	260 000
Subventions pour charges de service public	25 933 046	25 933 046
Dépenses d'intervention	3 681 000	3 681 000
Transferts aux entreprises	1 220 000	1 220 000
Transferts aux autres collectivités	2 461 000	2 461 000
Total	29 874 046	29 874 046

Nutrition et santé (1,72 M€ en AE/CP)

Les crédits visent à la mise en œuvre du Programme national nutrition santé 2019-2023 (PNNS4) ainsi qu'à la Stratégie nationale sport santé (SNSS) 2019-2024 et serviront à mener diverses actions sur la thématique nutrition (formation des professionnels de terrain, information, innovation, recherche). L'amélioration des connaissances de l'impact de la crise sanitaire sur les habitudes alimentaires, sur la pratique d'activités physiques et la sédentarité constitue un axe nouveau.

Ils financeront en particulier l'observatoire de la qualité de l'alimentation pour les quotes-parts relevant de l'Anses et de l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE). Cet observatoire permet de suivre les évolutions de l'offre alimentaire au cours du temps, à travers la description des produits mis sur le marché, de disposer de paramètres socio-économiques dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales, ainsi que d'évaluer l'impact des engagements contractuels pris par le secteur agroalimentaire en matière d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire et l'impact de la mise en œuvre de l'étiquetage nutritionnel (Nutri-Score) (0,35 M€).

Il s'agira également de favoriser le développement du Nutri-Score, 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 de formation au 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.

Le Codex Alimentarius a mis en place un comité dédié à la définition des procédures formelles et des bonnes pratiques de fonctionnement afin que les normes soient établies dans un cadre intergouvernemental inclusif et transparent : ce comité sur les principes généraux (CCGP) est présidé par la France. La 33^e session du CCGP se déroulera en octobre 2023 et sera financée par trois ministères dont le ministère de la santé et de la prévention.

Les études de l'alimentation totale (EAT) sont reconnues comme l'une des méthodes les plus pertinentes d'un point de vue coûts – bénéfices pour évaluer les expositions alimentaires d'une population à un grand nombre de substances et mener à bien des évaluations des risques sanitaires. Ces études ont déjà montré leur utilité pour la gestion des risques, notamment au cours de la gestion des conséquences de l'incendie de l'usine Lubrizol en 2019. Ainsi, le financement de l'EAT 3, qui porte sur des questions d'importance pour les tutelles comme les produits bio, les produits phytosanitaires ou les effets PE, sera poursuivi (0,07 M€).

Pour prévenir la dénutrition, une semaine nationale de la dénutrition est mise en place chaque année (0,2 M€) pour sensibiliser le grand public et les professionnels de santé et du secteur social à cette problématique.

Le bilan des dispositifs et des actions dans le champ de l'activité physique et de l'activité physique adaptée mis en place par les collectivités réalisé en 2022 sera renforcé et les informations et les travaux de la SNSS seront diffusés par l'intermédiaire du réseau des élus en charge du sport. .

Enfin, des crédits obtenus en mesure nouvelle (0,5 M€) permettront le bon déploiement de 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. La « dimension climat » incluse dans la SNANC permettra de renforcer la politique du Gouvernement en termes d'alimentation durable et de nutrition. La mise en œuvre de la SNANC, prévue à compter du 1^{er} juillet 2023, s'appuiera notamment sur les données issues de l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 4 (INCA 4) qui permettront de définir une nouvelle photographie des habitudes de consommations alimentaires de la population française métropolitaine. Ces données seront obtenues dans le cadre du renouvellement de l'étude INCA de l'Anses (0,15 M€) via sa mutualisation avec l'étude ESTEBAN de Santé publique France permettant de faciliter le déroulement de l'étude et d'obtenir des données plus régulières soit tous les 2 ans.

Environnement et santé (5,10 M€ en AE/CP) :

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

► Plans et stratégies de santé publique dans le domaine de la santé-environnement :

- le plan national santé environnement (PNSE 4) « Un environnement, une santé » (2021-2025) publié le 7 mai 2021. Il s'agira 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 (1,55 M€) ;
- le plan chlordécone IV (2021-2027), compte tenu de l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population des Antilles à ce contaminant toxique pour la santé et persistant dans l'environnement (0,82 M€) ;
- le 4^e plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon dans l'habitat individuel et les établissements recevant du public ;
- le plan d'action interministériel amiante ;
- les plans nutrition-santé, santé-environnement et cancer en partenariat avec le réseau français des villes santé et l'OMS pour la promotion des mobilités actives (marche, vélo, etc.) ;
- le plan eau dans les DOM (PEDOM) ;
- la 2^e stratégie nationale contre les perturbateurs endocriniens ;
- la lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération présente un risque pour la santé
- la surveillance de la qualité de l'air extérieur ;

- la participation française aux travaux de l'OMS sur santé environnement et au processus OMS-ONU santé environnement transport (processus EHTF et THE PEP - The Transport, Health and Environment Pan-European Programme).

► Prévention des risques à destination de publics particuliers :

- liés au bruit notamment pour les jeunes ;
- liés à l'exposition aux UV naturels ou artificiels ;
- liés à la lutte contre l'insalubrité et à la promotion d'un habitat favorable à la santé ;
- liés aux accidents de la vie courante, et notamment aux noyades ;
- liés à la connaissance de l'état de l'environnement à côté de chez soi et des bonnes pratiques à adopter (service Recosanté)..

► Expositions environnementales via :

- le soutien au programme national de biosurveillance de SpF lancé à partir de 2023 qui est essentiel pour mieux caractériser l'exposome humain et les impacts sur la santé dans le cadre du PNSE4 (0,25 M€) ;
- le soutien du programme national de recherche santé environnement travail de l'Anses (0,20 M€)
- le renforcement du système d'information actuel de la toxicovigilance (système d'information des centres antipoison - SICAP) (0,47 M€);
- 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) ;
- l'expérimentation des consultations d'évaluation des expositions environnementales pour les projets de grossesse (en lien avec le programme « 1 000 premiers jours »)
- 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 exposition aux basses fréquences et à la lumière bleue des objets du quotidien ;

► Qualité des eaux (de consommation, thermales, de loisirs, etc) pour :

- améliorer la connaissance sur la qualité des eaux, notamment au regard des questions qui se posent vis-à-vis de la détection de substances émergentes ;
- disposer d'une meilleure compréhension et prévention des cas de légionellose, dont près de 2000 cas par an (0,32 M€) en constituent la conséquence directe ;
- la mise en œuvre des dispositions spécifiques aux installations qui distribuent l'eau auprès des usagers et l'élaboration de référentiels partagés entre les pouvoirs publics et les acteurs de l'eau ;
- la conduite des activités internationales dans le cadre de l'engagement de la France auprès de l'OMS-Europe et de l'ONU (UNECE) au titre du Protocole sur l'eau et la santé et l'amélioration de l'accès à l'eau sur l'ensemble du territoire français en particulier par l'application du Plan eau DOM (PEDOM).

► Travaux de développement de normes et référentiels qui permettent des contrôles, notamment pour les risques amiante, radon et bruit ainsi que pour les déchets d'activité de soins et les pratiques funéraires.

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (23 M€ en AE/CP) :

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

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Justification au premier euro

Pour 2023, la SCSP versée à l'Anses est augmentée de 0,45 M€ par rapport à 2022 pour tenir compte :

- de l'intégration progressive d'une nouvelle mission confiée à l'Anses sur les cosmétiques et les produits de tatouage avec une phase d'amorçage en 2023 visant à préfigurer l'organisation de cette nouvelle mission que l'Anses aura à assumer à compter du 1^{er} janvier 2024 ;
- d'une revalorisation salariale issue du Ségur de la santé qui impacte les professionnels de santé intervenant dans le dispositif de toxicovigilance (pour l'activité d'analyse des signaux de toxicovigilance) dont le pilotage est assuré par l'Anses depuis 2016 (à la suite de Santé publique France).

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 (1,7 %)**16 – Veille et sécurité sanitaire**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	3 610 000	3 610 000	0
Crédits de paiement	0	3 610 000	3 610 000	0

Les crédits alloués à l'action 16 « Veille et sécurité sanitaire » permettent de poursuivre quatre objectifs principaux, à savoir l'organisation de la veille et des vigilances sanitaires, l'élaboration et la mise en application d'actions de prévention des risques infectieux émergents, la conduite d'une politique de préparation des crises sanitaires et, enfin, lors de situations sanitaires exceptionnelles, la gestion des alertes et des crises sanitaires.

Une attention particulière est également apportée à la démarche qualité du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORUSS) et à la base de données du système d'alerte des établissements de santé.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	3 210 000	3 210 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	3 210 000	3 210 000
Subventions pour charges de service public		
Dépenses d'intervention	400 000	400 000
Transferts aux autres collectivités	400 000	400 000
Total	3 610 000	3 610 000

Organisation de la veille et des vigilances sanitaires

En matière de veille et de vigilances sanitaires, le projet majeur est la poursuite du développement du portail de signalement des événements sanitaires indésirables et du système d'information sanitaire des alertes et crises (SISAC). En ce qui concerne le portail des signalements, il permet de faciliter la déclaration des signalements par les professionnels de santé et les usagers et de renforcer le traitement de ces derniers par les structures compétentes. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique et d'un outil national de démocratie sanitaire, ce dernier permettant à l'ensemble des citoyens de déclarer un événement sanitaire indésirable.

Les dépenses de ce déploiement en matière de système d'information sont retracées dans le cadre de l'action 11.

Prévention des risques infectieux émergents (0,4 M€ en AE et en CP)

La lutte anti-vectorielle (paludisme, dengue, chikungunya, zika, etc.) est un enjeu majeur, notamment dans un contexte de réchauffement climatique, comme en témoignent les inquiétudes ressenties autour du virus zika et ou encore de la maladie de Lyme. Quatre types d'actions sont principalement mis en œuvre : évaluer les risques de dissémination, renforcer la lutte contre les vecteurs potentiels de maladies, informer et mobiliser la population et les professionnels de santé et développer la recherche et les connaissances.

Les crédits du programme permettent d'apporter un soutien financier aux actions de recherche à la lutte contre les moustiques vecteurs et de soutenir la formation à apporter aux acteurs de terrain.

Préparation des crises sanitaires (1,0 M€ en AE et en CP)

Ces crédits serviront à financer les missions relatives aux laboratoires biotox-eau et le fonctionnement de la cellule d'intervention biologique d'urgence (CIBU). Une partie de ces crédits est également dédiée à la mise en œuvre de l'animation de l'écosystème des défibrillateurs automatiques externes (DAE).

Des crédits seront en outre mobilisés pour la politique de planification d'exercices de crise du ministère (élaboration de guides méthodologiques), de formation, ainsi qu'une contribution au fonctionnement du centre national de formation civilomilitaire.

Gestion des alertes et des crises sanitaires (0,2 M€ AE et en CP)

Ces crédits serviront à financer plusieurs numéros verts gérés par une plate-forme téléphonique dédiée de réponse aux alertes sanitaires d'ampleur nationale.

Par ailleurs, la DGS a été certifiée ISO9001 en 2015 puis en 2021 sur 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 aussi de la poursuite du déploiement de cette démarche et des outils associés.

Gestion des crises sanitaires (suites covid) (2,0 M€ AE et en CP)

En vue de la mise en extinction du fonds de concours 1-2-00640 dédié aux dépenses COVID effectuées par le ministère de la santé et de la prévention depuis 2020 et afin de gérer d'éventuels sujets de crise sanitaire, des crédits à hauteur de 2 M€ sont ouverts sur le programme 204. Ils serviront notamment à assurer d'éventuelles évacuations sanitaires.

ACTION (2,1 %)

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

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	4 379 000	4 379 000	0
Crédits de paiement	0	4 379 000	4 379 000	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.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	4 379 000	4 379 000
Transferts aux autres collectivités	4 379 000	4 379 000
Total	4 379 000	4 379 000

Actions relatives à la politique des pratiques et des produits de santé (4,17 M€ en AE et en CP)

4,1 M€ seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP), dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bienfondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique. Le périmètre d'intervention de ces comités concerne l'ensemble des recherches impliquant la personne humaine. La loi n° 2012-300 du 5 mai 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite Jardé, a ajouté les recherches interventionnelles au périmètre d'action des CPP initialement restreint aux recherches interventionnelles. L'action des CPP s'inscrit dans le cadre du code de la santé publique, ainsi que des règlements européens sur les dispositifs médicaux (DM), entré en application le 26 mai 2021, sur les essais cliniques des médicaments, entré en application le 31 janvier 2022 et sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DIV) entré en application le 26 mai 2022. Ces règlements prévoient en particulier une augmentation des exigences en termes de délai de l'évaluation éthique des projets de recherche par les CPP et en termes de coordination entre les CPP et l'ANSM dans la conduite de leurs évaluations respectives. L'introduction de délais intermédiaires ou totaux courts pour certains dossiers renforce l'obligation de réactivité et de continuité de service des CPP. Par ailleurs, la mise en place de systèmes d'informations au niveau européen (portails européens) implique un travail d'articulation avec le système d'information national.

0,01 M€ seront alloués 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).

0,025 M€ seront alloués 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.

0,014 M€ seront alloués 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.

0,005 M€ seront alloués à l'AFNOR (Association Française de Normalisation) pour le suivi de la politique en matière de normes « démarche qualité en imagerie médicale » et « dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et laboratoires de biologie médicale ».

Résistance aux antibiotiques et infections liées aux soins (0,26 M€ en AE et CP)

0,06 M€ seront versés au département de santé publique du centre hospitalo-universitaire de Nice pour le pilotage de la mise en place de l'outil européen e-Bug qui a pour objectif de sensibiliser les jeunes scolarisés aux maladies infectieuses et à la question de l'antibiorésistance.

0,2 M€ à destination de l'IRESP. Ils correspondent au financement d'un appel à projet thématique sur l'antibiorésistance. Cet AP serait lancé par l'IRESP courant 2023 et viserait tout particulièrement à :

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

ACTION

18 – Projets régionaux de santé

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	0	0	0
Crédits de paiement	0	0	0	0

ACTION (25,9 %)

19 – Modernisation de l'offre de soins

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	1 000 000	54 151 565	55 151 565	0
Crédits de paiement	1 000 000	55 451 565	56 451 565	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.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Justification au premier euro

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 et le groupement d'intérêt public « Agence du Numérique en Santé » (ANS), lequel est essentiellement porté par des crédits inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), participe ainsi à la réalisation de ces divers objectifs.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de personnel	1 000 000	1 000 000
Rémunérations d'activité	1 000 000	1 000 000
Dépenses de fonctionnement	3 802 471	3 802 471
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	3 802 471	3 802 471
Dépenses d'intervention	50 349 094	51 649 094
Transferts aux autres collectivités	50 349 094	51 649 094
Total	55 151 565	56 451 565

Conception des politiques d'offre de soins et actions de modernisation (3,35 M€ en AE et CP)

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

Parmi les actions financées en 2023, figurent la préparation de l'organisation des élections professionnelles des représentants au Conseil Supérieur des Personnels Médicaux, des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO), du développement pour l'exploitation de différents systèmes d'information (SI) dans le domaine de l'offre de soins compte tenu de l'usage des outils numériques devenu aujourd'hui indispensable et incontournable (système d'information de gestion des internats en médecine, odontologie et pharmacie etc.).

Le financement du programme PHARE de performance des achats hospitaliers destiné à accompagner les groupements hospitaliers de territoire (GHT) est inscrit pour un montant de 2,3 M€. Le programme PHARE appuie méthodologiquement la montée en puissance de la fonction achat des GHT.

Agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna (48,10 M€ en AE et 49,40 M€ en CP)

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.

Le montant de la dotation de fonctionnement de l'Agence de santé de l'exercice 2022 sera reconduit en 2023 (48,1 M€ en AE/CP). Cette subvention doit 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 permettra également de couvrir ses dépenses de fonctionnement pour assurer pleinement ses missions d'offre et d'organisation des soins sur ce territoire. Le contexte sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19 ayant fortement touché le territoire en 2022 l'Agence de santé devrait être en mesure en 2023 de relancer les actions nécessaires au développement de la prévention et au renforcement de l'offre de soins.

Le programme d'investissement visant à moderniser les infrastructures hospitalières et financé par les crédits issus du Ségur de la santé d'un montant total de 45 M€, se poursuivra en 2023 à l'appui notamment du plan pluriannuel d'investissement en cours d'élaboration.

La différence de 1,3 M€ entre les AE et les CP correspond à la huitième 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).

Agence du Numérique en Santé (0,5 M€ en AE et CP)

Le groupement d'intérêt public « Agence du numérique en santé » (ANS) a pour mission de rationaliser l'organisation et le fonctionnement des systèmes d'informations de santé.

Les crédits alloués au GIP ANS contribuent au financement du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), référentiel opposable, qui intègre les données d'identification des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers, fournies et certifiées par les Ordres professionnels et par le Service de santé des armées et qui a vocation à regrouper à terme l'ensemble des professionnels de santé. Il deviendra l'unique référentiel national des professionnels intervenant dans le système de santé, ce qui conduira, à terme, au décommissionnement du référentiel ADELI (Automatisation DES Listes).

Le GIP ANS est principalement financé par des crédits de l'assurance maladie.

La gestion du processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire (3,2 M€ en AE et CP : en HT2 (2,2 M€) et T2 (1 M€))

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).

Les crédits de T2 d'un montant de 1 M€ permettront de couvrir le montant annuel des dépenses liées à la rémunération des jury mobilisés dans le cadre des certifications professionnelles.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Justification au premier euro

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

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS ALLOUÉS PAR LE PROGRAMME AUX OPÉRATEURS

Opérateur financé (Programme chef de file) Nature de la dépense	LFI 2022		PLF 2023	
	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)	22 553 046	22 553 046	23 003 046	23 003 046
Subventions pour charges de service public	22 553 046	22 553 046	23 003 046	23 003 046
INCa - Institut National du Cancer (P204)	40 817 959	40 817 959	40 517 959	40 517 959
Subventions pour charges de service public	40 817 959	40 817 959	40 517 959	40 517 959
Total	63 371 005	63 371 005	63 521 005	63 521 005
Total des subventions pour charges de service public	63 371 005	63 371 005	63 521 005	63 521 005
Total des dotations en fonds propres	0	0	0	0
Total des transferts	0	0	0	0
Total des subventions pour charges d'investissement	0	0	0	0

Les ressources des deux opérateurs, pour ce qui est de la SCSP financée par le P 204, sont stables entre les deux exercices.

L'augmentation de dotation par rapport à 2022 (+0,45 M€) pour l'ANSES inclut le financement correspondant à l'amorce du transfert partiel des missions en cosmétologie de l'ANSM à l'ANSES. Cette dernière assurera les missions d'expertise, d'évaluation du risque et de cosmétovigilance en cohérence avec ses missions de toxicovigilance exercées notamment via les signalements des centres anti poison.

0,2 M€ sont alloués en PLf 2023 au titre d'une dotation d'amorçage ; des compléments de dotations étant programmés aux PLF 2024 (1,8 M€) et 2025 (2,3 M€).

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

EMPLOIS EN FONCTION AU SEIN DES OPÉRATEURS DE L'ÉTAT

Intitulé de l'opérateur	LFI 2022				PLF 2023					
	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	dont contrats aidés	dont apprentis
INCa - Institut National du Cancer			131	20			131	20		
Total ETPT			131	20			131	20		

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

SCHÉMA D'EMPLOIS ET PLAFOND DES AUTORISATIONS D'EMPLOIS DES OPÉRATEURS DE L'ÉTAT

	ETPT
Emplois sous plafond 2022	131
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2022	
Impact du schéma d'emplois 2023	
Solde des transferts T2/T3	
Solde des transferts internes	
Solde des mesures de périmètre	
Corrections techniques	
Abattements techniques	
Emplois sous plafond PLF 2023	131
Rappel du schéma d'emplois 2023 en ETP	

Opérateurs

Avertissement

Le volet « Opérateurs » des projets annuels de performance évolue au PLF 2023. Ainsi, les états financiers des opérateurs (budget initial 2022 par destination pour tous les opérateurs, budget initial 2022 en comptabilité budgétaire pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire et budget initial 2022 en comptabilité générale pour les opérateurs non soumis à la comptabilité budgétaire) ne seront plus publiés dans le PAP mais le seront, 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 de la santé et de la prévention, par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et par le ministère .

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.

Cette stratégie a fait l'objet en 2022 d'une déclinaison régionale dans le cadre de feuilles de route régionales pilotées par les agences régionales de santé (ARS). Cette déclinaison est accompagnée et suivie au plan national.

Le suivi de la mise en œuvre de la stratégie décennale et de sa première feuille de route pour la période 2021-2025 est assuré dans le cadre de trois comités : un comité interministériel de pilotage stratégique, un comité de pilotage opérationnel interministériel et un comité de suivi national associant les parties prenantes.

Un reporting annuel est prévu, sous la forme d'un rapport au Président de la République, visant à mettre en lumière les principales réalisations, accordant une place importante aux initiatives régionales comme le faisaient les rapports annuels du Plan cancer 2014-2019.

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

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

Perspectives 2023

L'année 2023 verra la poursuite du déploiement de la stratégie décennale.

Depuis le lancement de cette stratégie, 144 actions ont été mises en place ou poursuivies :

- Sur la prévention, des dispositifs ont été créés : dispositif digital de lutte contre les fake-news ; sensibilisation auprès des jeunes ; structuration de la recherche en prévention ; diversification des modes de remise des kits de dépistage du cancer colorectal.
- Concernant la limitation des séquelles, un soutien financier a été apporté à l'activité d'oncogénétique ; un référentiel organisationnel des soins oncologiques de support a été élaboré ; des initiatives en faveur de la poursuite des études ont été lancées, l'objectif étant d'améliorer la qualité de vie des patients et le risque de récurrence.
- En matière de lutte contre les cancers de mauvais pronostic, l'INCa et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont lancé une démarche importante pour améliorer l'accès à l'offre d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ; avec la Haute autorité de santé (HAS), l'Institut a développé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Enfin, une attention particulière a été portée aux populations vulnérables : appel à projets visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées ; soutien à la recherche en cancérologie pédiatrique ; facilitation de l'accès aux essais cliniques en Outre-mer.

En 2023, il est prévu de lancer 42 mesures nouvelles, parmi lesquelles la promotion de la vaccination HPV (Human Papillomavirus), les travaux pour l'identification des substances dangereuses, l'adaptation des procédés de fabrication et des réglementations, le développement d'un dispositif de repérage et déploiement d'interventions probantes en promotion de la santé, l'étude des évolutions des programmes de dépistage, la mise en place d'un dispositif de fin de traitement, la mise en œuvre des décrets portant sur la réforme des seuils d'activité en cancérologie.

Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | Opérateurs

FINANCEMENT APPORTÉ À L'OPÉRATEUR PAR LE BUDGET DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme financeur Nature de la dépense	LFI 2022		PLF 2023	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
P204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	40 818	40 818	40 518	40 518
Subvention pour charges de service public	40 818	40 818	40 518	40 518
Transferts	0	0	0	0
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d'investissement	0	0	0	0
Total	40 818	40 818	40 518	40 518

Les ressources de l'opérateur marquent une stabilité entre les exercices 2022 et 2023

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	LFI 2022 (1)	PLF 2023
Emplois rémunérés par l'opérateur :	151	151
– sous plafond	131	131
– hors plafond	20	20
<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

Les effectifs de l'INCa sont stables, qu'il s'agisse des emplois hors plafond ou sous plafond.

PROGRAMME 183 **Protection maladie**

MINISTRE CONCERNÉ : FRANÇOIS BRAUN, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Franck von Lennep

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 n'en 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.

RÉCAPITULATION 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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	30	33	24	24	20	20

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, pondérée par le volume d'attestations de droits délivrées. 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 s'est allongé, passant de 30 jours en 2020 à 33 jours en 2021.

En 2021, un renforcement des équipes dédiées à l'instruction des demandes d'AME a été opéré au regard du volume de dossiers à traiter et du temps nécessaire pour les instruire, compte tenu notamment des nouveaux contrôles induits par les mesures de lutte contre les détournements, entrées en vigueur en 2020. Ainsi, un quatrième pôle d'instruction des demandes d'AME a été mis en place au sein de la caisse primaire d'assurance maladie de Poitiers, afin de mobiliser des ressources supplémentaires pour le traitement des dossiers et contribuer au développement d'une meilleure expertise et à l'augmentation de la capacité de travail sur les dossiers d'AME.

La création de ce nouveau pôle a nécessité un temps d'appropriation des spécificités de l'AME par les agents, conduisant à court terme à une augmentation des délais de traitement par ces derniers. Par ailleurs, le nombre global de demandes d'AME a progressé, passant de 244 000 en 2019 à 273 000 en 2020 (+12 %), puis à près de 300 000 en 2021 (+10 %). Enfin, le contexte sanitaire a également eu un impact sur les effectifs d'agents dédiés à l'instruction des demandes d'AME avec des absences pénalisantes pour la maîtrise des délais.

S'agissant de l'instruction des demandes en outre-mer, pour la CGSS de Guyane, dont le territoire concentre 90 % des bénéficiaires de l'AME en outre-mer, le délai de traitement des dossiers s'établit à 37 jours au deuxième trimestre 2022 alors qu'il était de 51 jours au deuxième trimestre 2021. Ce délai d'instruction en Guyane plus long que le délai moyen témoigne des difficultés liées à la gestion de la crise sanitaire, qui a été particulièrement marquée dans la région.

Protection maladie

Programme n° 183 | Objectifs et indicateurs de performance

Différentes améliorations de l'outil de gestion des demandes d'AME sont planifiées en octobre 2022 et devraient conduire à des allègements de gestion favorisant l'accélération des délais de traitement. L'impact devrait être observé en 2023. Le ralentissement attendu de la hausse des bénéficiaires, après un effet d'accélération lié à la crise sanitaire, devrait également réduire le délai moyen d'attribution de l'AME. Toutefois, au regard des difficultés rencontrées au cours de l'année, le délai moyen en 2022 devrait être plus proche des 28 jours que des 24 jours initialement ciblés. La cible pour 2023 est fixée à 24 jours et celle pour 2024 à 20 jours.

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	13	14	13	14	14	14

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 2021, la cible de 12 % de taux de dossiers contrôlés a été dépassée puisque ce taux s'est finalement établi à 14 %. 43 558 dossiers ont ainsi fait l'objet d'un contrôle *a priori* et, parmi eux, 1 134 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,6 % seulement des dossiers contrôlés.

Pour l'année 2022, il a été demandé aux services de l'agent comptable de contrôler 13 % des dossiers. La cible pour 2023 est fixée à 14 % soit une évolution d'un point par rapport à 2022. Cette cible est maintenue à 14 % pour 2024, sachant que l'augmentation du volume des dossiers traités, comme cela est constaté ces dernières années, conduit en pratique à une augmentation du nombre de dossiers contrôlés.

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

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

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	68	75	80	80	88	88

Précisions méthodologiques

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

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

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

JUSTIFICATION DES CIBLES

La crise sanitaire a fortement impacté l'activité du fonds sur les exercices 2020 et 2021 avec un recul de cet indicateur au cours des deux derniers exercices pour la première fois depuis 2012 (68 % en 2020, puis 75 % en 2021, contre 77 % en 2019).

Le contexte sanitaire a continué de produire ses effets au début de l'année 2022, en particulier durant les mois de janvier et février marqués par un nouveau pic épidémique impliquant de nouvelles perturbations dans l'organisation de l'établissement (déploiement massif du télétravail) ce qui est un élément d'explication de son niveau actuel sur les sept premiers mois de l'année (74 %) encore éloigné de l'objectif fixé à 80 % pour l'année 2022 mais stable par rapport à 2021 (75 %).

Il convient toutefois de noter que cet indicateur est dépendant des délais inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, lorsqu'une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle est en cours ou lorsque la rente servie à ce titre n'a pas encore été notifiée par l'OSS, le FIVA réalise une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux autres que l'incapacité fonctionnelle. Cette dernière sera indemnisée dans un second temps, par une offre complémentaire, après réception de la notification de rente de l'OSS. Ces offres complémentaires ne représentent en moyenne que 2 à 3 % du montant total de l'offre, mais peuvent concerner la moitié des dossiers.

Les victimes exposées dans un cadre professionnel représentent chaque année plus des deux tiers des demandeurs s'adressant au FIVA. Hors offres complémentaires, la proportion des décisions présentées dans le délai légal atteint 81 % depuis le début de l'année 2022, soit un niveau légèrement supérieur à la cible globale.

Protection maladie

Programme n° 183 | Objectifs et indicateurs de performance

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	93	96	95	95	97	97

Précisions méthodologiquesSources 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

Malgré l'ampleur de la crise sanitaire intervenue à compter de l'exercice 2020, impactant nettement l'activité de l'établissement, l'organisation mise en place entre les services indemnisation et comptable, accompagnée d'une évolution technique du logiciel métier, a permis de stabiliser le délai moyen de paiement et de limiter la dégradation de l'indicateur en 2020 (93 % après 96 % en 2019) avant d'assurer sa remontée dès 2021 (96 %).

Au-delà d'une cible légèrement relevée à 97 % à partir de 2024, il demeure toujours un aléa correspondant aux cas où l'absence (ou le défaut de qualité) des pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable requiert des relances pouvant entraîner le non-respect du délai réglementaire.

Présentation des crédits et des dépenses fiscales

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2022 ET 2023

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention		FdC et AdP attendus
	LF1 2022 PLF 2023		
02 – Aide médicale de l'Etat	1 078 950 000		0
	1 212 300 000		0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000		0
	8 000 000		0
Totaux	1 086 950 000		0
	1 220 300 000		0

CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention		FdC et AdP attendus
	LF1 2022 PLF 2023		
02 – Aide médicale de l'Etat	1 078 950 000		0
	1 212 300 000		0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000		0
	8 000 000		0
Totaux	1 086 950 000		0
	1 220 300 000		0

Protection maladie

Programme n° 183 | Présentation des crédits et des dépenses fiscales

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE POUR 2022, 2023, 2024 ET 2025

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2022 PLF 2023 Prévision indicative 2024 Prévision indicative 2025				
6 - Dépenses d'intervention	1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000		1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000	
Totaux	1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000		1 086 950 000 1 220 300 000 1 272 300 000 1 328 300 000	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2022 ET 2023

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2022 PLF 2023				
6 – Dépenses d'intervention	1 086 950 000 1 220 300 000		1 086 950 000 1 220 300 000	
61 – Transferts aux ménages	1 086 950 000 1 220 300 000		1 086 950 000 1 220 300 000	
Totaux	1 086 950 000 1 220 300 000		1 086 950 000 1 220 300 000	

ÉVALUATION DES DÉPENSES 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 2023 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2023. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2023 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 2023, le montant pris en compte dans le total 2023 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2022 ou 2021); 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.

DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (3)

(en millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage 2021	Chiffrage 2022	Chiffrage 2023
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 2021 : (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>	454	465	465
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2021 : 17214 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>	6	7	7
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 2021 : (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
Total		460	472	472

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'État	0	1 212 300 000	1 212 300 000	0	1 212 300 000	1 212 300 000
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	1 220 300 000	1 220 300 000	0	1 220 300 000	1 220 300 000

Dépenses pluriannuelles

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2022

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2021 (RAP 2021)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2021 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2021	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2022 + Reports 2021 vers 2022 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2022 + Reports 2021 vers 2022 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2022
0	0	1 087 106 811	1 087 106 811	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2023	CP 2024	CP 2025	CP au-delà de 2025
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2022	CP demandés sur AE antérieures à 2023 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2024 sur AE antérieures à 2023	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2023	Estimation des CP au-delà de 2025 sur AE antérieures à 2023
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2023 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2023 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2024 sur AE nouvelles en 2023	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2023	Estimation des CP au-delà de 2025 sur AE nouvelles en 2023
1 220 300 000 0	1 220 300 000 0	0	0	0
Totaux	1 220 300 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2023

CP 2023 demandés sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP 2024 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP 2025 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP au-delà de 2025 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (99,3 %)

02 – Aide médicale de l'Etat

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 212 300 000	1 212 300 000	0
Crédits de paiement	0	1 212 300 000	1 212 300 000	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 2022, ce dispositif représenterait 93 % 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 second 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 3 mois en France, et aux demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 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 pris en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale. Est également financée l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé).

Ces deux derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels et établissements de santé.

Pour mémoire, le financement de la prise en charge des évacuations sanitaires du Vanuatu est transféré depuis 2022 au ministère chargé des affaires étrangères (programme 151).

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 :

- la DSS est chargée de l'instruction des demandes d'AME « humanitaire ». Elle délègue les crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) ;
- les DDETS transmettent les demandes et financent les professionnels de santé et les établissements de santé ; elles reçoivent et payent les factures transmises par les lieux de rétention et commissariats ou gendarmeries.
- les autres acteurs sont les établissements et les professionnels de santé.

Bénéficiaires et dépenses de l'AME de droit commun

Les bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élèvent à 380 762 au 31 décembre 2021, dont 40 480 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune : 70 % ont moins de 40 ans et 24 % sont des mineurs. Les femmes représentent 45 % de l'effectif total. Parmi ces bénéficiaires, 273 044 d'entre eux, soit 72 % ont reçu au moins un remboursement pour un soin au cours du dernier trimestre 2021.

La consommation de soins des bénéficiaires de l'AME a été affectée par la crise sanitaire : le nombre de consommateurs a diminué de 16 % au deuxième trimestre 2020 par rapport à la même période en 2019. En 2021, les bénéficiaires de l'AME ont retrouvé progressivement un rythme de consommation proche des niveaux constatés au cours des années antérieures : le taux de consommateurs (c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires ayant bénéficié d'au moins un remboursement au cours d'un trimestre donné) est passé de 65 % au dernier trimestre 2020 à 72 % au dernier trimestre 2021 (taux de consommateurs 2014-2019 : 74 %). Cela a entraîné une hausse des dépenses de 9,8 % pour l'AME de droit commun en 2021 (taux de croissance annuel moyen de 2 % entre 2019 et 2021).

L'AME permet la prise en charge en tiers payant des frais de santé de ces personnes vulnérables, en vertu du devoir de solidarité nationale de l'État envers les personnes les plus précaires et dans l'intérêt de la santé publique en évitant la propagation des pathologies. Sont ainsi soignées à l'hôpital des pathologies relevant de l'hépatogastro-entérologie, pneumologie, neurologie médicale, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, ainsi que des affections cardiovasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2020, l'obstétrique représentait 30 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 17 %. Quant aux séances (venue dans un établissement de santé au cours d'une journée, impliquant une fréquence itérative), 53 % concernent la dialyse, 30 % la chimiothérapie et 14 % la radiothérapie.

Protection maladie

Programme n° 183 | Justification au premier euro

En offrant également à ses bénéficiaires un accès aux soins de ville, l'AME permet la prise en charge en amont des pathologies, et évite ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. Les prestations de ville constituent ainsi 36 % des dépenses en 2021, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 40 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 36 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 63 % de la dépense : la CPAM de Paris concentre 21 % de la dépense d'AME totale (France entière), les autres caisses d'Île-de-France représentent 28 % de la dépense totale, celle de Cayenne 8 % et celle de Marseille 6 %.

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

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 3 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 : 8 988 séjours et 2 511 séances étaient prises en charge en 2020 dans 258 établissements publics de santé. Près des deux tiers 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 20 % en pneumologie et 12,3 % hépato-gastro-entérologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 38 % des séjours et 78 % du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2020).

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 les 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. Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32 % appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15 % au 1 ^{er} janvier 2014 puis annulé au 1 ^{er} janvier 2015. Une part des crédits issus de la Mission d'intérêt général (MIG) « Précarité » a également été allouée aux établissements de santé prenant en charge de nombreux patients AME.	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à :	
2014 (coefficient ramené à 15 %)		-2012 : 82 M€ en année pleine -2013 : 92 M€ -2014 : 123 M€	
2015 (coefficient annulé)		-2015 : 165 M€ -2016 : 178 M€ -2017 : 187 M€ -2018 : 191 M€	
2015		Médicaments : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge	Economie 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 dégageant des gains financiers résultant d'une gestion plus efficace. La centralisation de l'instruction des dossiers de demandes d'AME en métropole a été mise en œuvre progressivement au cours du dernier trimestre de l'année 2019, au sein des trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille, puis finalisée au début de l'année 2021 avec la mobilisation de la caisse de Poitiers. Par ailleurs, la fabrication des cartes AME a été centralisée au niveau du pôle de Cergy.

Le traitement des factures de « soins urgents » a également fait l'objet d'une centralisation progressive depuis le 11 juin 2018. La caisse de Paris gère ainsi les factures des 8 caisses de l'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 13 % en 2022. 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 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 de la 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 3 mois à l'ouverture des droits, puis au moins six mois pendant l'année de versement des prestations.

Dans ce contexte, en 2021, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice évité s'élève à 0.9 M€ contre 0.5 M€ en 2020.

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 vérifié depuis 2020 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 désormais 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.

Mesures exceptionnelles prises dans le cadre de la crise sanitaire

Durant l'épidémie de Covid-19, le Gouvernement a pris plusieurs mesures exceptionnelles afin de garantir la continuité des droits et l'accès aux soins des personnes non couvertes par la protection universelle maladie, notamment les bénéficiaires de l'AME.

Pour éviter les ruptures de droits et de prise en charge, les personnes dont les droits AME arrivaient à échéance ont pu bénéficier d'une prolongation de leurs droits de trois mois à compter de l'expiration de leur droit. Cette mesure a été mise en œuvre à deux reprises au cours de l'année 2020, en application du II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux, puis en application du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020. Elle a concerné 192 667 bénéficiaires de l'AME dont les droits expiraient entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 et 96 669 bénéficiaires pour les droits expirant entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021.

Les modalités de dépôt des primo-demandes d'AME ont été aménagées compte tenu de la fermeture des accueils des CPAM et des mesures de limitation des déplacements prises pour endiguer la propagation de la Covid-19. L'obligation de dépôt physique des primo-demandes en CPAM a été suspendue lors du premier état d'urgence sanitaire par l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux. Cette suspension a été reconduite et prolongée jusqu'au 1^{er} juin 2021 et de nouveau autorisée au début de l'année 2022, jusqu'au 28 février 2022 par l'arrêté du 14 janvier 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à

la gestion de la sortie de crise sanitaire, compte tenu de la cinquième vague de contaminations Covid, qui a concerné aussi bien les agents des caisses, qui ne pouvaient plus réceptionner les dossiers, que les demandeurs d'AME, qui ne pouvaient pas se déplacer pour déposer leur demande.

La mesure de prolongation des titres de séjour pendant 180 jours, prise par le ministère de l'Intérieur (ordonnances n° 2020-328 du 25 mars 2020 portant prolongation de la durée de validité des documents de séjour et n° 2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19) pour tous les titres expirant entre le 16 mars et le 15 juin 2020, a permis de maintenir les droits à la protection universelle maladie des étrangers sur le point de se retrouver en situation irrégulière et d'éviter qu'ils ne basculent vers les soins urgents et l'AME en l'absence de titre de séjour valide.

Le dispositif des « soins urgents » a été ajusté afin de faciliter la prise en charge sanitaire de toutes les personnes ne disposant pas de droits ouverts, ni à l'AME, ni à la protection universelle maladie. Les établissements de santé ont pu facturer des soins urgents sans avoir à obtenir au préalable un justificatif de refus d'AME. Par ailleurs, la prise en charge des soins urgents a été étendue aux frais de transport des personnes concernées. Ces mesures d'assouplissements prises durant le premier état d'urgence sanitaire ont été réactivées dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire déclaré le 14 octobre 2020 puis prolongées jusqu'au 1^{er} juin 2021.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 212 300 000	1 212 300 000
Transferts aux ménages	1 212 300 000	1 212 300 000
Total	1 212 300 000	1 212 300 000

Les crédits de l'action « Aide médicale de l'État » (AME) recouvrent des dépenses de transferts indirects aux ménages (catégorie 61).

Pour 2023, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 212 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 141 M€

Pour 2023, le montant prévisionnel des dépenses d'AME de droit commun est de 1 141 M€. Il repose, d'une part, sur la prolongation de la tendance pré-crise pour les dépenses en produits de santé et, d'autre part, pour le poste prestations hospitalières, sur la reprise de la croissance tendancielle du nombre de consommateurs observée avant la crise sanitaire en 2019 ainsi que sur le maintien du niveau de la dépense moyenne prévue pour 2022, sans application de la garantie de financement. L'effet de la hausse du point d'indice est également intégré à ce montant.

2. Soins urgents : 70 M€

Les soins urgents sont financés par une dotation forfaitaire dont le montant est reconduit en 2023 à hauteur de 70 M€.

3. Autres dispositifs AME : 1 M€

Ce poste de dépenses de l'action AME regroupe :

- Les délégations de crédits aux services déconcentrés pour 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 2023 à hauteur de 1 M€. Pour rappel, le financement de la prise en charge des évacuations sanitaires du Vanuatu a été transféré en 2022 au ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

ACTION (0,7 %)

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

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	8 000 000	8 000 000	0
Crédits de paiement	0	8 000 000	8 000 000	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 dérogoratoire au droit commun, posant le principe de l'immunité civile de l'employeur, par un régime de responsabilité sans faute. La réparation dite forfaitaire n'assure donc pas la réparation de tous les préjudices.

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

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

Acteurs du dispositif

Les indemnisations sont versées par le FIVA. Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le FIVA a adressé, depuis sa création, 275 505 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de 6.7 Md€ (chiffres arrêtés au 31 décembre 2021).

Protection maladie

Programme n° 183 | Justification au premier euro

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense^[1]. En 2021, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 220 M€, avec un montant de charges de 329.1 M€, conduisant à un résultat annuel de -21.1 M€ et à un fonds de roulement de 121 M€. La dotation de l'État en loi de finances initiale est stable entre 2020 et 2021 (8 M€).

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 2019, ces recettes ont représenté 5,9 M€ (dont 61 % versés par la fonction publique d'État).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	8 000 000	8 000 000
Transferts aux ménages	8 000 000	8 000 000
Total	8 000 000	8 000 000

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2018 à 2023 :

En millions d'euros	2018	2019	2020	2021	2022 (p)	2023 (p)
Charges	361,6	351,3	310,0	329,2	332,6	346,9
Dépenses d'indemnisation	301,1	300,3	233,9	274,4	278,0	286,0
Provisions	52,2	40,8	67,1	45,0	45,0	50,0
Charges exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres charges	8,3	10,2	9,0	9,8	9,6	10,9
Produits	365,7	361,1	350,6	308,0	308,9	308,5
Dotation branche AT/MP	270,0	260,0	260,0	220,0	220,0	220,0
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7
Reprise sur provisions	49,8	56,1	59,3	45,4	45,4	45,0
Autres	38,2	37,2	23,7	34,9	35,8	35,8
Résultat	4,1	9,8	40,7	-21,2	-23,7	-38,4
Investissement	0,3	0,4	0,5	0,3	0,5	0,5
Variation de fonds de roulement	6,3	0,0	48	-21,9	-24,6	-33,9
Fonds de roulement	100,9	94,9	142,9	121,0	96,4	62,5

En 2022, avec un niveau de subvention maintenu par rapport à 2021 (220 M€ provenant de la branche AT-MP et 7,7 M€ de l'État), le total des recettes encaissées par le FIVA devrait demeurer stable, notamment en raison d'un niveau satisfaisant des ressources propres résultant des recours subrogatoires sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur (+3 %). Compte tenu des prévisions actualisées de dépenses et du résultat cumulé attendu fin 2022, le fonds de roulement (FDR) enregistrerait une baisse par rapport à l'exercice 2021, se stabilisant à 96,37 M€, soit un niveau de quatre mois de dépenses d'indemnisation.

En 2023, compte tenu de la prévision d'un montant de dépenses d'indemnisation légèrement en hausse par rapport à l'année précédente, pour garantir au FIVA de disposer d'un FDR suffisant, le montant de la dotation de la branche AT-MP serait maintenue à 220 M€, sous réserve du vote de la dotation en PLFSS afin de permettre de renouer avec un FDR prudentiel plus en phase avec la réalité des besoins de l'établissement à hauteur de 62,46 €, soit un peu plus de deux mois de dépenses d'indemnisation.

Les reprises sur provisions atteindraient 45,4 M€ en 2022 et 45 M€ en 2023.

Évolution des dépenses

La prévision des dépenses d'indemnisation est établie en s'appuyant sur les hypothèses suivantes :

- Une stabilisation de la demande globale :

Les effets de la crise sanitaire ne semblent plus peser plus sur le fonctionnement de l'établissement, ainsi le premier semestre 2022 a permis d'enregistrer 10 415 demandes contre 10 117 pour la même période en 2021. Au-delà de ce constat, la demande globale adressée à l'établissement en 2022 se différencie à nouveau, en structure, de la période pré-Covid. Elle se caractérise ainsi par un net déficit de nouvelles victimes enregistrées par rapport à 2019 sur la même période (-26,2 % de nouveaux dossiers). Parallèlement, le poids des autres demandes, composées des ayants droit et des demandes supplémentaires (tierce personne, frais funéraires, frais de déplacements, etc.) continue de se renforcer (ils représentaient moins de 77 % des demandes en 2019 contre plus de 82 % en 2022).

Pour 2023, la prévision repose sur une stabilité de la demande globale, avec environ 19 400 demandes attendues, et la poursuite de la déformation de sa structure, soit une légère érosion du nombre de dossiers nouveaux et un renforcement des autres types de demandes.

- Une évolution différenciée entre les coûts moyens de chacune des deux sous-populations :

La hausse du poids relatif des maladies graves s'est poursuivie : la part des mésothéliomes et cancers broncho-pulmonaires, qui représentaient 53,3 % des demandes en 2020 et 60,5 % en 2021, a atteint 63,2 % des dossiers présentés au FIVA au premier semestre 2022. Au sein des dossiers nouveaux, le poids prépondérant des maladies graves devrait continuer de croître, compte tenu des effets attendus de la politique d'accès aux droits (en particulier les actions d'information réalisées avec la CNAM auprès des personnes atteintes de mésothéliomes (en affectations de longue durée à ce titre ou le partenariat noué avec La Ligue Contre le Cancer). Dans le même temps, la décline pluriannuelle du nombre de plaques pleurales (pathologies qualifiées de bénignes) devrait se prolonger.

Si cette progression tend à majorer le coût unitaire des demandes, elle est contrebalancée par le poids accru des demandes relatives à des préjudices dits « supplémentaires » (tierce personne, frais funéraires, frais de déplacements, etc.) qui ont un effet contraire sur le coût moyen.

De ces deux effets cumulés découle un exercice de prévision qui intègre une stabilité du coût moyen, fixé à 37 500 euros pour les victimes et à 9 300 € pour les ayants droit.

- Un taux de rejet qui augmente :

Le taux de rejet observé en 2021 est de 17,1 %, soit à un niveau relativement proche de celui de 2020 (16,3 %). Il tend à augmenter en 2022 (20,7 % au premier semestre), hausse directement liée à celle des demandes supplémentaires, plus souvent rejetées en raison de l'absence des pièces nécessaires à leur instruction.

Protection maladie

Programme n° 183 | Justification au premier euro

Compte tenu des différents facteurs listés plus haut et des hypothèses associées, **les dépenses d'indemnisation s'établiraient sur la base suivante :**

- **Pour 2022, à 278 M€**
- **Pour 2023, à 286 M€**

La prévision 2023 est confirmée par l'utilisation du modèle à court terme qui repose sur les niveaux de production récemment observés et les montants des offres afférentes.

Aux dépenses d'indemnisations s'ajoutent les dotations aux provisions (45 M€ en 2022 et 50 M€ 2023), des dépenses de gestion administrative demeurant maîtrisées mais en légère augmentation d'une année sur l'autre (9,6 M€ en 2022 et 10,9 M€ en 2023) du fait du report de certains projets en lien avec la crise.

Le montant total des charges de l'établissement est ainsi prévu à 332,60 M€ pour 2022 et 346,91 M€ pour 2023.

PROGRAMME 379

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

MINISTRE CONCERNÉ : FRANÇOIS BRAUN, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Programme n° 379 | Présentation stratégique

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Franck von Lennep

Directeur de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 379 : Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Ce programme temporaire a pour vocation d'assurer la compensation à la sécurité sociale des dons de vaccins effectués vis-à-vis de pays tiers ainsi que d'assurer le reversement des recettes de la Facilité pour la reprise et résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées du 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.

Dans le cadre du plan de relance européen dénommé *NextGenerationEU*, la FRR soutient le financement des plans de relance des États membres. A ce titre, la France a présenté une stratégie d'investissements et de réformes dénommée « plan national pour la relance et la résilience » (PNRR). Les investissements présentés, à hauteur de 40,95 Md€, 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'UE lors du Conseil ECOFIN du 13 juillet 2021.

Ainsi, 6 Md€ du PNRR sont consacrés au soutien de l'investissement dans le système de santé français, avec 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€)

De même, ces crédits FRR transférés à la Sécurité sociale 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.

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Présentation stratégique | Programme n° 379

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

Les recettes européennes étant versées aux États membres, **la part de ces recettes au titre du Ségur** (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 et sous réserve de la bonne atteinte des cibles et jalons.**

RÉCAPITULATION 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

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Programme n° 379 | Objectifs et indicateurs de performance

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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Nombre cumulé d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements "du quotidien"	Nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	800	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 (fond 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€**. Ces montants sont délégués par le FMIS (fond pour la modernisation et l'investissement en santé) aux Agences régionales de santé chargées de contractualiser avec les établissements de santé, à hauteur de 500 M€ en 2021, 500 M€ en 2022 et 200 M€ en 2023.

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

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

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Objectifs et indicateurs de performance | Programme n° 379

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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Nombre cumulé de projets d'investissement dans la construction, la rénovation énergétique et la modernisation d'établissements de santé > 20 millions d'euros	Nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Non déterminé	20	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 (fond 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 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 (20 au T4 2024 ; 30 au T2 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience.

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	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
Nombre cumulé de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour	Nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Non déterminé	Non déterminé	Non déterminé

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Programme n° 379 | Objectifs et indicateurs de performance

	Unité	2020	2021	2022 (Cible PAP 2022)	2023 (Cible)	2024 (Cible)	2025 (Cible)
personnes âgées							

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€**.

Le pilotage opérationnel du dispositif sera 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 plan national de relance et de résilience 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 (36 000 à horizon 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience.

Présentation des crédits et des dépenses fiscales

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2022 ET 2023

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement		FdC et AdP attendus
	LF1 2022 PLF 2023		
02 – Ségur investissement du PNRR		0	0
		1 930 400 000	0
Totaux		0	0
		1 930 400 000	0

CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement		FdC et AdP attendus
	LF1 2022 PLF 2023		
02 – Ségur investissement du PNRR		0	0
		1 930 400 000	0
Totaux		0	0
		1 930 400 000	0

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Programme n° 379 | Présentation des crédits et des dépenses fiscales

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE POUR 2022, 2023, 2024 ET 2025

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2022 PLF 2023 Prévision indicative 2024 Prévision indicative 2025				
3 - Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000		1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000	
Totaux	1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000		1 930 400 000 1 048 800 000 501 600 000	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2022 ET 2023

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2022 PLF 2023				
3 – Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000		1 930 400 000	
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 930 400 000		1 930 400 000	
Totaux	1 930 400 000		1 930 400 000	

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
01 – Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers	0	0	0	0	0	0
02 – Sécur investissement du PNRR	0	1 930 400 000	1 930 400 000	0	1 930 400 000	1 930 400 000
Total	0	1 930 400 000	1 930 400 000	0	1 930 400 000	1 930 400 000

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

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Programme n° 379 | Justification au premier euro

Dépenses pluriannuelles

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2022

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2021 (RAP 2021)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2021 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2021	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2022 + Reports 2021 vers 2022 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2022 + Reports 2021 vers 2022 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2022
0	0	0	0	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2023	CP 2024	CP 2025	CP au-delà de 2025
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2022	CP demandés sur AE antérieures à 2023 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2024 sur AE antérieures à 2023	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2023	Estimation des CP au-delà de 2025 sur AE antérieures à 2023
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2023 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2023 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2024 sur AE nouvelles en 2023	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2023	Estimation des CP au-delà de 2025 sur AE nouvelles en 2023
1 930 400 000 0	1 930 400 000 0	0	0	0
Totaux	1 930 400 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2023

CP 2023 demandés sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP 2024 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP 2025 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023	CP au-delà de 2025 sur AE nouvelles en 2023 / AE 2023
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Justification au premier euro | Programme n° 379

Justification par action

ACTION

01 – Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	0	0	0
Crédits de paiement	0	0	0	0

Dans le cadre de la solidarité internationale dans la lutte contre la pandémie de Covid-19, la France s'est engagée dans le programme Covax, co-dirigé par l'Alliance Gavi, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce programme vise à compenser à la Sécurité sociale le don de doses de vaccins à des pays dont le taux de couverture vaccinale est parmi les moins élevées ou dans une démarche de dons bilatéraux.

Le programme sert de canal budgétaire pour la compensation à la Sécurité sociale des éventuelles demandes de dons en 2023.

ACTION (100,0 %)

02 – Ségur investissement du PNRR

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 930 400 000	1 930 400 000	0
Crédits de paiement	0	1 930 400 000	1 930 400 000	0

La part des recettes reversées à la Sécurité sociale au titre du Ségur investissement représente 15,2 % du montant de l'enveloppe de la Facilité pour la Reprise et la Résilience (FRR) allouée à la France fin 2021. Les recettes FRR sont versées au budget de l'État qui les reverse partiellement à la Sécurité sociale. Ce reversement a été réalisé en 2021 par affectation d'une fraction de TVA à hauteur de 765 M€. En 2023, ce reversement est effectué par crédits budgétaires via la création d'un programme ad hoc.

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

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

La chronique de reversement des 6 Md€ 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 convention suit la chronique de versement des contributions de la FRR telle que prévue par la décision d'exécution du Conseil ECOFIN du 13 juillet 2021.

Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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)

Programme n° 379 | Justification au premier euro

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000	1 930 400 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 930 400 000	1 930 400 000
Total	1 930 400 000	1 930 400 000