



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Projet annuel de performances

Annexe au projet de loi de finances pour 2024

Budget général
Mission ministérielle

Santé



2024

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 2024 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 2024 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2023, il a été décidé de retraiter, lorsque cela était pertinent, les données de la loi de finances pour 2023 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2024.

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 2024 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	21
1 – Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	21
2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires	25
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	52
16 – Veille et sécurité sanitaire	56
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	58
18 – Projets régionaux de santé	60
19 – Modernisation de l'offre de soins	60
<i>Récapitulation des crédits et emplois alloués aux opérateurs de l'État</i>	63
Opérateurs	65
<i>INCa - Institut National du Cancer</i>	65
PROGRAMME 183 : Protection maladie	69
Présentation stratégique du projet annuel de performances	70
Objectifs et indicateurs de performance	71
1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	71
2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	73
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	75
Justification au premier euro	78
<i>Éléments transversaux au programme</i>	78
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	79
<i>Justification par action</i>	80
02 – Aide médicale de l'Etat	80
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	87
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)	91
Présentation stratégique du projet annuel de performances	92
Objectifs et indicateurs de performance	94

<i>1 – Assurer le déploiement du volet « sanitaire » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience</i>	94
<i>2 – Assurer le déploiement du volet « médico-social » du Ségur Investissement en cohérence avec le plan national de relance et de résilience</i>	96
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	97
Justification au premier euro	99
<i>Éléments transversaux au programme</i>	99
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	100
<i>Justification par action</i>	101
01 – <i>Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers</i>	101
02 – <i>Ségur investissement du PNRR</i>	101

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, du programme 204 placé sous la responsabilité du directeur général de la santé, relatif à « la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins » et, d'autre part, des programmes 183 et 379 placés sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale : le programme 183 « protection maladie » et le programme 379 « Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et 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 contribue à organiser une offre de soins de qualité adaptée pour nos concitoyens et dans tous les territoires.

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

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

En matière d'espérance de vie, les résultats obtenus par la France la placent en 2021, en 13^e position au sein des 38 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Cette place qui traduit un léger recul de la position de la France au sein de ce groupe ne rend ainsi pas totalement compte des progrès enregistrés en termes d'espérance de vie.

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 nouvelle stratégie nationale de santé (SNS), à porter 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.

Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » vise à améliorer l'état de santé général de la population dans un souci de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, avec la mise en place de plans et de programmes de santé pilotés au niveau national par la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). La sécurité sanitaire constitue également un champ important du programme afin de garantir la protection de la population face à des 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 terme. De fait, les indicateurs réunis sous l'objectif 1 « Améliorer l'État de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé » permettent notamment de mesurer l'efficacité de la politique de prévention par le dépistage des cancers, la lutte contre l'augmentation du tabagisme, de la sédentarité, du surpoids tout comme la priorité donnée à la couverture vaccinale.

Les agences sanitaires apportent, par ailleurs, un concours majeur et essentiel à la réalisation des objectifs de santé publique ainsi qu'à la veille et à la sécurité sanitaire. A ce titre, le programme 204 verse à deux opérateurs de l'État une subvention pour charges de service public (Institut national du cancer - INCa - et Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail - ANSES -) à laquelle s'ajoutent les subventions versées par le ministère chargé de la recherche pour le premier et celui chargé de l'agriculture pour le deuxième.

Les autres agences sont notamment prises en charge via le 6^e sous-objectif de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam), mais aussi par des financements apportés par l'action sanitaire et sociale des caisses (FNPEIS en particulier).

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 (CNAM), 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).

Le programme 379 a pour vocation d'assurer la compensation à la sécurité sociale des dons de vaccins aux pays tiers ainsi que d'assurer le reversement des recettes de la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées au volet investissement du Ségur de la santé.

Santé

Mission | Présentation stratégique de la mission

TAXES AFFECTÉES PLAFONNÉES

(en millions d'euros)

Programme	Taxe	Plafond 2023	Plafond 2024
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

PRINCIPALES RÉFORMES

Les dispositifs relevant de la mission « Santé » seront maintenus en 2024. Un effort particulier est prévu sur l'ensemble des actions nécessitant de la part des acteurs d'approfondir l'efficacité de leurs pratiques et la performance de leurs activités.

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

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

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

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

En 2024, les travaux menés avec les opérateurs se poursuivront, dans le respect des missions qui leurs sont confiées, afin d'améliorer leur pilotage et de favoriser leur pleine contribution aux efforts requis dans le cadre de la programmation pluriannuelle 2023-2027 des finances publiques.

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 » permettent de renforcer 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. Enfin, un décret en cours de parution permettra aux services consulaires chargés de l'instruction des demandes de visa d'accéder au Portail d'AME, base de données de la CNAM.

L'année 2024 sera consacrée à la poursuite de cette politique de renforcement des contrôles.

S'agissant des dons de vaccins aux pays tiers et du volet Ségur investissement du « Plan National de Relance et de Résilience (PNRR) » (P379)

Le déploiement des dispositifs se poursuivra avec, pour les dons de vaccins, une évaluation précise du nombre de dons de doses effectués par Santé Publique France à compenser. De même, pour le 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), sera poursuivi le suivi de la chronique de reversement des fonds européens et, en miroir, le suivi de la mise en œuvre des projets d'investissement dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le numérique en santé. Les 6 Mds € d'investissement mis en œuvre dans le cadre du Ségur Investissement au titre du PNRR sont refinancés en majeure partie par les recettes de la FRR, dont la part reversée à la sécurité sociale devrait au total s'élever à 5,7 Mds €. Près des deux tiers de cette somme devraient être versés sur la période 2021-2023, dont la moitié en 2023. En conséquence, le niveau des reversements sera moins élevé sur la période 2024-2026.

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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Etat de santé perçue	%	67,9	65,2 (p)	68,4	66,5	67	67,5

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.

Santé

Mission | Présentation stratégique de la mission

JUSTIFICATION DES CIBLES

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

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

Les prévisions (de 2023 à 2026) ont été réalisées en vue de faire progressivement un rattrapage post-Covid (+0,5 point chaque année).

Indicateur 1.2 : **Espérance de vie en bonne santé**

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance		66,3	Non connu	65,6	66,9	67,1	67,3
1. Hommes	année	65,6	Non connu	64,9	66,2	66,4	66,6
2. Femmes	année	67	Non connu	66,2	67,6	67,8	68
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans		12	Non connu	11,8	12,6	12,8	13
1. Hommes	année	11,3	Non connu	11,0	11,9	12,1	12,3
2. Femmes	année	12,6	Non connu	12,6	13,2	13,4	13,6

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 2023 à 2026) ont été réalisées par une incrémentation correspondant aux moyennes respectives H/F observées ces dernières années.

Récapitulation des crédits et des emplois

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET ACTION POUR 2023 ET 2024

Programme / Action / Sous-action LFI 2023 PLF 2024	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	212 791 268 220 081 268	+3,43 %		216 091 268 223 381 268	+3,37 %	
11 – Pilotage de la politique de santé publique	66 478 090 69 488 090	+4,53 %		68 478 090 71 488 090	+4,40 %	
12 – Santé des populations	1 230 000 1 010 000	-17,89 %		1 230 000 1 010 000	-17,89 %	
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52 068 567 46 988 567	-9,76 %		52 068 567 46 988 567	-9,76 %	
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	29 874 046 30 454 046	+1,94 %		29 874 046 30 454 046	+1,94 %	
16 – Veille et sécurité sanitaire	3 610 000 10 810 000	+199,45 %		3 610 000 10 810 000	+199,45 %	
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 379 000 4 379 000			4 379 000 4 379 000		
19 – Modernisation de l'offre de soins	55 151 565 56 951 565	+3,26 %		56 451 565 58 251 565	+3,19 %	
183 – Protection maladie	1 220 300 000 1 216 300 000	-0,33 %		1 220 300 000 1 216 300 000	-0,33 %	
02 – Aide médicale de l'Etat	1 212 300 000 1 208 300 000	-0,33 %		1 212 300 000 1 208 300 000	-0,33 %	
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)	1 930 400 000 906 900 000	-53,02 %		1 930 400 000 906 900 000	-53,02 %	
02 – Ségur investissement du PNRR	1 930 400 000 906 900 000	-53,02 %		1 930 400 000 906 900 000	-53,02 %	
Totaux	3 363 491 268 2 343 281 268	-30,33 %		3 366 791 268 2 346 581 268	-30,30 %	

Santé

Mission Récapitulation des crédits et des emplois

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET TITRE POUR 2023, 2024, 2025 ET 2026

Programme / Titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus	Ouvertures	Variation annuelle	FdC et AdP attendus
	LFI 2023 PLF 2024 Prévision indicative 2025 Prévision indicative 2026					
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	212 791 268 220 081 268 222 791 268 215 806 268	+3,43 % +1,23 % -3,14 %		216 091 268 223 381 268 226 091 268 219 106 268	+3,37 % +1,21 % -3,09 %	
Titre 2 – Dépenses de personnel	1 000 000 1 300 000 1 300 000 1 300 000	+30,00 %		1 000 000 1 300 000 1 300 000 1 300 000	+30,00 %	
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	103 688 910 131 412 995 114 881 387 107 896 387	+26,74 % -12,58 % -6,08 %		103 688 910 133 412 995 116 881 387 109 896 387	+28,67 % -12,39 % -5,98 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	108 102 358 87 368 273 106 609 881 106 609 881	-19,18 % +22,02 %		111 402 358 88 668 273 107 909 881 107 909 881	-20,41 % +21,70 %	
183 – Protection maladie	1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	-0,33 % +1,95 % +2,79 %		1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	-0,33 % +1,95 % +2,79 %	
Titre 6 – Dépenses d'intervention	1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	-0,33 % +1,95 % +2,79 %		1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	-0,33 % +1,95 % +2,79 %	
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)	1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000	-53,02 % -52,14 % +19,68 %		1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000	-53,02 % -52,14 % +19,68 %	
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000	-53,02 % -52,14 % +19,68 %		1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000	-53,02 % -52,14 % +19,68 %	
Totaux	3 363 491 268 2 343 281 268 1 896 791 268 2 009 806 268	-30,33 % -19,05 % +5,96 %		3 366 791 268 2 346 581 268 1 900 091 268 2 013 106 268	-30,30 % -19,03 % +5,95 %	

ÉVOLUTION DEPUIS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2023

Programme ou type de dépense AE CP	2023			2024	
	PLF	LFI	LFR	LFI + LFR	PLF
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	212 791 268 216 091 268	212 791 268 216 091 268		212 791 268 216 091 268	220 081 268 223 381 268
Dépenses de personnel (Titre 2)	1 000 000 1 000 000	1 000 000 1 000 000		1 000 000 1 000 000	1 300 000 1 300 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	211 791 268 215 091 268	211 791 268 215 091 268		211 791 268 215 091 268	218 781 268 222 081 268
183 – Protection maladie	1 220 300 000 1 220 300 000	1 220 300 000 1 220 300 000		1 220 300 000 1 220 300 000	1 216 300 000 1 216 300 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	1 220 300 000 1 220 300 000	1 220 300 000 1 220 300 000		1 220 300 000 1 220 300 000	1 216 300 000 1 216 300 000
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	1 930 400 000 1 930 400 000		1 930 400 000 1 930 400 000	906 900 000 906 900 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	1 930 400 000 1 930 400 000	1 930 400 000 1 930 400 000		1 930 400 000 1 930 400 000	906 900 000 906 900 000

RÉCAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

Programme	LFI 2023			PLF 2024						
	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	30	161
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	30	161

PROGRAMME 204
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins

MINISTRE CONCERNÉ : AURÉLIEN ROUSSEAU, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Présentation stratégique du projet annuel de performances

Grégory EMERY

Directeur général de la santé

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

La stratégie poursuivie en 2024 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins sera en pleine cohérence avec la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS) en cours de finalisation .

Sans présager de la version définitive de la nouvelle SNS, le projet ouvert à consultation le 8 septembre 2023 montre l'importance de poursuivre la réduction des inégalités en matière de santé et l'amélioration des déterminants socio-environnementaux et comportementaux de la santé. La nouvelle SNS visera également à renforcer l'accessibilité de l'offre de soins et médico-sociale, 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 maintient le rôle clé et fondateur de la prévention dans notre système de santé. Elle trouvera sa déclinaison dans les différents plans de santé publique ou dans les plans pouvant avoir un impact sur la santé des populations.

Pour rappel, en 2018, pour la première fois, un Plan national de santé publique (PNSP) avait été élaboré dans une configuration interministérielle dans le cadre du Comité interministériel pour la santé. Porté par le Premier ministre, ce plan constitue aujourd'hui l'outil indispensable pour rendre opérationnelles les priorités de la nouvelle SNS.

La mise à jour la plus récente du PNSP date de 2021 et s'est concrétisée par 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 nouvelles priorités de la SNS recouvrent largement les axes principaux du programme 204, qui ont été réaffirmés :

- 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.

Les contrats d'objectifs et de performance (COP) déterminent pour les années à venir les orientations prioritaires fixées en accord avec les tutelles. Le COP actuel de l'Inca court sur la période 2021 – 2025 (1^{ère} phase de la stratégie décennale 2021-2030).

Par ailleurs, des échanges formalisés ont lieu à échéances régulières, parmi lesquels les réunions bilatérales - mensuelles en fonction de l'actualité – entre la DGS et chaque opérateur, et les réunions du comité des directeurs généraux adjoints des agences pilotées par le secrétariat général de la DGS et portant sur des sujets transverses (budget, RH, systèmes d'information, immobilier...)

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

La nouvelle déclinaison de la SNS souligne, dans le prolongement de la précédente, la nécessité de promouvoir la recherche en santé des populations dans toute sa dimension interdisciplinaire 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, Élfe), en mobilisant leurs résultats, au profit d'une élaboration plus ciblée des programmes et ou actions de prévention et de développer à bon escient l'utilisation des très grandes bases de données, notamment le système national des données de santé, pour la recherche en santé publique. Compte tenu de la complexité du traitement des bases de données concernées et de leur interprétation, ces travaux ne peuvent être portés que par la CNAM et le cas échéant d'autres intervenants habilités.

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).

- 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 et d'entraînement 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, de garantir la protection de leurs données, mais aussi de donner des outils d'aide à la prise de décision tout en modernisant et simplifiant les outils de déclaration mis à disposition des signalements.

Cette crise sanitaire a en effet démontré la nécessité de disposer d'outils efficaces et réactifs pour répondre aux enjeux en découlant.

- 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 les actions portées pour faire évoluer le système de santé ; (cf le plan « Ma santé 2022 »), et 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, la mobilisation des acteurs aux fins de renforcer 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, contribuent 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 depuis le 1^{er} janvier 2022, constitue une mesure importante 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

ÉVOLUTION DE LA MAQUETTE DE PERFORMANCE

Il n'y a pas d'évolution de la maquette de performance du programme 204.

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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	59,9	56,8	60	62	64	66

Précisions méthodologiques

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

En 2020, dans le contexte de la pandémie de Covid-19, a été notée une progression sans précédent de la vaccination antigrippale (près de 10 points au niveau national par rapport à 2017/2018). En 2021 et 2022 dans un contexte de forte défiance vis-à-vis de la vaccination et de lassitude vaccinale, les taux de couverture vaccinale ont baissé mais sont restés supérieurs aux taux observés avant la pandémie. Même s'il est difficile de prévoir le taux de vaccination, la prochaine campagne vaccinale vise à retrouver une dynamique de progression de la couverture vaccinale avec une progression annuelle d'environ 5 %. A cet effet, les mesures suivantes sont mises en place :

Les résultats des expérimentations menées dans des établissements sanitaires et médico-sociaux d'Île-de-France et de Normandie entre 2019 et 2022 pour identifier de bonnes pratiques reconnues par les établissements et les ARS comme ayant permis de renforcer la vaccination des professionnels, ont été portés à la connaissance des établissements de santé et médico-sociaux. Cette information a été faite dans le cadre de la note annuelle d'information adressée aux ARS qui rappelle l'importance de la vaccination contre la grippe saisonnière des professionnels de santé et du médico-social.

Comme chaque année, des mesures seront prises pour assurer l'accessibilité du vaccin pour cette population et simplifier le parcours vaccinal. Ainsi, les personnes de 65 ans et plus et toutes les personnes à risque de grippe sévère ciblées par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) recevront de la part de l'Assurance maladie ou de la Mutualité Sociale Agricole, un courrier d'invitation à se faire vacciner, ainsi qu'un bon de prise en charge du vaccin. Elles pourront retirer gratuitement leur vaccin en pharmacie sur présentation du bon de prise en charge et se faire vacciner par le professionnel de leur choix (médecin, infirmier, pharmacien, sage-femme). La vaccination est totalement prise en charge par l'Assurance maladie.

Une campagne nationale de communication sur la vaccination contre la grippe en direction de différents publics, dont une campagne ciblée sur les plus de 65 ans, sera mise en œuvre par l'assurance maladie dès la fin du mois d'octobre 2023. Pour la première fois, cette campagne inclura la campagne automnale de vaccination contre la Covid-19.

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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	34,6	Non connu	50	51	52	55
1. FEMMES	%	35,7	Non connu	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	33,5	Non connu	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'Agence nationale de santé publique (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.

Le changement du test utilisé dans le dépistage organisé en 2015 pour un test plus simple d'utilisation pour les personnes a peu contribué à une hausse du taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer colo rectal. 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 de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) :

- Envoi des kits à domicile après commande préalable sur un site dédié ;
- Remise des kits par les pharmaciens d'officine, effective depuis 2022 ;
- Expérimentation d'envoi direct des kits sans commande préalable mise en place par l'Institut national du cancer (INCa) dans deux régions - Grand Est et Centre Val de Loire - depuis 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).

En 2023, une organisation renouvelée des dépistages organisés des cancers a été préparée pour une mise en œuvre en 2024.

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

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

De nombreux travaux préparatoires ainsi que des échanges avec les acteurs du dépistage en France ont eu lieu en 2023. Cette organisation renouvelée doit contribuer à augmenter la participation de la population aux trois dépistages organisés des cancers en France.

Au regard des évolutions réalisées pour faciliter la remise des kits, une amélioration du taux de participation au DOCCR peut être attendue pour 2024, 2025 et 2026.

INDICATEUR

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	25,3	Non déterminé	21	(*)	(*)	20
1. FEMMES	%	23	Non déterminé	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	27,8	Non déterminé	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.

Les données sont anonymisées et conservées par Santé publique France.

(*) Les résultats des enquêtes sont connus en N+1 (la prévalence de 2023 sera connue en 2024, habituellement à la fin du 1^{er} semestre).

JUSTIFICATION DES CIBLES

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

La prévalence du tabagisme quotidien baisse depuis 2016 pour les deux sexes, avec un écart qui diminue : 7 points d'écart en 2016 (33 % chez les hommes et 26 % chez les femmes) et en 2022, 5,7 points d'écart (27,4 % chez les hommes et 21,7 % chez les femmes).

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

Le futur Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 s'inscrit dans la continuité du précédent avec pour objectif de bâtir la première génération sans tabac à l'horizon 2032. Pour ce faire, le nouveau PNLT devrait s'appuyer sur des mesures multisectorielles et 5 axes renouvelés :

- Promouvoir une société sans tabac : aller plus loin dans la dénormalisation des produits du tabac et de la nicotine,
- Agir pour une meilleure prise en charge des fumeurs,
- Renforcer la prévention et les interventions au bénéfice des populations cibles,

- Amplifier notre action sur l'économie du tabac,
- Améliorer les connaissances et renforcer la coopération nationale et internationale.

OBJECTIF

2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

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

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

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

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres microbiologiques	%	9,8	9,7	12	11,75	11,5	11,25

Précisions méthodologiques

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

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

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

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 2022, 9,7 % 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 entre 2018 et 2020, on note une stabilisation de ce pourcentage depuis 2020. Depuis 2020, le pourcentage de population alimentée par une eau non conforme sur le plan microbiologique est stabilisé autour de 1,8 %. Il est à noter une forte disparité selon la taille des UDI : en 2022, 13,8 % des UDI desservant moins de 500 habitants ont été non conformes, alors que seulement 4,1 % 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 (renforcement du contrôle de la qualité de l'eau, injonction en cas de non-conformités).

INDICATEUR

2.2 – Pourcentage de signalements traités en 1h

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	90	97,4	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 depuis l'année 2023 à 95 %, avec un maintien de traitement des signalements à un haut niveau de réactivité en dépit d'une augmentation constatée ces dernières années du nombre 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 est activé et mobilise alors les agents du CORRUSS, 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 2023 ET 2024

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2023 PLF 2024	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		0 0	29 565 434 37 108 817	36 912 656 32 379 273	66 478 090 69 488 090	0 0
12 – Santé des populations		0 0	0 0	1 230 000 1 010 000	1 230 000 1 010 000	0 0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		0 0	40 917 959 46 988 567	11 150 608 0	52 068 567 46 988 567	0 0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		0 0	26 193 046 30 454 046	3 681 000 0	29 874 046 30 454 046	0 0
16 – Veille et sécurité sanitaire		0 0	3 210 000 10 810 000	400 000 0	3 610 000 10 810 000	0 0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0 0	0 0	4 379 000 4 379 000	4 379 000 4 379 000	0 0
19 – Modernisation de l'offre de soins		1 000 000 1 300 000	3 802 471 6 051 565	50 349 094 49 600 000	55 151 565 56 951 565	0 0
Totaux		1 000 000 1 300 000	103 688 910 131 412 995	108 102 358 87 368 273	212 791 268 220 081 268	0 0

CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2023 PLF 2024	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	FdC et AdP attendus
11 – Pilotage de la politique de santé publique		0 0	29 565 434 39 108 817	38 912 656 32 379 273	68 478 090 71 488 090	0 0
12 – Santé des populations		0 0	0 0	1 230 000 1 010 000	1 230 000 1 010 000	0 0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades		0 0	40 917 959 46 988 567	11 150 608 0	52 068 567 46 988 567	0 0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation		0 0	26 193 046 30 454 046	3 681 000 0	29 874 046 30 454 046	0 0
16 – Veille et sécurité sanitaire		0 0	3 210 000 10 810 000	400 000 0	3 610 000 10 810 000	0 0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins		0 0	0 0	4 379 000 4 379 000	4 379 000 4 379 000	0 0
19 – Modernisation de l'offre de soins		1 000 000 1 300 000	3 802 471 6 051 565	51 649 094 50 900 000	56 451 565 58 251 565	0 0
Totaux		1 000 000 1 300 000	103 688 910 133 412 995	111 402 358 88 668 273	216 091 268 223 381 268	0 0

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE POUR 2023, 2024, 2025 ET 2026

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
	LFI 2023 PLF 2024 Prévision indicative 2025 Prévision indicative 2026			
2 - Dépenses de personnel	1 000 000 1 300 000 1 300 000 1 300 000		1 000 000 1 300 000 1 300 000 1 300 000	
3 - Dépenses de fonctionnement	103 688 910 131 412 995 114 881 387 107 896 387		103 688 910 133 412 995 116 881 387 109 896 387	
6 - Dépenses d'intervention	108 102 358 87 368 273 106 609 881 106 609 881		111 402 358 88 668 273 107 909 881 107 909 881	
Totaux	212 791 268 220 081 268 222 791 268 215 806 268		216 091 268 223 381 268 226 091 268 219 106 268	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2023 ET 2024

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
	LFI 2023 PLF 2024			
2 – Dépenses de personnel	1 000 000 1 300 000		1 000 000 1 300 000	
21 – Rémunérations d'activité	1 000 000 1 300 000		1 000 000 1 300 000	
3 – Dépenses de fonctionnement	103 688 910 131 412 995		103 688 910 133 412 995	
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	36 237 905 71 891 990		36 237 905 73 891 990	
32 – Subventions pour charges de service public	67 451 005 59 521 005		67 451 005 59 521 005	
6 – Dépenses d'intervention	108 102 358 87 368 273		111 402 358 88 668 273	
61 – Transferts aux ménages	32 379 273 32 379 273		32 379 273 32 379 273	
62 – Transferts aux entreprises	2 520 000		2 520 000	
63 – Transferts aux collectivités territoriales			2 000 000	
64 – Transferts aux autres collectivités	73 203 085 54 989 000		74 503 085 56 289 000	
Totaux	212 791 268 220 081 268		216 091 268 223 381 268	

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 2024 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2024. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2024 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 2024, le montant pris en compte dans le total 2024 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2023 ou 2022); 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 2022	Chiffrage 2023	Chiffrage 2024
120204	Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2022 : (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>	540	560	580
190212	Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Dispositions communes aux bénéficiaires industriels et commerciaux, bénéficiaires agricoles et bénéficiaires non commerciaux <i>Bénéficiaires 2022 : (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>	38	38	38
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 Bénéficiaires non commerciaux <i>Bénéficiaires 2022 : 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>	28	28	28
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Bénéficiaires non commerciaux <i>Bénéficiaires 2022 : (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>	15	15	15

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 2022	Chiffre 2023	Chiffre 2024
730208	<p>Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés</p> <p>Assiette et taux</p> <p><i>Bénéficiaires 2022 : (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></p>	10	9	10
160302	<p>Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés</p> <p>Bénéfices non commerciaux</p> <p><i>Bénéficiaires 2022 : (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></p>	6	6	6
Total		637	656	677

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	69 488 090	69 488 090	0	71 488 090	71 488 090
12 – Santé des populations	0	1 010 000	1 010 000	0	1 010 000	1 010 000
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	46 988 567	46 988 567	0	46 988 567	46 988 567
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	30 454 046	30 454 046	0	30 454 046	30 454 046
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	10 810 000	10 810 000	0	10 810 000	10 810 000
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	1 300 000	55 651 565	56 951 565	1 300 000	56 951 565	58 251 565
Total	1 300 000	218 781 268	220 081 268	1 300 000	222 081 268	223 381 268

Dépenses pluriannuelles

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2023

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 (RAP 2022)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2022	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023
65 756 322	0	289 406 758	327 932 305	20 874 707

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2024	CP 2025	CP 2026	CP au-delà de 2026
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023	CP demandés sur AE antérieures à 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE antérieures à 2024
20 874 707	5 728 448 0	1 328 448	1 861 781	11 956 030
AE nouvelles pour 2024 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024
218 781 268 0	216 352 820 0	2 428 448	0	0
Totaux	222 081 268	3 756 896	1 861 781	11 956 030

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2024

CP 2024 demandés sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2025 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024
98,89 %	1,11 %	0,00 %	0,00 %

Justification par action

ACTION (31,6 %)

11 – Pilotage de la politique de santé publique

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	69 488 090	69 488 090	0
Crédits de paiement	0	71 488 090	71 488 090	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	37 108 817	39 108 817
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	37 108 817	39 108 817
Subventions pour charges de service public		
Dépenses d'intervention	32 379 273	32 379 273
Transferts aux ménages	32 379 273	32 379 273
Transferts aux collectivités territoriales		
Transferts aux autres collectivités		
Total	69 488 090	71 488 090

Actions de pilotage, de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique (4,50 M€ en AE et 6,50 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 2024 en tenant compte des priorités en santé publique, notamment de celles contenues dans les plans et programmes relevant du périmètre de la DGS (Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2023, plan national de mobilisation contre les addictions, feuille de route « santé mentale et psychiatrie » ...).

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 » et 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 2024, 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.

Dans le cadre de sa mandature entamée en 2020, elle s'est largement autosaisie des questions liées à la conduite de la crise sanitaire de la Covid-19. Elle a ainsi rappelé l'exigence de mobiliser les outils de la démocratie en santé dans cette période exceptionnelle et a assuré l'animation des travaux du Comité de contrôle et de liaison Covid-19 sur le recours aux outils numériques. En 2021, elle a remis au ministre chargé de la santé son rapport consacré aux droits des usagers en période de crise sanitaire. En 2022, elle a remis au ministre de la santé et au ministre des solidarités un rapport faisant le bilan de 20 ans de lois sur la démocratie en santé et proposant des pistes de progression pour l'avenir. Depuis fin 2022, les saisines ministérielles ont vu leur nombre fortement augmenter. Au total, depuis sa nouvelle mandature, l'instance a adopté 30 documents. En 2024, le secrétariat général de la CNS assuré par la DGS devra également préparer la nouvelle mandature prévue en 2025.

- Outre-mer (0,12 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 que la mise en œuvre des actions conjointes européennes font l'objet d'un co-financement avec la Commission Européenne émergeant au programme santé EU4Health.

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. En 2024, les crédits de paiement dans le cadre de l'engagement à hauteur de 10 M€ effectué en gestion 2020, s'élèvent à 2 M€.

- 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, périnatalité, santé mentale...), la santé environnementale (qualité des environnements intérieurs, qualité de l'eau, alimentation..) et la prévention des maladies infectieuses ou chroniques. Il s'agit également d'améliorer l'information du public et des professionnels sur la lutte contre l'antibiorésistance, de poursuivre 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.

En 2023, le HCSP a reçu des saisines structurantes, relative à la future Stratégie nationale de santé, à la Stratégie nationale Alimentation, Nutrition, Climat et à la mise en place des rendez-vous prévention.

Le HCSP a également organisé, le 11 janvier 2023, un séminaire Santé-environnement : quinze ans de politiques publiques, dont les interventions ont été relayés par la presse.

En 2024, il sera notamment en charge :

- Du suivi et de la mise à jour en temps réel des recommandations sanitaires à l'intention des professionnels de santé pour les voyageurs.
- D'élaborer des valeurs de gestion pour 3 polluants de l'air intérieur (mélange de substances irritantes, benzène, et particules PM_{2,5} et PM₁₀),
- Mener un travail d'appui scientifique et technique relatif à la gestion des risques sanitaires liés aux eaux minérales naturelles utilisées à des fins thérapeutiques dans les établissements thermaux,
- Établir des recommandations relatives à l'allaitement maternel portant sur la promotion et la prévention des expositions à des contaminants,
- Poursuivre ses travaux relatifs à l'évaluation du plan maladies rares 2018-2023,
- Poursuivre ses travaux sur la politique nationale de lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité,
- 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,
- Répondre à des saisines sur les maladies non transmissibles,
- Répondre à des sollicitations visant à la sécurité des éléments et produits du corps humain (GT permanent Secproch),
- Répondre aux saisines sur la santé de l'enfant et des jeunes dans une approche populationnelle.

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique (14,4 M€ en AE et CP)

La stratégie du numérique en santé est pilotée par la Délégation ministérielle du numérique en santé qui, établit depuis 2020, les orientations et investissements en matière de conduite de projets de systèmes d'information (SI) en santé. 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 2024 consacré aux SI s'établit à 14,4 M€, dont 4,5 M€ permettant de compléter les fonctionnalités et de maintenir les SI existants. Cette enveloppe sera également consacrée à 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.

Cette enveloppe inclut les projets confiés en maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage déléguées à l'agence du numérique en santé (ANS) : elle est consacrée aux projets suivants :

- Financement, exploitation et gestion des évolutions nécessaires du SICAP (gestion des données recueillies et traitées par les centres anti-poisons (CAP) en lien avec l'ANSES).
- Maintenance des fonctionnalités du Portail des signalements des événements indésirables graves (PSIG)

- 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'évènements sanitaires graves, SI-VIC a également été utilisé en suivi des patients hospitalisés atteints de covid).

Les autres projets majeurs 2024 de la DGS sont financés à hauteur de 8,3 M€. Ils sont majoritairement consacrés au lancement du SI LaboéSI (ex Entrepôt National de Données de Biologie médicale (ENDB), qui assurera, la jonction avec le système d'information de dépistage (SIDEPI) avec une première mise en service attendue en 2024 ; ils seront également dédiés à la poursuite de la refonte du SI Aqua-Sise sur lequel les Agences régionales de santé s'appuient afin 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) ;

Il faut enfin mentionner :

- La poursuite de 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.
- La poursuite du 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.

Actions juridiques et contentieuses (41,58 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.

ACTION (0,5 %)

12 – Santé des populations

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 010 000	1 010 000	0
Crédits de paiement	0	1 010 000	1 010 000	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) 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	1 010 000	1 010 000
Transferts aux autres collectivités	1 010 000	1 010 000
Total	1 010 000	1 010 000

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 s'inscrivant dans la nouvelle feuille de route 2023-2027 santé des personnes placées sous-main de justice, notamment concernant l'observation de leur santé et le soutien aux démarches régionales de prévention/promotion de la santé en milieu carcéral.

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

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

Santé de la mère et de l'enfant (0,10 M€ en AE et CP)

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

La fécondité française si elle se maintient en 2022 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens (723 000 naissances en France, avec un indicateur de fécondité de 1,8 enfant par femme) diminue graduellement chaque année depuis 2015. Des actions sont mises en œuvre pour développer la prévention dès la période préconceptionnelle, afin de réduire la survenue de handicaps évitables, pour améliorer la santé maternelle et la santé périnatale par une prise en charge précoce et adaptée des femmes enceintes et des nouveau-nés, avec une attention particulière en direction des femmes en situation de vulnérabilité. Plusieurs de ces actions s'inscrivent dans la feuille de route interministérielle des 1000 premiers jours de l'enfant. Les actions financées s'appuient notamment sur les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 publiés en octobre 2022 pour la métropole. Cette enquête, réalisée à intervalles réguliers depuis 1995, permet de disposer de données actualisées, indispensables pour suivre l'évolution de la santé des mères et des nouveau-nés, mais aussi le suivi périnatal et ainsi orienter les politiques de santé publique.

Compte tenu de la diversité des thématiques existantes en périnatalité et des professionnels intervenant dans ce champ, il est nécessaire d'inciter ceux-ci à travailler en réseau autour de la femme et du nouveau-né, particulièrement dans les situations de précarité, et de les soutenir au niveau national. Des crédits permettent ainsi de financer la coordination nationale des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (anciennement réseaux de santé en périnatalité). Des travaux visant l'actualisation des missions de ces dispositifs ont été engagés en 2023 afin de tenir compte notamment des enjeux prénatants 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 ont été prises en compte dans l'élaboration de la nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs 2023-2025.

Par ailleurs, une mission exploratoire sur la mortalité néonatale, dont le pilotage est confié à la coordination nationale, a été lancée et fait l'objet d'un financement tri partite (DGS/DGOS/DREES) en 2023 et 2024. Il s'agira de mettre en place dans 3 régions pendant 18 mois une revue de mortalité chez les nouveaux nés à terme ou proche du terme pour déterminer les causes du décès et mettre en œuvre des mesures correctrices si besoin. L'analyse permettra également de définir les conditions d'une généralisation à l'ensemble du territoire de ce type de revue.

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

• La santé des enfants et des jeunes

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

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

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

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, dans le cadre du plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines.

ACTION (21,4 %)

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	46 988 567	46 988 567	0
Crédits de paiement	0	46 988 567	46 988 567	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 notamment les addictions.

Les orientations des différents plans mis en œuvre dans ce cadre (stratégie nationale de santé sexuelle, stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030, programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, etc.) s'inscrivent pleinement dans la stratégie nationale de santé (SNS). Elles mettent en avant la priorité donnée à la prévention, la réduction des inégalités sociales et des pertes de chances, ainsi que l'amélioration du dépistage et de l'accès aux soins.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	46 988 567	46 988 567
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	12 470 608	12 470 608
Subventions pour charges de service public	34 517 959	34 517 959
Dépenses d'intervention		
Transferts aux entreprises		
Transferts aux autres collectivités		
Total	46 988 567	46 988 567

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. A la suite du plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019, le ministère chargé de la santé a lancé une feuille de route maladies neurodégénératives couvrant la période 2021-2022. Les orientations de cette feuille de route s'inscrivent dans la SNS et la stratégie nationale de recherche, ainsi que dans un contexte européen et mondial. A la suite de cette feuille de route, le ministère en charge de la santé élabore une poursuite des actions pour répondre aux problèmes non résolus.

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

- *Les maladies liées au vieillissement*

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

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

- pour une prévention autour de 40/45 ans, avec la mise en œuvre de rendez-vous prévention dès fin 2023 dans les départements des Hauts-de-France puis dans l'ensemble du territoire national à partir de janvier 2024 ;
- et une prévention renforcée à 60/65 ans, avec la mise en œuvre d'un rendez-vous prévention, qui complètera les dispositifs de rendez-vous jeunes retraités des caisses d'assurance maladie et de retraite ;
- pour renforcer la prévention chez les seniors, la mise en œuvre de l'expérimentation d'un programme de dépistage chez les personnes âgées selon la démarche ICOPE de l'OMS pour 3 ans, suite à la réalisation d'un appel à manifestation d'intérêt au titre de l'article 51 de la LFSS 2018 et une mise en œuvre des projets depuis 2022 qui se poursuit. Cette expérimentation reposant sur une approche multidimensionnelle des grandes capacités fonctionnelles (audition, vision, nutrition, cognition, locomotion, santé mentale en lien avec l'isolement), vise

54 538 seniors de 60 ans et plus, dans 9 régions, avec un budget total de 8,07 M€ (FIR). De premiers éléments d'appréciation sur les freins et les leviers du déploiement de la démarche seront relevés dès 2023, avec une évaluation finale fin 2024.

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

- *Institut national du cancer (INCa) - (34,51 M€ en AP 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.

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

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

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

La subvention pour charges de service public allouée à l'INCa est définie en fonction de l'évolution des missions et de l'activité de l'opérateur liées à la mise en œuvre de la stratégie décennale. 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 de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 et du programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 (PNLT).

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

- *Tabac*

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.

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

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

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 répond à l'enjeu de lutter contre ce fléau de santé publique et ses risques associés. Il est dans la continuité du précédent programme avec pour objectif de bâtir la première génération sans tabac à l'horizon 2032 (représentant une prévalence de moins de 5 % chez les jeunes de 18 ans). Pour ce faire, le nouveau PNLT s'appuie sur des mesures multisectorielles et 5 axes renouvelés :

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

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

- *Alcool*

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

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

- *Autres pratiques addictives à risques*

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

La prolongation de l'expérimentation des HSA, espace de réduction des risques par usage supervisé, a été votée en décembre 2021 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 ; cela a permis d'élargir le périmètre de l'expérimentation initiale afin d'approfondir les pratiques et modalités de fonctionnement de ces lieux.

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 SCMR a été supprimée au profit de celle de HSA, 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, sont disponibles depuis 2022. En 2023, un nouvel opérateur s'est porté candidat pour mettre sur le marché des trousse de prévention, et le dossier présenté a été accepté. Ces nouvelles trousse seront disponibles dans le courant de l'année 2024.

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

Santé mentale (1,17 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 8 millions de personnes et atteignant 25 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général, soit 13,5 % des dépenses de l'Assurance maladie. De plus, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes suivies pour trouble psychiatrique, toutes pathologies confondues, est diminuée de 16,4 ans pour les hommes et de 12,9 ans pour les femmes.

Une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie a été adoptée par le ministère chargé de la santé en 2018. Elle s'inscrit dans le cadre plus large du plan « Priorité prévention ». La coordination des actions de cette feuille de route a été renforcée avec la nomination d'un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie en avril 2019, 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 développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et dans tous les milieux de vie, la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, la formation au secourisme en santé mentale, le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, un ensemble d'actions de prévention du suicide (dont le programme Vigilans et la mise en place du numéro national gratuit de prévention du suicide). 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. La feuille de route est actualisée chaque année : en 2023, des actions portant sur le bon usage des écrans et sur le sommeil comme déterminant de santé ont été ajoutées.

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

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

Autres maladies chroniques (1,80 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.

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

Santé sexuelle (prévention des IST-VIH, IVG-contraception), hépatites virales et tuberculose (4,94 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 découvertes de séropositivité VIH en 2021 a été estimé à 5 013 [IC95 % : 4 530-5 497], nombre stable par rapport à 2020. Cette stabilité fait suite à une forte diminution entre 2019 et 2020 (-22 %), expliquée en partie par la diminution de l'activité de dépistage, mais possiblement aussi par une moindre exposition au VIH liée aux mesures de distanciation sociale et par une baisse des flux migratoires notamment en provenance d'Afrique subsaharienne. En 2021, le taux de positivité était de 1,6 pour 1 000 sérologies réalisées, ce taux ayant diminué depuis 2013 (2,2 pour 1 000). Comme les années précédentes, le taux de positivité était un peu plus élevé pour les sérologies anonymes (1,8 pour 1 000), mais a diminué depuis 2013 (3,6 pour 1 000). L'épidémie se concentre sur certains groupes de populations particulièrement exposés et dans certaines régions (Départements français d'Amérique, PACA, Île-de-France). Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2021, 51 % sont des hétérosexuel.le.s (36 % né.e.s à l'étranger et 15 % né.e.s en France), 44 % sont des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) (32 % nés en France et 12 % nés à l'étranger), 2 % des personnes trans contaminées par rapports sexuels et 1 % des usagers de drogues injectables (UDI).

Un dépistage du VIH encore trop tardif : En 2021, 29 % des infections à VIH ont été découvertes à un stade avancé de l'infection, proportion qui ne diminue pas depuis plusieurs années. Ceci constitue une perte de chance en termes de prise en charge individuelle, et un risque de transmission du VIH aux partenaires avant la mise sous traitement antirétroviral (TasP : Traitement et moyen de prévention contre le VIH).

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 connaissent 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. En 2021 par rapport à 2020 : syphilis (stable en CeGIDD et +42 % en médecine générale), Chlamydia trachomatis (+15 %) et gonocoque (+45 % en consultation de médecine générale). De plus, la multirésistance aux antibiotiques des gonocoques, Chlamydiae et mycoplasme se développe et augmente ainsi le risque d'impasse thérapeutique.

En 2021, 5,7 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale. L'activité de dépistage du VIH, qui avait diminué de 13 % entre 2019 et 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19, a ré-augmenté en 2021 (+8 % par rapport à 2020), sans toutefois retrouver le niveau de 2019. Pour ce qui concerne les autres IST :

- 2,3 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à Chlamydia trachomatis (Ct), soit un taux de dépistage de 42 pour 1 000 habitants. Après une diminution en 2020, le taux de dépistage a ré-augmenté en 2021 pour atteindre un niveau supérieur à celui de 2019 (+9 %). Plus des deux tiers des personnes testées étaient des femmes (70 %).
- 2,7 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à gonocoque, soit un taux de dépistage de 49 pour 1 000 habitants. Après une diminution en 2020, le taux de dépistage a ré-augmenté en 2021 pour atteindre un niveau supérieur à celui de 2019 (+6 %). Les trois-quarts des personnes testées étaient des femmes.
- 2,8 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé de la syphilis, soit un taux de 51 pour 1 000 habitants. Après une diminution en 2020, le taux de dépistage a ré-augmenté en 2021 pour atteindre un niveau légèrement supérieur à celui de 2019 (+3 %). Les deux tiers des personnes testées étaient des femmes.

En 2022, 223 300 interruptions volontaires de grossesse (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.

En 2021, le taux de recours à l'IVG le plus élevé est toujours observé chez les femmes de 20 à 29 ans. En effet, ce taux est de 24,8 ‰ parmi les 20-24 ans et de 27,2 ‰ parmi les 25-29 ans contre une moyenne de 12,2 ‰ pour les femmes de 30 à 49 ans et 8,6 ‰ pour celles de 15 à 19 ans. Toutefois, la baisse du taux de recours observée en 2020 chez les moins de 25 ans tend à se poursuivre en 2021. On observe une stabilisation parmi les 25-29 ans et une légère hausse chez les plus de 30 ans. On observe chez les femmes mineures une baisse du taux de recours depuis plusieurs années. En effet, ce dernier est passé de 7,7 ‰ en 2015 à 6,0 ‰ en 2019 puis à 4,9 ‰ en 2021.

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*

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

L'arrivée de nouveaux outils de prévention, de dépistage et la possibilité de guérir de l'hépatite C grâce à de nouveaux traitements plus efficaces ont conduit le ministère chargé de la santé à l'élaboration d'une stratégie d'élimination de l'hépatite C d'ici 2025 et l'inscrire dans le plan « Priorité prévention ». Il s'agit de renforcer la prévention par des actions innovantes « d'aller-vers » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé ; le renforcement du dépistage de proximité par l'utilisation 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 6,4 pour 100 000 habitants en 2021. Cependant, elle persiste de façon plus importante sur certains territoires (25,5 cas/100 000 en Guyane, 12 à Mayotte et 13.2 en Île-de-France) et au sein de communautés vulnérables ou de migration récente. Les catégories de populations les plus touchées sont ainsi les personnes sans domicile fixe (68 cas/100 000), les personnes nées hors de France (32 cas/100 000) et les personnes détenues (44 cas/100 000). Du fait de la pandémie de Covid-19, on observe une chute importante de l'incidence ces deux dernières années, alors qu'elle est en baisse régulière mais faible depuis des décennies, en moyenne de -1,7 %/an au cours des 30 dernières années.

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

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

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

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

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

ACTION (13,8 %)

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	30 454 046	30 454 046	0
Crédits de paiement	0	30 454 046	30 454 046	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	30 454 046	30 454 046
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	5 451 000	5 451 000
Subventions pour charges de service public	25 003 046	25 003 046
Dépenses d'intervention		
Transferts aux entreprises		
Transferts aux autres collectivités		
Total	30 454 046	30 454 046

Nutrition et santé (1,6 M€ en AE/CP) [CL(1)]

Fin 2023 sera lancée 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, s'accompagnant ainsi de moyens nouveaux pour déployer et renforcer des actions en nutrition. La déclinaison opérationnelle de la SNANC repose notamment sur le programme national nutrition santé (PNNS) porté par le Ministère chargé de la santé.

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

Les crédits pour la mise en œuvre du PNNS servent à mener diverses actions sur la thématique nutrition (formation des professionnels de terrain, évaluation, information, innovation, recherche). Ils financent en particulier l'Observatoire de la qualité de l'alimentation pour les quotes-parts relevant de l'Anses et de l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE). Cet observatoire permet de suivre les évolutions de l'offre alimentaire au cours du temps, à travers la description des produits mis sur le marché, de disposer de paramètres socio-économiques dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales, ainsi que d'évaluer l'impact des engagements contractuels pris par le secteur agroalimentaire en matière d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire et l'impact de la mise en œuvre de l'étiquetage nutritionnel (Nutri-Score).

Il s'agit également de favoriser le développement du Nutri-Score en France et à l'international, mais également de permettre l'émergence et la reproduction de bonnes pratiques en matière de nutrition notamment dans les collectivités territoriales et dans les entreprises en mutualisant leurs expériences et en mettant à leur disposition des outils et des formations validés PNNS. Les travaux sur les impacts de la consommation d'aliments ultra transformés et le financement notamment de l'étude de cohorte NutriNet-Santé qui permet d'étudier les relations nutrition-santé ainsi que des débats citoyens organisés par le Conseil national de l'alimentation seront poursuivis. La promotion de l'allaitement maternel est soutenue aussi à travers le développement d'une application de recensement des lieux qui facilitent l'allaitement maternel à l'extérieur du domicile et à l'étude des modalités de déploiement d'un numéro vert de soutien au niveau national.

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

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

Enfin, la promotion de l'activité physique et sportive étant déclarée « Grande cause nationale 2024 » pour inciter la population à davantage pratiquer et amplifier les politiques publiques qui permettront de réussir l'Héritage des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) de Paris à l'été 2024, un soutien renforcé sera accordé aux actions du PNNS et de la Stratégie nationale sport-santé en faveur de la promotion de l'activité physique, de l'activité physique adaptée, des mobilités actives et de la lutte contre la sédentarité.

Environnement et santé (3,55 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). Il s'agit notamment, en lien étroit avec les ARS et la déclinaison locale des PRSE, de mieux connaître les impacts de l'environnement sur la santé, de mieux former et informer les professionnels et le public, de communiquer auprès des citoyens pour permettre à chacun d'évoluer dans un environnement favorable à sa santé et enfin de faire connaître et de valoriser les bonnes pratiques dans les territoires (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 ;
- la 2^e stratégie nationale contre les perturbateurs endocriniens ;
- le plan interministériel de lutte contre les punaises de lit ;
- le plan eau dans les DOM (PEDOM) ;
- la lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération présente un risque pour la santé
- la surveillance de la qualité de l'air extérieur ;

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

► Prévention des risques à destination de publics particuliers :

- liés au bruit notamment pour les jeunes ;
- liés à l’exposition aux UV naturels ou artificiels ;
- liés à la lutte contre l’insalubrité et à la promotion d’un habitat favorable à la santé ;
- liés aux accidents de la vie courante, et notamment aux noyades ;

► Expositions environnementales via :

- le soutien au programme national de biosurveillance de SpF lancé à partir de 2023 qui est essentiel pour mieux caractériser l’exposome humain et les impacts sur la santé dans le cadre du PNSE4 ;
- le soutien du programme national de recherche santé environnement travail de l’Anses ;
- le renforcement du système d’information actuel de la toxicovigilance (système d’information des centres antipoison - SICAP) ;
- les études pour améliorer les connaissances sur les expositions et les impacts sanitaires des pesticides dont la chlordécone ;
- les études sur les expositions aux produits chimiques et leur prévention (prévention des expositions et prise en charge médicale des personnes exposées à certains polluants dans les situations de sites et sols pollués) ;
- le renforcement de l’information des populations sur les risques des produits chimiques du quotidien grâce à la mise en place d’un étiquetage volontaire ;
- l’acquisition de connaissances en matière d’exposition de la population générale aux fibres d’amiante ;
- les études sur les expositions aux 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 en constituent la conséquence directe ;
- la mise en œuvre des dispositions spécifiques aux installations qui distribuent l’eau auprès des usagers et l’élaboration de référentiels partagés entre les pouvoirs publics et les acteurs de l’eau ;
- la conduite des activités internationales dans le cadre de l’engagement de la France auprès de l’OMS-Europe et de l’ONU (UNECE) au titre du Protocole sur l’eau et la santé et l’amélioration de l’accès à l’eau sur l’ensemble du territoire français en particulier par l’application du Plan eau DOM (PEDOM).

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

Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (ANSES) (25 M€ en AE/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 2024, la SCSP versée à l'Anses est augmentée de 2 M€ par rapport à 2023 pour tenir compte notamment des nouvelles missions qui lui ont été confiées en matière de qualité de l'air et de cosmétique.

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 », qui contribue également au financement de l'agence.

ACTION (4,9 %)**16 – Veille et sécurité sanitaire**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	10 810 000	10 810 000	0
Crédits de paiement	0	10 810 000	10 810 000	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 (CORRUSS). Enfin, depuis 2023 des financements transitoires sur le P204 sont nécessaires pour l'exécution du projet de stocks européens « rescEU ».

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	10 810 000	10 810 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	10 810 000	10 810 000
Dépenses d'intervention		
Transferts aux autres collectivités		
Total	10 810 000	10 810 000

Organisation de la veille et des vigilances sanitaires

En matière de veille et de vigilances sanitaires, le développement du portail des signalements des événements sanitaires indésirables et du système d'information sanitaire des alertes et crises (SISAC) sera poursuivi. 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, ayant pour finalités de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins aux usagers par la facilitation de leur signalement. Dans cette acception, le portail contribue donc à outiller la démocratie en santé.

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 la récurrence des épidémies de dengue aux Antilles et l'installation de foyers en métropole et les inquiétudes ressenties autour 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 en s'appuyant sur des outils innovants.

Les crédits du programme permettent également d'apporter un soutien financier aux actions de recherche à la lutte contre les moustiques vecteurs et de soutenir la formation et la mise à disposition d'outils aux acteurs de terrain pour une réaction rapide et ciblée.

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 civilo-militaire (CNCMFE).

Gestion des alertes et des crises sanitaires (2,2 M€ en 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 (exemple de la canicule).

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.

Ces crédits serviront également à assurer d'éventuelles évacuations sanitaires en cas de nouvelles crises.

Stocks européens RescUE (7,2 M€ en AE et en CP)

Ce projet, porté dans le cadre d'un appel à projets européen (150 M€ HT) piloté par la DGS, a été lancé en 2023 suite à un appel à propositions de la Commission européenne (CE). Il s'agit de constituer, stocker et assurer un déstockage urgent en cas de crise de contre-mesures face aux risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques).

Ces stocks de deuxième niveau, appartenant à la commission européenne, complètent (mais ne s'y substituent pas) les stocks nationaux. Les stocks sont financés à 100 % par la CE, hors TVA. Même si l'ensemble du projet est géré par la France, la décision d'utilisation de ces stocks revient à la CE.

Ces crédits couvriront, pour les décaissements réalisés en 2024, la TVA (non financée par l'UE) ainsi que la part du budget financé par l'UE fin 2026 à l'issue du projet (20 %, selon une règle intangible de l'UE).

ACTION (2,0 %)**17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins**

	Titre 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 bien-fondé 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'Association méningiomes dus à acétate de cyprotérone et autre « AMAEVA », 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 et l'autre sur les traitements de ces méningiomes.

0,005 M€ seront alloués à 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 associées aux soins (0,31 M€ en AE et CP)

0,06 M€ seront versés au département de santé publique du centre hospitalo-universitaire de Nice pour la poursuite du déploiement de l'outil européen e-Bug qui a pour objectif de sensibiliser les publics scolaires (de la maternelle au lycée) aux maladies infectieuses et aux mesures de prévention ainsi qu'à la question de l'antibiorésistance. Des ressources à destination des enseignants et des parents sont également proposées.

0,25 M€ à destination de l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP). Ils correspondent au renouvellement d'un financement d'un appel à projet sur les services, interventions et politiques favorables à la santé (AAP-SIP) dont un des axes porte sur l'antibiorésistance. Cet AP serait lancé par l'IReSP courant 2024 et viserait tout particulièrement à :

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

Compte tenu du succès de l'édition 2022 (3 projets sur l'antibiorésistance retenus pour un montant total de 582 k€), une augmentation de l'enveloppe allouée en mesure nouvelle pour passer de 0,2 à 0,25 M€ a été requise. Cette augmentation garantit la capacité à financer chaque année, en autonomie, un projet sur l'antibiorésistance.

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	1 300 000	55 651 565	56 951 565	0
Crédits de paiement	1 300 000	56 951 565	58 251 565	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.

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	1 300 000	1 300 000
Rémunérations d'activité	1 300 000	1 300 000
Dépenses de fonctionnement	6 051 565	6 051 565
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	6 051 565	6 051 565
Dépenses d'intervention	49 600 000	50 900 000
Transferts aux autres collectivités	49 600 000	50 900 000
Total	56 951 565	58 251 565

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 2024, figurent des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA), 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).

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 (49,6 M€ en AE et 50,9 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.

La dotation versée à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna est portée à 49,6 M€ en AE et 50,9 M€ en CP pour 2024, soit une hausse de 1,5 M€ par rapport à la LFI 2023 qui permettra de couvrir les dépenses nouvelles liées à la révision de la convention collective des personnels mise en œuvre à compter de 2023. 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.

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

Le GIP ANS est principalement financé par des crédits de l'assurance maladie via notamment la dotation versée sur le 6^e sous-objectif de l'Ondam.

La gestion du processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire (3,5 M€ en AE et CP : en HT2 (2,2 M€) et T2 (1,3 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'agence de service des paiements (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 1,3 M€, ressortent en augmentation de 0,3 M€ en LFI 2024, afin de tenir compte de la revalorisation du régime de rémunération des membres des jurys (arrêté du 1^{er} août 2023). Ils permettront de couvrir le montant annuel des dépenses liées à la rémunération des jurys mobilisés dans le cadre des certifications professionnelles.

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 2023		PLF 2024	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
ANSéS - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)	23 003 046	23 003 046	25 003 046	25 003 046
Subventions pour charges de service public	23 003 046	23 003 046	25 003 046	25 003 046
INCa - Institut National du Cancer (P204)	40 517 959	40 517 959	34 517 959	34 517 959
Subventions pour charges de service public	40 517 959	40 517 959	34 517 959	34 517 959
Total	63 521 005	63 521 005	59 521 005	59 521 005
Total des subventions pour charges de service public	63 521 005	63 521 005	59 521 005	59 521 005
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

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 2023				PLF 2024					
	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	30		
Total ETPT			131	20			131	30		

(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 2023	131
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2023	
Impact du schéma d'emplois 2024	
Solde des transferts T2/T3	
Solde des transferts internes	
Solde des mesures de périmètre	
Corrections techniques	
Abattements techniques	
Emplois sous plafond PLF 2024	131
Rappel du schéma d'emplois 2024 en ETP	

Opérateurs

Avertissement

Les états financiers des opérateurs (budget initial 2023 par destination pour tous les opérateurs, budget initial 2023 en comptabilité budgétaire pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire et budget initial 2023 en comptabilité générale pour les opérateurs non soumis à la comptabilité budgétaire) sont publiés sans commentaires dans le « jaune opérateurs » et les fichiers plats correspondants en open data sur le site « data.gouv.fr ».

OPÉRATEUR

INCa - Institut National du Cancer

Missions

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

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

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

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

Gouvernance et pilotage stratégique

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

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

- améliorer la prévention (primaire et secondaire) ;
- limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le cancer ;
- lutter contre les cancers de mauvais pronostic, chez l'adulte et chez l'enfant ;
- s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Deux ans et demi après le lancement de la stratégie, le bilan intermédiaire témoigne des avancées d'ores et déjà réalisées.

Sur la prévention d'abord, des dispositifs innovants 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.

En matière de lutte contre les cancers de mauvais pronostic, l'INCa et la DGOS ont lancé une démarche importante pour améliorer l'accès à l'offre d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ; avec la 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.

Un budget prévisionnel de la stratégie a été établi en amont de son lancement. Le retour sur l'exécuté réel s'organise dans le cadre de l'exercice et du calendrier de pilotage et de reporting de la stratégie. Ces informations devraient être disponibles en octobre 2023, date du prochain comité de pilotage.

237 actions sont prévues dans la stratégie, résolument tournées vers l'amélioration du service rendu à l'ensemble de nos concitoyens.

Au total, plus de la moitié (55 %) de l'ensemble des actions de la feuille de route 2021–2025 a d'ores et déjà démarré (131 actions sur 237).

En comparaison avec le prévisionnel, plus de 90 % des actions prévues en 2021 ou 2022 ont bien démarré. Seule une dizaine d'actions qui auraient dû être lancées en 2021 ou 2022 ne l'est pas à date (13 actions sur 144). L'intégralité des actions prévues en 2021 a aujourd'hui démarré.

Les actions finalisées s'élèvent au nombre de 16, en quasi-totalité des actions initiées en 2021.

Les actions en cours (ni finalisées, ni non-démarrées) s'élèvent au nombre de 115 : deux tiers (74 actions) respectent le planning initialement prévu et un tiers (41 actions) est en retard. Pour la moitié des retards, il ne s'agit que d'un décalage de programmation (début des travaux tardif, prestation allongée, livrable en validation) qui ne remet pas en cause la trajectoire de l'action. Pour l'autre moitié, le retard est davantage structurel, en lien avec la définition du contenu de l'action (cadrage complexe, contexte défavorable, évolution du contexte). Ces actions font l'objet d'un suivi particulier.

Concernant les seules actions sous pilotage de l'Institut, sur les 95 actions prévues en 2021 ou 2022 : 1 est non-démarrée (1 %) ; 15 sont finalisées (15 %) ; 79 sont en cours (84 %).

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 2024

Le comité de suivi, réuni en décembre 2022 sous l'égide de la Première ministre et en présence des ministres chargés de la santé et de la prévention et de la recherche, a été l'occasion d'annoncer trois mesures nouvelles et de fixer des orientations complémentaires pour certains des chantiers majeurs de la stratégie.

Parmi les projets emblématiques lancés en 2023 et qui se poursuivront en 2024, peuvent être cités :

- Le lancement de la campagne de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) des élèves de 5^e dans les collèges, qui accueilleront les équipes mobiles issues notamment des centres de vaccination, selon des modalités définies avec les agences régionales de santé. La vaccination des enfants sera prise en charge à 100 % ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route des dépistages organisés des cancers « Priorité dépistages », qui intègre, à la suite des recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), une organisation renouvelée des dépistages organisés des cancers avec une évolution des missions des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, ainsi que l'intégration de l'autoprélèvement vaginal (APV) dans la stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus, suite à la publication par l'INCa d'un référentiel national précisant les modalités de recours aux APV ;
- La mise en œuvre des décrets du 26 avril 2022 portant sur la réforme des autorisations de traitement du cancer qui vise à structurer, notamment en chirurgie oncologique, une offre de soins graduée en mettant en place un certain nombre de seuils d'activité, afin d'articuler le souci de l'excellence et de qualité tout en ne mettant pas en difficulté l'accès aux soins des patients ;
- La création d'un dispositif de repérage et déploiement d'interventions probantes en prévention, afin d'identifier, organiser et soutenir les conditions et modalités de généralisation des interventions de terrain ayant fait la preuve de leur efficacité en matière de prévention des cancers ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route pour améliorer l'accès à la reconstruction mammaire, qui intégrera tant des mesures de financement que d'information des personnes et d'organisation des circuits d'accès.

En 2023, à mi-parcours, la mise en œuvre de la feuille de route 2021-2025 de la stratégie implique le lancement de 55 mesures nouvelles, mais aussi la poursuite et le suivi des actions mises en place en 2021 et 2022 et la préparation des 28 actions qui sont prévues en 2024. La mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la stratégie sera essentielle pour assurer le déploiement et la pérennité des actions entreprises.

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

(en milliers d'euros)

Programme financeur Nature de la dépense	LFI 2023		PLF 2024	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
P204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	40 518	40 518	34 518	34 518
Subvention pour charges de service public	40 518	40 518	34 518	34 518
Transferts	0	0	0	0
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Subvention pour charges d'investissement	0	0	0	0
Total	40 518	40 518	34 518	34 518

La dotation 2024 de l'opérateur est recalibrée au regard du niveau de son fonds de roulement.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

	(en ETPT)	
	LFI 2023	PLF 2024
	(1)	
Emplois rémunérés par l'opérateur :	151	161
– sous plafond	131	131
– hors plafond	20	30
<i>dont contrats aidés</i>		
<i>dont apprentis</i>		
Autres emplois en fonction dans l'opérateur :		
– rémunérés par l'État par ce programme		
– rémunérés par l'État par d'autres programmes		
– rémunérés par d'autres collectivités ou organismes		

(1) LFI et LFR le cas échéant

PROGRAMME 183

Protection maladie

MINISTRE CONCERNÉ : AURÉLIEN ROUSSEAU, 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 ne remplissant pas les conditions de régularité du séjour. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité, avec un triple objectif humanitaire, sanitaire et de maîtrise des dépenses publiques. Elle protège ainsi les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs malgré leur situation de grande précarité. Elle joue en outre un rôle important en matière de santé publique, en évitant la propagation des affections contagieuses non soignées. Enfin, elle favorise la prise en charge en amont du développement ou de l'aggravation des pathologies, qui seraient plus coûteuses pour la collectivité si elles étaient soignées plus tard et notamment en établissement hospitalier.

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

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

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

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'usager)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	33	28	24	24	24	24

Précisions méthodologiques

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

Mode de calcul : Moyenne des délais enregistrés dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) instruisant les demandes d'AME, 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 a diminué, passant de 33 jours en 2021 à 28 jours en 2022. Cette trajectoire baissière devrait se poursuivre pour 2023 pour se stabiliser les années suivantes.

Ce résultat tient au renforcement des équipes dédiées à l'instruction des demandes d'AME qui 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.

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 51 jours au deuxième trimestre 2023 alors qu'il était de 46 jours au quatrième trimestre 2022. Le délai moyen d'instruction des demandes reste important notamment pour des raisons propres à la région. En effet, l'efficacité de traitement des dossiers est grevée par les délais d'acheminement des demandes à la CGSS notamment depuis les communes les plus isolées (mouvement de grève du prestataire par voie aérienne, priorisation par la compagnie aérienne du fret pour denrées alimentaires ou médicaments).

Protection maladie

Programme n° 183 | Objectifs et indicateurs de performance

Différentes améliorations de l'outil de gestion des demandes d'AME, planifiées en octobre 2022, ont conduit à des allègements de gestion favorisant l'accélération des délais de traitement. L'impact devrait être observé dès 2023. De surcroît, la mise en œuvre, durant l'été 2023, d'automates allégeant les tâches de saisie des agents instructeurs contribuera positivement à la réduction des délais d'instruction.

Néanmoins, du fait de l'augmentation de l'activité des CPAM en 2023 (volume des accords et refus en progression de 12 % au T1 2023 par rapport au T1 2022), le délai moyen en 2023 devrait être plus proche de 26 jours que des 24 jours initialement ciblés. Les cibles pour 2024 et 2025, initialement fixées à 20 jours dans le projet annuel de performance 2023, sont rehaussées à 24 jours. La cible à 24 jours rejoint ainsi la cible atteinte en 2019, avant la crise sanitaire, alors que le nombre global des demandes d'AME a augmenté sur la période [1].

[1] En 2019, la CNAM a traité 359 410 demandes d'AME et en 2022, 490 875, soit une augmentation de 36,6 % des demandes sur la période.

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	16,3	15,3	14	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 2022, la cible de 13 % de taux de dossiers contrôlés a été dépassée puisque ce taux s'est finalement établi à 15,3 %. Ce dernier est plus faible que celui de l'année précédente du fait d'une erreur de paramétrage ayant conduit à surestimer le nombre de dossiers contrôlés en 2021 ; la correction de cette erreur a conduit à revoir la cible à la baisse pour les années suivantes.

En 2022, 43 889 dossiers ont fait l'objet d'un contrôle *a priori* et, parmi eux, 1 172 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,7 % des dossiers contrôlés.

Pour l'année 2023, il a été demandé aux services de l'agent comptable de contrôler 14 % des dossiers. La cible pour 2024 et jusqu'en 2026 demeure fixée à 14 %, 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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	75	71	80	88	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 liée au Covid-19 avait fortement impacté l'activité du Fonds sur les exercices récents avec un recul de cet indicateur au cours de la période 2020-2022 (71 % en 2022 contre 77 % en 2019).

Au-delà de ce constat brut, il faut souligner que cet indicateur était jusqu'à récemment dépendant des délais inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, si la reconnaissance en maladie professionnelle est en cours et que la victime est atteinte d'une maladie reconnue par arrêté comme spécifique d'une exposition à l'amiante (plaques pleurales ou mésothéliome), le FIVA peut, dans l'attente de la réponse des OSS, faire une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux autres que l'incapacité fonctionnelle. L'incapacité fonctionnelle est dans ce cas indemnisée dans un second temps, par une offre complémentaire, après réception de la notification de rente de l'OSS. De plus, si la reconnaissance en maladie professionnelle est en cours et que la maladie de la victime n'est pas spécifique d'une exposition à l'amiante (par exemple un cancer broncho-pulmonaire), le FIVA n'a pas la possibilité de faire d'offre partielle et il est contraint de relancer les OSS jusqu'à obtention des pièces.

Les victimes exposées dans un cadre professionnel représentant chaque année plus des deux tiers des demandeurs s'adressant au FIVA, ces délais exogènes expliquent les résultats passés, structurellement inférieurs à la cible.

Protection maladie

Programme n° 183 | Objectifs et indicateurs de performance

Le revirement de la Cour de Cassation en janvier 2023, qui assimile désormais la rente versée par la sécurité sociale à un préjudice exclusivement patrimonial (et non plus de nature mixte, à la fois patrimonial et extrapatrimonial en réparation du déficit fonctionnel permanent) ne permet plus désormais au FIVA de déduire la rente qu'il verse de celle attribuée par la sécurité sociale. Si pour les nouveaux dossiers, cette nouvelle règle tendra, à moyen terme, à supprimer le délai exogène lié à l'attente de la décision de la sécurité sociale, elle a sur le stock de demandes, parfois anciennes, un effet contraire. En effet, à court terme, le FIVA est susceptible de débloquer un nombre important de demandes qui étaient restées en attente de réponse des caisses de sécurité sociale et faire des offres complémentaires qui, s'agissant de demandes anciennes, devrait entraîner une dégradation de cet indicateur en 2023.

Ces différents éléments permettent d'expliquer le recul du pourcentage de décisions faites dans les six mois pour les victimes atteintes de maladies grave (62 % au cours des 8 premiers mois de 2022). Néanmoins, si la mesure est réalisée hors délais exogènes, c'est-à-dire en neutralisant les délais sur lesquels le FIVA n'a aucune action possible, l'indicateur atteint 87 % et représente de façon plus exacte la performance réelle du FIVA (contre 71 % en tenant compte du délai lié à l'attente de la décision de la sécurité sociale).

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	96	92	95	97	97	97

Précisions méthodologiques

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

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

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

JUSTIFICATION DES CIBLES

La crise sanitaire avait eu un impact limité sur cet indicateur compte tenu de l'organisation mise en place au sein du FIVA et des évolutions techniques du logiciel métier réalisées (92 % en 2022 contre 96 % en 2019). A l'issue du premier semestre 2023, il est calculé à 93 %, en légère hausse et proche de l'objectif de 95 % fixé pour 2023.

La cible, légèrement relevée à 97 % à partir de 2024, est maintenue à ce niveau ensuite. Il semble difficile d'aller au-delà compte tenu de l'aléa résultant de l'absence ou du défaut de qualité des pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable nécessitant 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 2023 ET 2024

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	LFI 2023 PLF 2024	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat		1 212 300 000 1 208 300 000	0 0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 8 000 000	0 0
Totaux		1 220 300 000 1 216 300 000	0 0

CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	LFI 2023 PLF 2024	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus
02 – Aide médicale de l'Etat		1 212 300 000 1 208 300 000	0 0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 8 000 000	0 0
Totaux		1 220 300 000 1 216 300 000	0 0

Protection maladie

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

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE POUR 2023, 2024, 2025 ET 2026

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2023 PLF 2024 Prévision indicative 2025 Prévision indicative 2026				
6 - Dépenses d'intervention	1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000		1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	
Totaux	1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000		1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2023 ET 2024

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2023 PLF 2024				
6 – Dépenses d'intervention	1 220 300 000 1 216 300 000		1 220 300 000 1 216 300 000	
61 – Transferts aux ménages	1 220 300 000 1 216 300 000		1 220 300 000 1 216 300 000	
Totaux	1 220 300 000 1 216 300 000		1 220 300 000 1 216 300 000	

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 2024 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2024. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2024 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 2024, le montant pris en compte dans le total 2024 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2023 ou 2022); 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 2022	Chiffrage 2023	Chiffrage 2024
120117	Exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à hauteur de 50 % pour les indemnités temporaires Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2022 : (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>	471	487	487
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2022 : 18164 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	6	6
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 2022 : (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		477	493	493

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'Etat	0	1 208 300 000	1 208 300 000	0	1 208 300 000	1 208 300 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	0	8 000 000	8 000 000	0	8 000 000	8 000 000
Total	0	1 216 300 000	1 216 300 000	0	1 216 300 000	1 216 300 000

Dépenses pluriannuelles

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2023

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 (RAP 2022)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2022	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023
59	0	1 220 300 000	1 220 300 000	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2024	CP 2025	CP 2026	CP au-delà de 2026
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023	CP demandés sur AE antérieures à 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE antérieures à 2024
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2024 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024
1 216 300 000 0	1 216 300 000 0	0	0	0
Totaux	1 216 300 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2024

CP 2024 demandés sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2025 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024
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	1 208 300 000	1 208 300 000	0
Crédits de paiement	0	1 208 300 000	1 208 300 000	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 92 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par le régime général de l'assurance maladie ;
- En deuxième lieu, la prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé (art. L. 254-1 du CASF). Ils sont dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, faute notamment de remplir la condition de séjour irrégulier de 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).

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

Acteurs du dispositif

Depuis le 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 ». Jusqu'au 1^{er} janvier 2024, elle délègue les crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS).
- Jusqu'au 1^{er} janvier 2024, 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.
- A compter du 1^{er} janvier 2024, les crédits relevant des autres dispositifs d'AME (dont les crédits dédiés à l'AME « humanitaire ») devraient être directement reversés par l'État à l'assurance maladie, sur le même modèle que l'AME de droit commun et les soins urgents.
- 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 411 364 au 31 décembre 2022, dont 46 193 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est jeune : 70 % ont moins de 40 ans et 25 % sont des mineurs. Les femmes représentent 44 % de l'effectif total. Parmi ces bénéficiaires, seuls 294 073 d'entre eux, soit 71 % ont reçu au moins un remboursement pour un soin au cours du dernier trimestre 2022.

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. La dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire a diminué de 15 % en 2020 en raison de la hausse des effectifs de bénéficiaires (+12 % en 2020) et de la baisse des dépenses (-5,5 % en 2020). Cependant, il n'est pas possible d'attribuer ces évolutions à la crise sanitaire seule car de nombreuses mesures ont également affecté les dépenses d'AME en 2020 (maintien de droit, modification des conditions d'accès des étrangers à la protection universelle maladie, renforcement des contrôles etc.). En 2021, les bénéficiaires de l'AME ont retrouvé progressivement un rythme de consommation comparable avec celui antérieur à la crise sanitaire : le taux de consommant (c'est-à-dire le nombre de bénéficiaire 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 (pour rappel, le taux de consommant

Protection maladie

Programme n° 183 | Justification au premier euro

entre 2014-2019 s'établissait à 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 1,9 % entre 2019 et 2021). En 2022, le nombre de consommant a continué de progresser : il a augmenté de +8 % au dernier trimestre 2022 par rapport à la même période en 2021 tandis que le taux de consommant s'élevait à 71 %, soit un niveau proche de celui de 2021. Cette croissance modérée explique que l'évolution des dépenses pour l'AME de droit commun ait été moins dynamique (+6,3 % en 2022).

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, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, neurologie médicale ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2022, l'obstétrique représentait 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux séances (venue dans un établissement de santé au cours d'une journée, impliquant une fréquence itérative), 54 % concernent la dialyse, 29 % la chimiothérapie et 14 % la radiothérapie.

En offrant également à ses bénéficiaires un accès aux soins de ville, l'AME permet la prise en charge en amont des pathologies, 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 2022, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 41 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 36 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS en 2022, dix seulement concentrent 64 % de la dépense : la CPAM de Paris concentre 21 % de la dépense d'AME totale (France entière), celle de Bobigny 10 % et celle de Cayenne 8 %.

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

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

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 : 14 216 séjours et 9 220 séances étaient prises en charge en 2022. Également, 60 % des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans (contre un tiers pour la population générale). Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 18 % hépato-gastro-entérologie et 13 % en pneumologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 33,9 % des séjours et 75,8 % du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2022).

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.	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à : -2012 : 82 M€ en année pleine -2013 : 92 M€
2014 (coefficient ramené à 15 %)	Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32 % appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15 % au 1 ^{er} janvier 2014 puis annulé au 1 ^{er} janvier 2015.	-2014 : 123 M€ -2015 : 165 M€ -2016 : 178 M€
2015 (coefficient annulé)	Une part des crédits issus de la mission d'intérêt général « Précarité » a également été allouée aux établissements de santé prenant en charge de nombreux patients AME.	-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	Économie de 4,2 M€ en 2015 et 5 M€ les exercices suivants
2015	Délais de facturation : les délais de facturation des séjours des patients AME sont désormais alignés sur ceux de droit commun, soit un passage de 2 ans à 1 an. Cette réforme permet de renforcer le pilotage des dépenses d'AME puisque l'exercice auquel elles se rapportent est ainsi clairement identifié	Rendement de près d'1 M€ à échéance 2016

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

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

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

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

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

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

Les contrôles à l'octroi du droit, effectués par les services de l'agent comptable sont renforcés dans le cadre des projets de centralisation mis en œuvre dès 2018 pour les soins urgents et à la fin de l'année 2019 pour l'AME. Ainsi, le taux de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable, qui était initialement fixé à 10 %, a pu augmenter progressivement, atteignant une cible de 14,4 % 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 du projet de centralisation du traitement des factures de « soins urgents ». Les supervisions *a priori* de l'ordonnateur et les contrôles du directeur comptable et financier (à la fois *ex-ante* et *ex-post*) portent sur la vérification « administrative » de la conformité des paiements, tant sur l'absence de droits autres de la personne, la présence des pièces au dossier, l'absence de paiements multiples, que sur la vérification de l'annulation de la facture de l'hôpital pour les prises en charge aux soins urgents refusées. 10 % des dossiers sont ainsi contrôlés, aléatoirement ou après ciblage parmi les montants les plus importants.

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

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

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

Un programme national de contrôle rénové est mis en œuvre depuis juin 2019 afin de vérifier la stabilité de la résidence des assurés et bénéficiaires de l'AME, sur la base de requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, d'échanges avec les consulats, de l'exploitation des signalements d'organismes externes (CAF, Pôle Emploi, DGFiP, consulats) et internes (via le Centre national des soins à l'étranger), 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, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élevait à 0,5 M€ en 2022, à 0,9 M€ en 2021 et 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 désormais vérifié à l'aide de la base VISABIO à laquelle les caisses d'assurance maladie ont désormais accès. Cette base permet aux caisses de s'assurer que des étrangers, en situation régulière et devant être couverts par leur État d'origine ou une assurance privée, ne puissent pas bénéficier de l'AME ou des soins urgents ;
- Les primo-demandes doivent être déposées en personne à la CPAM, ou par l'intermédiaire de l'hôpital ou de la permanence d'accès aux soins de santé ;
- Une condition de séjour irrégulier de trois mois est désormais prévue, afin de ne pas permettre l'accès immédiat à l'AME à l'expiration d'un visa court séjour ;
- Les services consulaires auront prochainement accès au portail de gestion des demandes de l'AME afin de mieux détecter les personnes qui auraient également formulé une demande d'AME susceptible de laisser supposer qu'elles ont besoin d'être soignées en France et souhaitent que leurs frais de santé soient alors pris en charge.

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

Protection maladie

Programme n° 183 | Justification au premier euro

leurs frais de santé, à l'instar du délai applicable aux personnes résidant en France depuis moins de trois mois et qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Durant ce délai, les demandeurs d'asile peuvent le cas échéant voir leurs frais de santé pris en charge dans le cadre des soins urgents.

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 208 300 000	1 208 300 000
Transferts aux ménages	1 208 300 000	1 208 300 000
Total	1 208 300 000	1 208 300 000

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

Pour 2024, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 208 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 137 M€

Pour 2024, le montant prévisionnel des dépenses d'AME de droit commun, avant économie (20 M€), s'élèverait à 1 157 M€, soit une augmentation de +5,4 % par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

L'année 2024 marquerait un retour vers la tendance de long terme, avec une évolution du nombre de bénéficiaires retrouvant la tendance moyenne observée sur la décennie passée. Ainsi, l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME, pour chacun des postes de dépense, serait de +1,2 % en 2024 par rapport aux hypothèses du nombre de bénéficiaires de la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

Pour 2024, le poste « autres soins de ville » connaîtrait une dépense moyenne stable tandis que le taux de consommant progresserait légèrement, de +1 %. Avec une progression du nombre de bénéficiaires de +1,2 %, la dépense totale du poste « autres soins de ville » augmenterait de +2,2 % par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

Le poste « produits de santé » connaîtrait encore une baisse de la dépense moyenne : -3 %. Le taux de consommateurs retrouverait son niveau de long terme progressivement et progresserait de +0,5 % en 2024, résultant à -1,1 % de taux d'évolution globale du poste « produits de santé » (après prise en compte de l'évolution du nombre de bénéficiaires de +1,2 %) par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

Enfin, le poste « prestations hospitalières » se caractériserait par une évolution légèrement moins importante de la dépense moyenne par rapport à 2023, soit +0,3 %, tandis que le taux de consommateurs serait encore dynamique pour retrouver sa tendance d'avant-crise, soit +6,4 % en 2024. Au total, le taux d'évolution global du poste « prestations hospitalières » s'élèverait à +8 % en 2024 par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024, après prise en compte de l'évolution du nombre de bénéficiaires de +1,2 %.

Par ailleurs, le montant des crédits ouverts pour l'AME de droit commun intègre 20 M€ de moindres dépenses en 2024 au titre des diverses mesures mises en place depuis 2020 : condition de séjour irrégulier de trois mois, dépôt physique des demandes d'AME en CPAM, accès à la base de données Visabio par les CPAM et, prochainement, accès aux services consulaires à la liste des bénéficiaires AME lors de l'instruction des demandes de visa.

Par conséquent, le montant prévisionnel d'AME, après avoir intégré ces économies d'un montant de 20 M€, s'élèverait à 1 137 M€.

2. Soins urgents : 70 M€

En raison des nombreuses mesures ayant impacté les soins urgents ces dernières années, l'analyse d'une tendance « toute chose égale par ailleurs » des dépenses est rendue complexe. La dotation versée par le programme 183 reste stable à 70 M€.

3. Autres dispositifs AME : 1 M€

Ce poste de dépenses de l'action AME regroupe :

- 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 2024 à hauteur de 1 M€.

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 déroge 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

Protection maladie

Programme n° 183 | Justification au premier euro

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, 289 647 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total près de 7 Md€ au 31 décembre 2022.

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense [1].

Gouvernance et pilotage stratégique

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

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

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

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 2019 à 2024

<i>En millions d'euros</i>	2019	2020	2021	2022	2023 (p)	2024 (p)
Charges	351,3	310,0	329,2	322,6	402,3	431,5
Dépenses d'indemnisation	300,3	233,9	274,4	264,8	332	363,0
Provisions	40,8	67,1	45,0	48,4	60,0	57,0
Charges exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres charges	10,2	9,0	9,8	9,4	10,3	11,5
Produits	361,1	350,6	308,0	307,4	316,1	458,5
Dotation branche AT/MP	260,0	260,0	220,0	220,0	220,0	335,0
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,7	7,7	7,7	8	8
Reprise sur provisions	56,1	59,3	45,4	43,4	55,2	50,7
Autres	37,2	23,7	34,9	36,3	32,9	34,8
Résultat	9,8	40,7	-21,2	-15,1	-86,2	27,1
Investissement	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6	0,7
Variation de fonds de roulement	0,0	48	-21,9	-10,5	-82	2,7
Fonds de roulement	94,9	142,9	121,0	110,4	28,4	31,1

En 2022, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 220 M€, avec un montant de charges de 322,6 M€, conduisant à un résultat annuel de -15,1 M€ et à un fonds de roulement de 110 M€. La dotation de l'État en loi de finances initiale est stable entre 2021 et 2022 (8 M€).

En 2023, avec un niveau de subvention maintenu par rapport à 2022 (220 M€ provenant de la branche AT-MP et 8 M€ de l'État) auxquels s'ajoutent des ressources propres qui devraient excéder 30 M€ (résultant des recours subrogatoires sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur), le total des recettes encaissées par le FIVA devrait demeurer relativement stable. Néanmoins, compte tenu des prévisions de dépenses révisées à la hausse (effets financiers du revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation sur la nature de la rente versée par les organismes de sécurité sociale), le résultat cumulé attendu fin 2023 présenterait un déficit de 86,2 M€ ramenant le fonds de roulement à 1,03 mois de dépenses d'indemnisation fin 2023.

En 2024, compte tenu d'un montant de dépenses d'indemnisation prévu en nette hausse par rapport à 2023, le montant de la dotation de la branche AT-MP devrait être porté à 335 M€ (+115 M€) pour permettre au FIVA de maintenir fin 2024 (30 M€) un fonds de roulement équivalent à un niveau prudentiel de 1 mois de dépenses d'indemnisation.

Justification de l'évolution des dépenses

Au cours du premier semestre 2023, le FIVA a enregistré 8 717 demandes, ce qui représente une baisse importante, de 16 %, par rapport au premier semestre 2022 qui avait enregistré plus de 10 400 demandes (10 415 exactement). Ces données sont néanmoins à interpréter avec prudence compte tenu de l'effet de base induit par le report d'une partie de l'activité d'enregistrement de la fin de l'année 2021 sur le début de l'année 2022.

Concernant le nombre de nouveaux dossiers, la baisse est plus limitée : elle est de 6 %. Cela s'explique par le fait que, même lorsque le FIVA a rencontré ces difficultés de sous-effectif, il a priorisé l'enregistrement des dossiers des nouvelles victimes.

S'agissant de la production, le nombre de décisions (offres et rejets) est stable : 9 305 ont été adressées au premier semestre 2023 contre 9 343 en 2022 sur la même période.

Du côté des offres, si leur nombre diminue un peu (4 %), il faut souligner que l'effort est porté sur les victimes directes avec une progression de plus de 20 % (soit 3 320 en 2023 contre 2 759 en 2022 sur la période), ce qui illustre la priorité donnée à cette population. Ce résultat a été atteint suite au revirement de la Cour de cassation, en janvier 2023, sur la nature de la rente attribuée par la sécurité sociale (*cf supra*). En conséquence, le FIVA ne déduit plus la rente versée par les organismes de sécurité sociale de la rente qu'il sert au titre de l'indemnisation du préjudice d'incapacité fonctionnelle, compte tenu des natures désormais complètement distinctes de ces deux rentes. En répercussion, le FIVA a pu débloquer et faire des offres pour les demandes de victimes directes qui étaient encore en attente d'une réponse des caisses de sécurité sociale.

Le délai moyen de décisions est de 4 mois et une semaine, en excluant les offres qualifiées de « complémentaires » (celles débloquent suite au revirement de la jurisprudence de la Cour de Cassation et qui sont hors délai FIVA). Ce délai reste ainsi à un niveau bien inférieur au délai légal de 6 mois.

Le délai moyen de paiement est de un mois et demi, également inférieur au délai réglementaire de deux mois.

L'anticipation des dépenses d'indemnisation attendues pour la fin de l'année 2023 (302 M€), repose sur les éléments suivants :

- un tassement de la demande globale (17 000 demandes attendues contre 18 164 en 2022) avec un nombre de nouvelles victimes en retrait par rapport à l'année dernière (2 500 attendues contre 2 699 il y a un an) ;
- des coûts moyens des demandes en hausse (46 700 € pour les victimes et 10 000 € pour les ayants-droit), reflétant les effets financiers du revirement de la Cour de cassation ;
- un impact, marginal en 2023, de la décision du CA du 15 juin relatif à la revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux compte tenu de sa mise œuvre sur les demandes reçues à compter du 1^{er} octobre 2023 et des délais de décision et de paiement qui en repoussent les effets financiers sur le début de l'exercice suivant.

Pour 2024, le nombre de demandes enregistrées serait stable par rapport à 2023 (17 000 unités/an) en raison des effets attendus de la politique d'accès aux droits (en particulier les actions d'information visant les personnes atteintes de mésothéliomes) aboutissant à une légère augmentation du nombre de nouveaux dossiers (2 700 unités attendues) et contrebalançant la tendance à la baisse pluriannuelle du nombre de nouvelles victimes atteintes de maladies bénignes (plaques pleurales).

Par ailleurs, la revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux jouera à plein sur l'année 2024 (23 M€). A cela s'ajouteront les effets de l'indexation de ce barème à compter du 1^{er} avril 2024 sur la base du taux de revalorisation appliqué, à la même date, à la rente indemnifiant l'incapacité fonctionnelle (4,9 % sur la base de l'évolution de l'indice des prix du programme de stabilité). Au total, les dépenses d'indemnisation s'élèveraient à 363 M€ en 2024.

Le montant total des charges de l'établissement est ainsi prévu à 402,3 M€ pour 2023 et 431,5 M€ pour 2024.

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 : AURÉLIEN ROUSSEAU, 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 Lennepe

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 vocation à assurer la compensation à la sécurité sociale des dons de vaccins aux pays tiers ainsi que le reversement des recettes de la Facilité pour la Reprise et la Résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées au volet investissement du *Ségur de la Santé*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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, 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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Nombre cumulé d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements "du quotidien"	Nb	Sans objet	Sans objet	800	Sans objet	Sans objet	1000

Précisions méthodologiques

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

Le financement des établissements à ce titre se fait par l'intermédiaire du FMIS (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 502 M€ en 2021, 480 M€ en 2022 et 218 M€ en 2023. Les 300 M€ restants seront contractualisés par les ARS en 2024 (200 M€) et en 2025 (100 M€).

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

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

Au 31 mars 2023, 1 680 établissements de santé avaient reçu au moins un versement au titre de la dotation « investissements du quotidien » pour un total de 395 M€. La cible du jalon 2023 et ainsi que celle du jalon 2026 sont donc déjà atteintes traduisant le succès du Ségur de la Santé qui aura permis de relancer l'investissement des établissements de santé. **L'amélioration apportée est rapidement visible** : hausse de +13 % du volume des investissements en 2021, portée par une hausse de l'investissement courant avec, pour la première fois depuis 2013, un **infléchissement du taux de vétusté des équipements**.

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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (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	Non déterminé	10	Sans objet	30

Précisions méthodologiques

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

Le financement des établissements des établissements à ce titre se fait par l'intermédiaire du FMIS (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 (10 au T4 2024 ; 30 au T2 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience. La cible 2024 a été réévaluée à la baisse lors de sa réactualisation adoptée par le conseil « affaires économiques et financières » (ECOFIN) de la commission européenne le 14 juillet 2023 pour prendre en compte les réalités économiques nouvelles depuis l'adoption du plan initial en 2021. Figurent parmi elles le contexte inflationniste lié au conflit russo-ukrainien et la désorganisation de la chaîne de production.

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

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	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Nombre cumulé de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées	Nb	Sans objet	3 008	Non déterminé	Sans objet	Sans objet	32 200

Précisions méthodologiques

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

JUSTIFICATION DES CIBLES

L'enveloppe consacrée au financement de la construction ou rénovation de places d'hébergement pour personnes âgées s'élève à **1,25 Md€**.

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 (32 000 à horizon 2026), dont l'atteinte conditionne le versement des recettes par la Facilité pour la reprise et la résilience. La cible 2026 a été réévaluée à la baisse lors de sa réactualisation adoptée par le conseil « affaires économiques et financières » (ECOFIN) de la commission européenne le 14 juillet 2023 pour prendre en compte les réalités économiques nouvelles depuis l'adoption du plan initial en 2021. Figurent parmi elles le contexte inflationniste lié au conflit russo-ukrainien et la désorganisation de la chaîne de production.

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 des crédits et des dépenses fiscales | Programme n° 379

Présentation des crédits et des dépenses fiscales

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2023 ET 2024

AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement		FdC et AdP attendus
	LFI 2023	PLF 2024	
02 – Ségur investissement du PNRR	1 930 400 000	906 900 000	0
Totaux	1 930 400 000	906 900 000	0

CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement		FdC et AdP attendus
	LFI 2023	PLF 2024	
02 – Ségur investissement du PNRR	1 930 400 000	906 900 000	0
Totaux	1 930 400 000	906 900 000	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 2023, 2024, 2025 ET 2026

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2023 PLF 2024 Prévision indicative 2025 Prévision indicative 2026				
3 - Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000		1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000	
Totaux	1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000		1 930 400 000 906 900 000 434 000 000 519 400 000	

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2023 ET 2024

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2023 PLF 2024				
3 – Dépenses de fonctionnement	1 930 400 000 906 900 000		1 930 400 000 906 900 000	
31 – Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	1 930 400 000 906 900 000		1 930 400 000 906 900 000	
Totaux	1 930 400 000 906 900 000		1 930 400 000 906 900 000	

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 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 – Ségur investissement du PNRR	0	906 900 000	906 900 000	0	906 900 000	906 900 000
Total	0	906 900 000	906 900 000	0	906 900 000	906 900 000

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

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 31/12/2023

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 (RAP 2022)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2022	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévission de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévission de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023
0	0	1 930 400 000	1 930 400 000	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2024	CP 2025	CP 2026	CP au-delà de 2026
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023	CP demandés sur AE antérieures à 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE antérieures à 2024
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2024 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024
906 900 000 0	906 900 000 0	0	0	0
Totaux	906 900 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2024

CP 2024 demandés sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2025 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024
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). Les dons sont effectués par Santé Publique France (SPF) via la dotation exceptionnelle accordée par l'assurance maladie.

Cette première action du programme P379 permet de compenser la Sécurité sociale des dons réalisés via le programme Covax ou par des dons bilatéraux.

Comme pour 2023, des crédits pourront être ouverts en loi de fin de gestion afin d'ajuster au mieux la compensation au nombre de dons de vaccins réalisés.

ACTION (100,0 %)

02 – Ségur investissement du PNRR

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	906 900 000	906 900 000	0
Crédits de paiement	0	906 900 000	906 900 000	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, soit 5,7 Md€. Les recettes FRR sont versées au budget de l'État qui les reverse partiellement à la Sécurité sociale. Ce reversement a été réalisé en 2021 par affectation d'une fraction de TVA à hauteur de 765 M€. Depuis 2022, ce reversement est effectué par crédits budgétaires via le programme 379.

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

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

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

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

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	906 900 000	906 900 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	906 900 000	906 900 000
Total	906 900 000	906 900 000