

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

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

2022

SANTÉ



NOTE EXPLICATIVE

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

Cette annexe par mission récapitule les crédits (y compris les fonds de concours et attributions de produits attendus) et les emplois demandés pour 2022 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 2022 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2021, il a été décidé de retraiter, lorsque cela était pertinent, les données de la loi de finances pour 2021 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2022.

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 2022 sont également précisées.

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

■ Le projet annuel de performances qui regroupe :

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

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

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

SOMMAIRE

Mission	
SANTÉ	7
Présentation stratégique de la mission	8
Récapitulation des crédits et des emplois	13
Programme 204	
PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS	17
Présentation stratégique du projet annuel de performances	18
Objectifs et indicateurs de performance	22
1 – Améliorer l'État de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	22
2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires	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	48
16 – Veille et sécurité sanitaire	51
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	53
18 – Projets régionaux de santé	54
19 – Modernisation de l'offre de soins	54
<i>Récapitulation des crédits et emplois alloués aux opérateurs de l'État</i>	57
Opérateurs	59
Programme 183	
PROTECTION MALADIE	63
Présentation stratégique du projet annuel de performances	64
Objectifs et indicateurs de performance	65
1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'État dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	65
2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	66
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	69
Justification au premier euro	73
<i>Éléments transversaux au programme</i>	73
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	74
<i>Justification par action</i>	75
02 – Aide médicale de l'État	75
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	82

MISSION

SANTÉ

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DE LA MISSION

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DE LA MISSION

La mission « Santé » se compose de deux programmes placés sous l'autorité du ministre des solidarités et de la santé. Il s'agit, d'une part, du programme 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, sous la responsabilité du Professeur Jérôme Salomon, directeur général de la santé, et, d'autre part, du programme 183 « protection maladie », sous la responsabilité de Monsieur Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale.

Elle porte les crédits du budget de l'État destinés à l'élaboration et à la conduite d'une politique globale de santé mettant l'accent sur la prévention, poursuivant l'objectif d'assurer la sécurité sanitaire et organisant une offre de soins de qualité adaptée pour nos concitoyens et dans tous les territoires. Depuis mars 2020, la mission inclut également en gestion une partie des dépenses liées aux actions menées afin de gérer la lutte contre l'épidémie de la Covid-19.

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

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

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

La stratégie nationale de santé devra aussi être adaptée afin d'intégrer les enseignements tant en termes d'orientations que d'outils tirés de la gestion de cette crise sanitaire. Définie il y a quatre ans, cette projection quinquennale (2018-2022) au sein de laquelle la promotion et la protection de la santé (sécurité sanitaire, environnementale, alimentaire) occupent une place de premier plan pour améliorer l'État de santé de la population et contribuer à la soutenabilité des dépenses de santé, devra évoluer pour donner une place plus importante encore à l'anticipation de futures pandémies, dans un cadre sociétal plus attentif aux interactions entre l'homme et son écosystème.

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

La sécurité sanitaire est également un champ important du programme afin de garantir la protection de la population face à des événements sanitaires graves, menaçant la santé de la population, comme ce fut le cas avec l'arrivée de la Covid-19 en 2020.

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

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

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

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

Il vise essentiellement à financer l'aide médicale de l'État (AME) dont la gestion est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie, avec un double objectif humanitaire et sanitaire en direction des publics les plus défavorisés. Instaurée en 2000, l'AME de droit commun assure ainsi la protection de la santé des personnes étrangères démunies, vivant en France en situation irrégulière vis-à-vis du droit au séjour, et ne pouvant donc être prises en charge par la protection universelle maladie. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité avec un triple objectif humanitaire, sanitaire et économique. 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 s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en facilitant la prise en charge des soins en amont et en évitant 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).

PRINCIPALES RÉFORMES

Les dispositifs relevant de la mission « Santé » seront maintenus en 2022. 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.

Par ailleurs, la mission santé continuera vraisemblablement d'être mobilisée, au moins jusqu'au premier semestre 2022, par la gestion de la crise sanitaire et de ses impacts.

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

La politique de santé reste définie dans le cadre de la 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, a fait l'objet, à compter de la loi de finances 2021, d'une annexe, dite « jaune budgétaire », dédiée.

Les exercices 2020 et 2021 ont été fortement marqués par la gestion de la crise de la Covid-19 et il est probable que l'exercice 2022 le soit également. Il convient toutefois de rappeler que les dépenses liées à la gestion, par la DGS, de la crise sanitaire générée par la pandémie de Covid-19 sont principalement couvertes aujourd'hui en gestion par des crédits de fonds de concours qui ne figurent donc pas dans le présent document.

L'emploi des crédits budgétaires inscrits sur le programme 204 sera en revanche, sur les exercices budgétaires à venir, orienté par les enseignements des différents retours d'expériences, dont il conviendra de décliner les conséquences en termes de politiques publiques relevant du champ de la santé ainsi que de la veille et sécurité sanitaire. A ce titre, il faut souligner la montée en puissance des systèmes d'information (SI) Santé, dès 2022 dans le cadre du déploiement à venir de la stratégie numérique en santé, qui a vocation à évoluer en tirant notamment les enseignements de la crise sanitaire.

En 2022, la réflexion se poursuivra en lien avec chacun des opérateurs, dans le respect des missions qui leur sont confiées, afin d'améliorer leur pilotage et de favoriser leur pleine contribution aux efforts requis dans le cadre de la programmation pluriannuelle 2018-2022 des finances publiques.

S'agissant de la protection maladie (P183)

En 2020 et 2021, 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.

Par ailleurs, des mesures exceptionnelles ont été prises dans le cadre de la crise sanitaire pour garantir l'accès aux soins des étrangers en situation de précarité. Les droits à l'AME ont été prolongés de trois mois pour les personnes dont les droits arrivaient à échéance au cours des deux premiers confinements. Les modalités d'accès aux soins urgents ont été assouplies (élargissement du panier des soins urgents aux transports des personnes concernées, notamment des centres d'hébergement Covid vers les établissements de santé, et suppression de la nécessité pour les établissements de santé de faire une demande préalable d'AME).

L'année 2022 sera consacrée, sous réserve des conditions sanitaires, à la pleine mise en œuvre et au suivi des mesures de renforcement des contrôles décidées fin 2019.

TAXES AFFECTÉES PLAFONNÉES

(en millions d'euros)

Programme	Taxe	Plafond 2021	Plafond 2022
204	Fraction des Prélèvements sociaux sur les jeux prévus aux art. L137-20 à L137-22 du Code de la sécurité sociale	5,0	5,0

OBJECTIFS ET INDICATEURS LES PLUS REPRÉSENTATIFS DE LA MISSION

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

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
État de santé perçue	%	66,6				60	

Précisions méthodologiques

La source des données :

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

Eurostat récupère les données des instituts nationaux de statistique et met en ligne, en début d'année N+2, les données sur l'État de santé perçue de l'ensemble de la population, ainsi que par sexe et classe d'âge, de l'année N, sur son espace dédié à la consultation de ces statistiques :

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_01&lang=fr

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778>

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.

Santé

Mission

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DE LA MISSION

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Espérance de vie en bonne santé à la naissance							
1. Hommes	année	63,7	63				
2. Femmes	année	64,6	64				
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans							
1. Hommes	année	Non connu					
2. Femmes	année	Non connu					

Précisions méthodologiques**La source des données :**

INSEE/DREES.

Source France : calcul INED-INSERM, méthode Ehemu.

L'espace dédié à la consultation de ces statistiques :

http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/fr/hlth_hlye_esms.htm**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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Selon l'INSEE, en 2020, 658 000 personnes sont décédées en France, soit 7,3 % de plus qu'en 2019. La pandémie de Covid-19 a particulièrement affecté les décès au printemps et en fin d'année. L'espérance de vie à la naissance s'établit à 85,2 ans pour les femmes et à 79,2 ans pour les hommes. Elle diminue nettement par rapport à 2019 (-0,4 an pour les femmes et -0,5 an pour les hommes). La baisse est bien plus forte qu'en 2015, année marquée par une forte grippe hivernale (-0,3 an et -0,2 an). On peut donc anticiper un recul quasi-équivalent en termes d'espérance de vie en bonne santé à la naissance.

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS ET DES EMPLOIS

ÉVOLUTION DEPUIS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2021

Programme ou type de dépense	2021				2022
	PLF	LFI	LFR	LFI +LFR	PLF
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	254 946 603 260 246 603	250 292 751 255 592 751		250 292 751 255 592 751	209 563 461 212 863 461
Dépenses de personnel (Titre 2)	1 442 239 1 442 239	1 442 239 1 442 239		1 442 239 1 442 239	1 000 000 1 000 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	253 504 364 258 804 364	248 850 512 254 150 512		248 850 512 254 150 512	208 563 461 211 863 461
183 – Protection maladie	1 069 000 000 1 069 000 000	1 064 890 000 1 064 890 000	-6 969 635 -6 969 635	1 057 920 365 1 057 920 365	1 087 000 000 1 087 000 000
Autres dépenses (Hors titre 2)	1 069 000 000 1 069 000 000	1 064 890 000 1 064 890 000	-6 969 635 -6 969 635	1 057 920 365 1 057 920 365	1 087 000 000 1 087 000 000

RÉCAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

Numéro et intitulé du programme	LFI 2021					PLF 2022				
	ETPT	dont ETPT opérateurs rémunérés par le programme	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT	dont ETPT opérateurs rémunérés par le programme	ETPT rémunérés par les opérateurs		
			sous plafond	hors plafond	Total			sous plafond	hors plafond	Total
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins			131	20	151			131	20	151
183 – Protection maladie										
Total			131	20	151			131	20	151

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET ACTION

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2021	Demandées pour 2022	Variation 2022 / 2021 en %	Ouverts en LFI pour 2021	Demandés pour 2022	Variation 2022 / 2021 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	250 292 751	209 563 461	-16,27	255 592 751	212 863 461	-16,72
11 – Pilotage de la politique de santé publique	67 357 942	68 770 891	+2,10	69 357 942	70 770 891	+2,04
12 – Santé des populations	1 230 000	1 230 000	0,00	1 230 000	1 230 000	0,00
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	50 758 959	50 758 959	0,00	52 758 959	50 758 959	-3,79
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	26 163 046	27 863 046	+6,50	26 163 046	27 863 046	+6,50
16 – Veille et sécurité sanitaire	1 610 000	1 610 000	0,00	1 610 000	1 610 000	0,00
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 179 000	4 179 000	0,00	4 179 000	4 179 000	0,00
18 – Projets régionaux de santé	0	0		0	0	
19 – Modernisation de l'offre de soins	98 993 804	55 151 565	-44,29	100 293 804	56 451 565	-43,71
183 – Protection maladie	1 064 890 000	1 087 000 000	+2,08	1 064 890 000	1 087 000 000	+2,08
02 – Aide médicale de l'État	1 056 890 000	1 079 000 000	+2,09	1 056 890 000	1 079 000 000	+2,09
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	0,00	8 000 000	8 000 000	0,00
Total pour la mission	1 315 182 751	1 296 563 461	-1,42	1 320 482 751	1 299 863 461	-1,56

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET TITRE

Numéro et intitulé du programme ou du titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2021	Demandées pour 2022	Variation 2022 / 2021 en %	Ouverts en LFI pour 2021	Demandés pour 2022	Variation 2022 / 2021 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	250 292 751	209 563 461	-16,27	255 592 751	212 863 461	-16,72
Titre 2 - Dépenses de personnel	1 442 239	1 000 000	-30,66	1 442 239	1 000 000	-30,66
Autres dépenses :	248 850 512	208 563 461	-16,19	254 150 512	211 863 461	-16,64
<i>Titre 3 - Dépenses de fonctionnement</i>	96 735 967	87 245 014	-9,81	96 735 967	87 245 014	-9,81
<i>Titre 6 - Dépenses d'intervention</i>	152 114 545	121 318 447	-20,25	157 414 545	124 618 447	-20,83
183 – Protection maladie	1 064 890 000	1 087 000 000	+2,08	1 064 890 000	1 087 000 000	+2,08
<i>Titre 6 - Dépenses d'intervention</i>	1 064 890 000	1 087 000 000	+2,08	1 064 890 000	1 087 000 000	+2,08
Total pour la mission	1 315 182 751	1 296 563 461	-1,42	1 320 482 751	1 299 863 461	-1,56
dont :						
Titre 2 - Dépenses de personnel	1 442 239	1 000 000	-30,66	1 442 239	1 000 000	-30,66
Autres dépenses :	1 313 740 512	1 295 563 461	-1,38	1 319 040 512	1 298 863 461	-1,53
<i>Titre 3 - Dépenses de fonctionnement</i>	96 735 967	87 245 014	-9,81	96 735 967	87 245 014	-9,81
<i>Titre 6 - Dépenses d'intervention</i>	1 217 004 545	1 208 318 447	-0,71	1 222 304 545	1 211 618 447	-0,87

PROGRAMME 204

PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

MINISTRE CONCERNÉ : OLIVIER VERAN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET ANNUEL DE PERFORMANCES

Jérôme SALOMON

Directeur général de la santé

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

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

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

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

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

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

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

Le prochain PNSP 2020 reporté en raison de l'impact de la gestion de la Covid-19 devrait voir le jour en 2022/2023, en fonction de l'évolution de la crise sanitaire et mettre en lumière les enjeux propres à la santé environnementale, en lien avec le Plan national santé-environnement (PNSE) n°4 et ceux de la prévention de la perte d'autonomie.

La SNS, comme les plans et programmes nationaux, donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et leur impact sanitaire et socio-économique au regard des ressources mobilisées ; ces suivis ont vocation à identifier les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats du suivi annuel et des évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé et au Haut Conseil de santé publique, avant d'être rendus publics. Ces travaux ont désormais vocation à être impulsés dès 2022.

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

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

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

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

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

La SNS souligne la nécessité de promouvoir la recherche en santé des populations dans toute sa dimension interdisciplinaire et d'accroître les contributions 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, en mobilisant leurs premiers résultats, et de développer l'utilisation des très grandes bases de données, notamment le système national des données de santé, pour la recherche en santé publique.

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

Un portail sur les données probantes en matière d'interventions de prévention est opérationnel depuis 2019 sous l'égide de Santé publique France dans le cadre de l'Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision (Inspire-ID) pilotée par la Direction générale de la santé (DGS). Ce portail doit être élargi pour intégrer les interventions dites « prometteuses ».

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

Le développement et la maintenance en conditions opérationnelles de systèmes d'informations (SI) dédiés à la veille et à la sécurité sanitaire, sécurisés et accessibles y compris en situation de mobilité doivent poursuivre leur cours, en intégrant les enseignements tirés de la crise sanitaire résultant de l'épidémie de Covid-19 afin de renforcer l'information et la sécurité des patients, mais aussi de donner des outils d'aide à la prise de décision.

Celle-ci a en effet démontré la nécessité de disposer d'outils efficaces et réactifs pour répondre aux enjeux en découlant.

Dans un contexte de menaces plurielles, le travail de définition des doctrines sanitaires de préparation et d'intervention adaptées aux différentes menaces (par arme de guerre, nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC), épidémiques, etc.) sera activé et renforcé, en lien avec les travaux interministériels. Cet axe sera accompagné par la mise en place de moyens adaptés, tant en termes de ressources humaines que budgétaires, et par le renforcement du dispositif de formation à l'attention de l'ensemble des acteurs de crise sanitaire.

2022 doit conduire à travailler sur les enseignements tirés de la mise en œuvre et du pilotage de SI spécifiques élaborés depuis 22 mois pour la gestion de crise, tant sur les aspects logistiques, que sanitaires, ou opérationnels pour le suivi de l'épidémie. Leur pérennisation potentielle doit être réfléchiée en termes de gestion et de maintien en conditions opérationnelles, au regard des besoins en veille et sécurité sanitaire. Pour ce faire, une cartographie prospective de moyen et long terme, intégrant certains de ces SI dans le cadre de la stratégie numérique en santé devra être réalisée.

- Moderniser l'offre de soins :

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

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

La poursuite de la modernisation du système de santé se traduit ainsi par la revalorisation des métiers et le renforcement de l'attractivité des hôpitaux publics, la définition d'une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins, la 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 annoncées en septembre 2019, doivent contribuer à améliorer l'accès aux soins non programmés.

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

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

Une attention particulière sera également prêtée aux Outre-mer, notamment en matière d'amélioration de la performance de l'offre de soins, en conséquence également des événements de l'été 2021, afin que les outils de modernisation de l'offre soient adaptés et mis en œuvre au bénéfice des besoins des populations ultra-marines.

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

Les indicateurs 1.2 et 1.3 présentent à partir du PAP 2022 des résultats différenciés selon le genre. Le reste de la maquette de performance du programme 204 est stable.

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 essentiels qui contribuent 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 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 le tabagisme.

En effet, le tabagisme est 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 plan national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 répond ainsi à l'enjeu de lutter contre ce fléau de santé publique et les risques qui lui sont 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	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	51	52	60	59,9	62	65

Précisions méthodologiques

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

La couverture vaccinale des sujets âgés de 65 ans et plus est en 2020/2021 de 59,9% (France entière, tous régimes) ce qui représente une augmentation de près de 8 points par rapport à la couverture vaccinale 2019/2020 (52 %).

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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Jusqu'en 2008-2009, le taux de couverture vaccinale était en progression. Depuis la pandémie H1N1 et jusqu'en 2017/2018, une baisse constante de la couverture vaccinale grippale a été observée. Cette baisse concernait principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles la couverture sur la période 2017/2018 était de près de 15 points inférieure à celle de la saison 2008-2009. La remontée même modeste de la couverture vaccinale entre 2017/2018 et 2019/2020, a constitué un signal encourageant après une période de stagnation de cette couverture. Pour la saison 2020/2021, une progression sans précédent de la vaccination antigrippale a été observée dans le contexte très particulier d'épidémie de COVID-19, à un moment où le vaccin contre la COVID-19 n'était pas disponible. Pour la prochaine campagne, il est difficile de prévoir quel sera le comportement de la population vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière, et en particulier quel sera l'impact de la campagne de vaccination contre la COVID-19 ainsi que de l'absence de circulation des virus grippaux en 2020/2021.

Afin de renforcer le réflexe de vaccination, il convient également d'améliorer l'information sur la grippe et son vaccin, de sensibiliser les populations cibles et de faciliter l'accès au vaccin tout en simplifiant les pratiques auprès des professionnels de santé. Plusieurs leviers d'action sont mis en place :

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

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	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	30,5	28,9	42,9	42,9	46	50
1. FEMMES	%	31,8	30	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%	29,1	27,7	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

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

Les données sont relevées sur deux ans (2017-2018) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2017-2018 (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 devait contribuer à une hausse du taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer colo rectal. Cette augmentation attendue n'est pas encore effective. Un arrêté en date du 19 mars 2018 autorise des modalités supplémentaires de remise des tests de dépistage dans l'objectif de favoriser la participation de la population au programme, notamment des envois en seconde relance pour lesquels un financement complémentaire a été apporté en 2019. A côté des médecins généralistes, les gynécologues les hépato-gastroentérologues et les centres d'examen de santé de l'assurance maladie peuvent maintenant remettre le kit de dépistage du cancer colorectal aux femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans, invités à se faire dépister.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Pour mémoire, la prévision calculée en 2014 partait du réalisé 2012-2013 et tenait compte de la mise en place du test immunologique en prévoyant une progression différenciée selon les régions de façon à atteindre la cible de 50 % à l'échéance du plan (résultats des années 2019-2020).

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).

Un envoi du kit de dépistage à domicile va être possible, dès l'automne 2021, sur une simple commande en ligne. En s'appuyant sur l'avis des experts, le ministère chargé de la santé a décidé en octobre 2020 (arrêté du 1^{er} octobre 2020) :

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

La stratégie décennale de lutte contre le cancer a également inscrit une modalité complémentaire de remise de kit par les pharmaciens. L'objectif est de faire figurer cette nouvelle modalité d'accès au kit dans une nouvelle convention qui viendra en complément de celles précisées dans les arrêtés existant.

Le contexte sanitaire actuel incite à la prudence pour les prévisions 2021 ; une amélioration du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) pourrait être envisagée sur 2022 (proposition d'une prévision à 46%) grâce à la mise en place de la commande en ligne.

INDICATEUR

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	24	25,5	23	24	23	21
1. FEMMES	%		22	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
2. HOMMES	%		29,1	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Précisions méthodologiques

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

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

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

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

Les données sont anonymisées et conservées par Santé publique France.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

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

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

Le premier plan national de réduction du tabagisme (PNRT), lancé en 2014, appuyé notamment sur les évolutions normatives de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 et la loi de financement de la sécurité sociale 2017, a permis la mise en place de mesures fortes : l'adoption du paquet neutre accompagné d'avertissements sanitaires plus visibles et l'augmentation progressive de la fiscalité sur le tabac, en vue de porter le prix du paquet de cigarettes à 10€ en 2020, cible atteinte en avril 2020.

Après ces mesures d'ordre normatif (ex. : paquet neutre, fiscalité), la politique menée dans le cadre du programme national 2018-2022 vise principalement la débanalisation du tabac dans la société, notamment par le soutien aux espaces sans tabac (parcs, plages, installations sportives ...), et l'amplification de l'aide au sevrage des fumeurs. Depuis 2018, le remboursement par l'Assurance maladie des traitements de substitution nicotinique concerne 70 spécialités. L'impact a été positif sur l'accès aux traitements, avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'un remboursement au cours de l'année. Entre 2014 et 2019, une baisse significative de la prévalence du tabagisme quotidien a été constatée passant de 28,5% à 24% de fumeurs quotidiens pour les 18-75 ans.

Toutefois, en 2020, les données de prévalence du tabagisme quotidien montrent une inflexion de cette tendance à la baisse du tabagisme qui s'établit à 25,5% en 2020 pour la population générale. Il faudra toutefois attendre les résultats de l'année 2021, afin de percevoir réellement l'impact de la crise sanitaire sur les habitudes de consommation tabagique.

En revanche, il y a d'ores et déjà une préoccupation forte sur les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées (chômeurs, populations précaires, populations à faibles revenus, populations sans diplôme, etc.) dont la prévalence augmente assez nettement avec un creusement des écarts de 15 points entre le tiers de la population ayant les revenus les plus bas et le tiers ayant les revenus les plus élevés. Cette situation incite à renforcer les actions à destination de ce public.

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

Dans la continuité du PNLT actuel, s'achevant en 2022, un travail de réflexion sera conduit en vue de mettre en place un nouveau plan assorti des mesures propres à atteindre les objectifs fixés de passer sous la barre des 20%, 10 ans après le premier plan de réduction du tabagisme, et d'atteindre la première génération sans tabac en 2032 (5% de fumeurs quotidiens chez les 17/18 ans).

OBJECTIF

2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

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

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

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

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres microbiologiques	%	11	9,6	12,5	12,5	12,25	12

Précisions méthodologiques

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

L'indicateur permet d'obtenir une vision globale de la qualité de l'eau du robinet en France, y compris pour les plus petites unités de distribution dans lesquelles se concentre la majorité des problèmes de qualité de l'eau :

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

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

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

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Après une relative stabilité de la valeur de l'indicateur entre 2015 et 2018 autour de 12,3%, la qualité microbiologique de l'eau distribuée s'est améliorée en 2019 (11%) et 2020 (9,6%). Toutefois, la diminution du pourcentage de population alimentée par de l'eau ayant été non conforme au cours de l'année est moins nette (2% en 2019 ; 1,8% en 2020). Les non conformités microbiologiques concernent principalement les petits réseaux de distribution : sur l'année 2020, 13,7% des UDI desservant moins de 500 habitants ont été non conformes, alors que seules 4,2% des UDI desservant plus de 500 habitants l'ont été.

La poursuite de l'amélioration (diminution) de l'indicateur constitue un objectif ambitieux au regard du nombre important d'UDI concernées par des dépassements des limites de qualité microbiologique (environ 2 300 UDI concernées en 2020) et de leur taille (petites collectivités).

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

INDICATEUR**2.2 – Pourcentage de signalements traités en 1h**

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	94,4	80	95	90	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 2019.

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

- par les agences régionales de santé (ARS),
- par 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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

La prévision actualisée pour cet indicateur est établie pour l'année 2021 à 95 %, avec un maintien de traitement des signalements à un haut niveau de réactivité en dépit de la gestion concomitante de l'épidémie de la crise sanitaire Covid-19 et de la diminution du nombre d'agents du CORRUSS dédiés à la gestion des alertes dites courantes.

Ce maintien de la cible respecte le cadre de la politique de qualité mise en œuvre au sein du CORRUSS et prend en compte l'analyse de l'impact des situations sanitaires exceptionnelles sur le fonctionnement du bureau. En effet, lorsque le centre de crise sanitaire du CORRUSS est activé, le calcul de l'indicateur doit être écarté. Cette cible garantit la poursuite de la démarche de sécurisation des processus de réception et d'analyse des signalements. Le CORRUSS poursuit par ailleurs la démarche d'évaluation de l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre reposant sur des indicateurs et un contrôle interne.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2022 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2022 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2022	FdC et AdP attendus en 2022
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	16 461 538	52 309 353	68 770 891	0
12 – Santé des populations	0	0	1 230 000	1 230 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	40 917 959	9 841 000	50 758 959	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	24 953 046	2 910 000	27 863 046	0
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	1 110 000	500 000	1 610 000	0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	0	4 179 000	4 179 000	0
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 000 000	3 802 471	50 349 094	55 151 565	0
Total	1 000 000	87 245 014	121 318 447	209 563 461	0

2022 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2022	FdC et AdP attendus en 2022
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	16 461 538	54 309 353	70 770 891	0
12 – Santé des populations	0	0	1 230 000	1 230 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	40 917 959	9 841 000	50 758 959	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	24 953 046	2 910 000	27 863 046	0
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	1 110 000	500 000	1 610 000	0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	0	4 179 000	4 179 000	0
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 000 000	3 802 471	51 649 094	56 451 565	0
Total	1 000 000	87 245 014	124 618 447	212 863 461	0

2021 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2021 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2021	FdC et AdP prévus en 2021
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	24 198 397	43 159 545	67 357 942	0
12 – Santé des populations	0	0	1 230 000	1 230 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	41 257 959	9 501 000	50 758 959	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	24 518 046	1 645 000	26 163 046	0
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	1 210 000	400 000	1 610 000	0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	0	4 179 000	4 179 000	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 442 239	5 551 565	92 000 000	98 993 804	0
Total	1 442 239	96 735 967	152 114 545	250 292 751	0

2021 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 2 Dépenses de personnel	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total pour 2021	FdC et AdP prévus en 2021
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	24 198 397	45 159 545	69 357 942	0
12 – Santé des populations	0	0	1 230 000	1 230 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	41 257 959	11 501 000	52 758 959	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	24 518 046	1 645 000	26 163 046	0
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	1 210 000	400 000	1 610 000	0
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	0	4 179 000	4 179 000	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 442 239	5 551 565	93 300 000	100 293 804	0
Total	1 442 239	96 735 967	157 414 545	255 592 751	0

Prévention sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre ou catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2021	Demandées pour 2022	FdC et AdP attendus en 2022	Ouverts en LFI pour 2021	Demandés pour 2022	FdC et AdP attendus en 2022
Titre 2 – Dépenses de personnel	1 442 239	1 000 000	0	1 442 239	1 000 000	0
Rémunérations d'activité	1 442 239	1 000 000	0	1 442 239	1 000 000	0
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	96 735 967	87 245 014	0	96 735 967	87 245 014	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	27 757 491	20 414 009	0	27 757 491	20 414 009	0
Subventions pour charges de service public	68 978 476	66 831 005	0	68 978 476	66 831 005	0
Titre 6 – Dépenses d'intervention	152 114 545	121 318 447	0	157 414 545	124 618 447	0
Transferts aux ménages	35 236 148	43 236 148	0	35 236 148	43 236 148	0
Transferts aux entreprises	1 495 000	2 060 000	0	2 795 000	2 060 000	0
Transferts aux collectivités territoriales	0	666 667	0	4 000 000	2 666 667	0
Transferts aux autres collectivités	115 383 397	75 355 632	0	115 383 397	76 655 632	0
Total	250 292 751	209 563 461	0	255 592 751	212 863 461	0

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 2022 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2022. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2022 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 2022, le montant pris en compte dans le total 2022 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2021 ou 2020); 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 2020	Chiffrage 2021	Chiffrage 2022
120204	Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2020 : (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>	460	480	500
730208	Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés Assiette et taux <i>Bénéficiaires 2020 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - 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>	28	30	32
190212	Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses" Dispositions communes aux bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices agricoles et bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2020 : (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>	27	27	27
160204	Exonération d'impôt sur le revenu, à hauteur de 60 jours par an, de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans certaines zones rurales ou urbaines Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2020 : 8200 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>	26	26	26
160302	Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2020 : (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>	11	11	11

Prévention sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

(en millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage 2020	Chiffrage 2021	Chiffrage 2022
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2020 : (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>	6	6	6
Total		558	580	602

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action ou de la 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	68 770 891	68 770 891	0	70 770 891	70 770 891
12 – Santé des populations	0	1 230 000	1 230 000	0	1 230 000	1 230 000
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	50 758 959	50 758 959	0	50 758 959	50 758 959
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	27 863 046	27 863 046	0	27 863 046	27 863 046
16 – Veille et sécurité sanitaire	0	1 610 000	1 610 000	0	1 610 000	1 610 000
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	0	4 179 000	4 179 000	0	4 179 000	4 179 000
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	1 000 000	54 151 565	55 151 565	1 000 000	55 451 565	56 451 565
Total	1 000 000	208 563 461	209 563 461	1 000 000	211 863 461	212 863 461

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

TRANSFERTS EN CRÉDITS

	Prog Source / Cible	T2 Hors Cas pensions	T2 CAS pensions	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Transferts entrants								
Transferts sortants					-110 000	-110 000	-110 000	-110 000
contribution au plan chlordécone IV	► 162				-110 000	-110 000	-110 000	-110 000

DÉPENSES PLURIANNUELLES

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2021

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2020 (RAP 2020)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2020 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2020	AE (LFI +LFRs) 2021 + reports 2020 vers 2021 + prévision de FdC et AdP	CP (LFI +LFRs) 2021 +reports 2020 vers 2021 + prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2021
70 682 500	0	298 689 144	343 324 967	28 548 269

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2022	CP 2023	CP 2024	CP au-delà de 2024
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2021	CP demandés sur AE antérieures à 2022 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2023 sur AE antérieures à 2022	Estimation des CP 2024 sur AE antérieures à 2022	Estimation des CP au-delà de 2024 sur AE antérieures à 2022
28 548 269	6 135 114 0	3 955 114	3 845 114	14 612 927
AE nouvelles pour 2022 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2022 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2023 sur AE nouvelles en 2022	Estimation des CP 2024 sur AE nouvelles en 2022	Estimation des CP au-delà de 2024 sur AE nouvelles en 2022
208 563 461 0	205 728 347 0	2 835 114	0	0
Totaux	211 863 461	6 790 228	3 845 114	14 612 927

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2022

CP 2022 demandés sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022	CP 2023 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022	CP 2024 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022	CP au-delà de 2024 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022
98,64 %	1,36 %	0,00 %	0,00 %

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION 32,8 %**11 – Pilotage de la politique de santé publique**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	68 770 891	68 770 891	0
Crédits de paiement	0	70 770 891	70 770 891	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 qu'à 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	16 461 538	16 461 538
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	15 611 538	15 611 538
Subventions pour charges de service public	850 000	850 000
Dépenses d'intervention	52 309 353	54 309 353
Transferts aux ménages	43 236 148	43 236 148
Transferts aux collectivités territoriales	666 667	2 666 667
Transferts aux autres collectivités	8 406 538	8 406 538
Total	68 770 891	70 770 891

Actions de pilotage, de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique (4,07 M€ en AE et 6,07 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 2020 sont les suivantes :

- Partenariat associatif (0,72 M€ en AE et CP)

Les partenariats établis avec des associations nationales ou têtes de réseau seront poursuivis en 2022 dans plusieurs domaines de la santé publique, dont notamment :

- La santé sexuelle (VIH, IST, hépatites, contraception, IVG) pour soutenir la mise en œuvre de la feuille de route 2021-2023 ;
- La prévention des addictions (tabac, alcool, les substances illicites) et la réduction des risques et dommages ;
- La promotion / prévention en matière de santé mentale dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route dédiée, en cohérence avec les suites à donner aux assises de la santé mentale et de la psychiatrie, dans le contexte particulier de la crise Covid19 ;
- La santé des personnes en situation de vulnérabilité dans une approche de santé globale (global health) ;
- La nutrition-santé et le sports-santé dans le cadre de la Stratégie nationale Sport santé 2019-2024, visant à améliorer l'État de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive à tous les moments de la vie.

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

En complément et comme chaque année, des actions thématiques seront également financées au niveau des territoires avec trois associations têtes de réseaux (association « élus, santé publique et territoires », association « réseau français des villes-santé de l'organisation mondiale de la santé », association « plate-forme nationale des ressources ateliers santé »), impliquant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales. Du fait de leur caractère transversal, ces financements, estimés à 0,72 M€ en 2022, sont portés par l'action 11 du programme 204.

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

Organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, la Conférence nationale de santé a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics. Sa composition et ses modalités d'organisation ont été renouvelés en 2020.

- Outre-mer (0,15 M€ en AE et CP)

Les territoires ultramarins présentent des difficultés spécifiques liées à leur éloignement ou leur isolement, et dont l'ampleur est très souvent majorée par les conditions de vie, la précarité et les difficultés d'accès aux soins auxquelles est soumise 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 ». 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 environnement et à la lutte contre les maladies chroniques.

- 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) que la communauté internationale a définis en septembre 2015, en particulier l'ODD n°3, consacré à la santé et au bien-être. De même, les menaces pour la santé ont une envergure globale, comme l'a rappelé la pandémie de COVID-19.

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 (PNSP) 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), ainsi qu'un certain nombre d'événements internationaux, visant en particulier à mobiliser la communauté internationale dans le cadre de la Présidence Française de l'Union Européenne autour d'enjeux globaux de santé. 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 vaccination, antibiorésistance, sécurité sanitaire, nutrition, notamment.

A noter également, au plan international, le financement pluriannuel apporté à l'Académie de l'OMS, initiative prioritaire du processus de transformation de l'OMS, dont le soutien a été acté le 11 juin 2019 entre le Directeur général de l'OMS et le Président de la République, Emmanuel Macron. Son campus sera situé à Lyon et comprendra des environnements d'apprentissage de haute technologie, un centre de simulation d'excellence pour les situations d'urgence sanitaire et des espaces de collaboration pour l'élaboration conjointe, la recherche et l'innovation en matière de formation. Les crédits prévus en 2022 sont de 2 M€ en CP dans cadre de l'engagement, à hauteur de 10 M€ en AE effectué en gestion 2020, auxquels s'ajoutent 0,7 M€ en CP au titre des dépenses immobilières.

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

L'information et la communication constituent des leviers de la mise en œuvre des politiques de santé publique, notamment en termes de prévention et de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Les crédits consacrés aux actions d'information et de communication en santé publique permettront notamment de poursuivre la mise en œuvre des actions portées par le Plan national de santé publique « Priorité prévention » dans le cadre de la stratégie nationale de santé et des actions du Plan national santé environnement 4 dont l'axe 1 est dédié à l'information des citoyens et des professionnels. Il s'agit également de poursuivre l'information du public et des professionnels sur la

lutte contre l'antibiorésistance, de poursuivre également les actions en faveur de la promotion de la vaccination, de la promotion de l'activité physique et de renforcer l'information des patients et des professionnels sur les médicaments et dispositifs médicaux. Pour ce faire, des publications (guides, plaquettes, affiches, etc.), des campagnes d'information 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, 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 à la programmation de l'Agence nationale de la recherche (ANR) et de 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 ;
- 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.

Au titre de l'activité Covid-19, depuis janvier 2020 le HCSP a déjà rendu aux autorités compétentes 135 avis ainsi que 42 lettres complétant ou précisant certains points desdits avis (données arrêtées au 10 août 2021).

2022 sera l'année de la mise en place de la quatrième mandature du HCSP et de l'accompagnement du renouvellement de la SNS. Le HCSP adaptera, si nécessaire, son organisation en fonction des constats du bilan de la 3e mandature.

Il sera notamment en charge de :

- Poursuivre des travaux d'évaluation ex-post du plan national de santé publique (PNSP) ou encore du service sanitaire des étudiants en santé (SSES),
- Contribuer à l'évaluation transversale des plans nationaux santé environnement, ou encore à l'élaboration de valeurs de gestion pour des contaminants des sites et sols pollués,
- Poursuivre sa réflexion relative à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée, notamment concernant la santé des adolescents et les professionnels de santé de l'enfance,
- Conduire une réflexion prospective sur les questions de santé publique, notamment sur les scénarios prospectifs post crise, sur les bonnes habitudes à garder en matière d'hygiène, ou encore sur les stocks stratégiques à constituer en matière d'équipements individuels de protection,
- Poursuivre son expertise pour l'aide à la gestion des crises sanitaires liées aux maladies infectieuses ou émergentes ou à l'environnement, dont la Covid-19, des maladies chroniques mais aussi quant à la sécurité des éléments et produits du corps humain (Secproch).

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique (9,65 M€ en AE et CP)

La stratégie du numérique en santé pilotée par la déléguée ministérielle au numérique guide depuis 2020 les orientations et investissements en matière de conduite de projets SI. La priorité reste donnée aux projets répondant aux enjeux de l'espace numérique en santé (ENS) ou qui viendront compléter et renforcer le développement du dossier médical partagé (DMP), lequel est partie intégrante de l'ENS. Le financement socle du développement de la vingtaine de systèmes d'information (SI) du périmètre de la DGS reste établi à 4,5 M€, pour couvrir l'essentiel de la gestion des évolutions réglementaires et de sécurité incontournables, mais également assurer l'assistance nécessaire auprès des métiers concernés.

Cette enveloppe inclut les projets confiés en maîtrise d'ouvrage déléguée à l'agence du numérique en santé (ANS) pour un total de 2,5 M€ en 2022, à savoir :

- 1,6 M€ consacré aux coûts opérationnels d'exploitation annuels du SICAP (gestion des données recueillies et traitées par les centres anti-poisons CAP) ;
- 0,7 M€ pour le développement des fonctionnalités du Portail des signalements des événements indésirables graves (PSIG), conformément à la feuille de route 2022-2023, afin notamment de permettre d'engager la création d'espaces personnels permettant les échanges entre déclarants et évaluateurs, et des interconnexions du PSIG et d'autres SI ;
- 0,2 M€ pour la contribution aux côtés de la DGOS au financement de l'exploitation du SI VIC (SI Victimes), initialement destiné à faciliter le recensement des victimes d'attentats ou d'événements sanitaires graves, SI VIC est désormais également utilisé dans le contexte de l'épidémie COVID-19

Les autres projets de refontes ou d'évolutions majeures en 2022, assurés par la DGS, concerneront principalement à hauteur de 2 M€, l'accompagnement de refontes ou l'assistance au déploiement des évolutions, réparti comme suit :

- 0,65 M€ pour la plateforme nationale de dématérialisation des certificats de décès (simplification administrative au profit des familles, des collectivités, des opérateurs funéraires et de l'État) ;
- 1,15 M€ pour une dizaine d'autres SI de santé (GéoDAE, Santé Habitat, Bio2, SI Amiante, Transparence Santé, SISAC, Vadim, CSE plateforme des 3 premiers certificats de santé de l'enfant (CSE) ;
- à 0,2 M€ pour des actions relatives aux analyses de risques pour une dizaine de systèmes d'information de santé dans la perspective du prolongement d'homologations et de nouvelles homologations (0,2 M€).

Enfin, 5,15 M€ seront spécifiquement alloués en 2022 aux priorités suivantes :

- Transformer et pérenniser le SIDEP (Système d'information de dépistage) lancé en 2020, sous la forme d'un entrepôt national de données de biologie médicales (ENDB) et permettre ainsi son utilisation pour d'autres pathologies virales ou infectieuses. Le besoin budgétaire pour développer l'ENDB en 2022 s'élève à 3,3 M€ ;
- Poursuivre Aqua-sise, le projet de refonte de l'outil national de contrôle sanitaire de l'eau (eau potable, eaux thermales et eaux de baignade) pour un montant prévisionnel de 1,1 M€ ;
- Assurer les prochaines étapes des chantiers d'interconnexions du SI RIPH (recherche dans l'intérêt de la personne humaine) aux SI européens relatifs aux dispositifs médicaux ainsi qu'à celui relatif aux médicaments ; ces nouveaux chantiers en lien avec les comités de protection des personnes (CPP) représentent un financement 2022 de 0,55 M€ ;
- Finaliser le projet SI-LAV 2023 (lutte anti-vectorielle), doté de 0,2 M€ fléché en 2022, pour permettre à ses utilisateurs de disposer d'une application Web répondant aux normes technologiques et de sécurité actuelles (fonctionnement en mobilité et en mode déconnecté sur smartphones et tablettes durcies, gagner en rapidité et capacité d'absorber une montée en charge importante : nombre d'utilisateurs, quantité de données saisies et stockées).

Actions juridiques et contentieuses (52,44 M€ en AE et CP)

La répartition de cette enveloppe se décompose ainsi : 5 M€ au titre des dépenses de frais de justice de la direction générale de la santé, 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 litiges de toute nature dont la charge financière repose sur 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 par 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 relatives à des 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 les professionnels de santé victimes de la COVID ;
- des litiges de toute nature mis à la charge de l'État au titre des décisions prises par la DGOS ou par les ARS 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, 35,24 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 pris en charge par cette dotation.

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

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 230 000	1 230 000	0
Crédits de paiement	0	1 230 000	1 230 000	0

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

Les actions menées concourent à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 et du Plan « priorité prévention ». L'objectif est de créer un environnement favorable à la santé tout au long de la vie, avec une politique incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il s'agit également de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, en particulier pour les populations en situation de précarité, les gens du voyage ou les personnes migrantes, ainsi que les personnes placées sous main de justice.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

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

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

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

Ces crédits financent notamment des actions en direction des migrants (dont le soutien à l'interprétariat en santé), des personnes en situation d'exclusion, des exilés dépourvus de protection maladie, des populations Roms et gens du voyage en cohérence avec la Stratégie nationale de santé et le Plan national de santé publique 2018-2022 qui comporte des mesures ciblant les situations de vulnérabilité, mais également avec les mesures santé du plan d'actions du comité interministériel à l'intégration et de la Stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées et la politique nationale de résorption des bidonvilles (instruction du 25 janvier 2018). Des crédits soutiennent également des actions dans le cadre de la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) 2019-2022.

Par ailleurs, des crédits spécifiques sont destinés à soutenir les actions en direction des jeunes résidant en foyers ou en hébergements collectifs.

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, ils contribueront au financement d'une étude nationale sur l'État de santé des jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse.

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

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

La fécondité française se maintient en 2019 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens (753 000 naissances en France), même si le nombre de naissances diminue légèrement par rapport aux années précédentes. 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.

En matière de périnatalité, compte tenu de la diversité 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. Les crédits permettront de financer la coordination nationale des réseaux de santé en périnatalité afin d'améliorer l'accès à la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, y compris en Outremer, et avec également une attention particulière à certains publics fragiles comme les femmes en situation de vulnérabilité et de précarité et leurs enfants. Des 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/ou territoriales d'accès à la prévention et aux soins persistent. L'objectif est de promouvoir, dès le plus jeune âge, des comportements favorables à la santé et de prévenir des conduites à risque pour réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de mortalité.

Les actions en direction des jeunes s'intègrent dans différents plans, programmes et feuilles de route, dont notamment le plan « priorité prévention », le programme national de lutte contre le tabac, le plan national de mobilisation contre les addictions, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, le plan national nutrition santé et la feuille de route de la stratégie en santé sexuelle.

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

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

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

ACTION 24,2 %**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	50 758 959	50 758 959	0
Crédits de paiement	0	50 758 959	50 758 959	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. Cette action concerne donc une très grande diversité de pathologies (maladies neurodégénératives, maladies liées au vieillissement, cancers, santé mentale, santé sexuelle-VIH, IST, hépatites, tuberculose, etc.) et une population de tous âges et leurs déterminants majeurs que sont les addictions.

Les orientations des différents plans mis en œuvre dans ce cadre (stratégie nationale de santé sexuelle, stratégie décennale de lutte contre le cancer, programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, etc.) s'inscrivent pleinement dans la stratégie nationale de santé (SNS). Ils mettent en avant la priorité donnée à la prévention, la réduction des inégalités sociales et des pertes de chances, ainsi que l'amélioration du dépistage et de l'accès aux soins.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	40 917 959	40 917 959
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	100 000	100 000
Subventions pour charges de service public	40 817 959	40 817 959
Dépenses d'intervention	9 841 000	9 841 000
Transferts aux entreprises	1 200 000	1 200 000
Transferts aux collectivités territoriales		
Transferts aux autres collectivités	8 641 000	8 641 000
Total	50 758 959	50 758 959

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 (données 2016), et il existe plus de 2 millions d'aïdants, soit un total de plus de 3 millions de personnes concernées. L'évolution démographique dans les années prochaines va de plus entraîner une augmentation du nombre des malades. Plus de 200 000 personnes souffrent de la maladie de Parkinson et plus de 115 000 de sclérose en plaques. Ces maladies causent pour les malades et leur entourage des bouleversements majeurs et la crise de la Covid-19 les a fragilisés particulièrement. C'est pourquoi, à la suite du plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019, le ministère des Solidarités et de la Santé a fait le choix de lancer une feuille de route maladies neurodégénératives pour répondre aux problèmes qui restent non résolus. Cette feuille de route sera élaborée en deux temps, une première version de transition couvrant la période 2021-2022 et une version enrichie la complétera sur 2023-2024. Les orientations de cette feuille de route s'inscrivent dans la SNS et la stratégie nationale de recherche, ainsi que dans un contexte européen et mondial.

Dans ce cadre, des crédits permettront la poursuite des mesures de prévention et d'accompagnement issues de cette feuille de route 2021-2022. Il s'agira aussi de soutenir les associations de personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de professionnels pour la contribution aux actions du plan destinées à améliorer le repérage et la prise en charge des personnes concernées, dont le développement de l'éducation thérapeutique, ainsi que l'accompagnement de leurs proches.

- *Les maladies liées au vieillissement*

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

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

- Pour une prévention dès 40-45 ans, la construction par Santé publique France d'une nouvelle stratégie pour « avancer en âge en bonne santé » ;
- Pour une prévention renforcée au moment du passage à la retraite, la mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie et de retraite d'un rendez-vous jeunes retraités ;
- Pour renforcer la prévention chez les seniors, la mise en œuvre de l'expérimentation d'un programme de dépistage chez les personnes âgées selon la démarche ICOPE de l'OMS, après la réalisation d'un appel à manifestation d'intérêt au titre de l'article 51 de la LFSS, et une mise en œuvre des projets prévus pour 2022.

Cancer dont dépistage et maintien à domicile (y compris institut national du cancer) (40,52 M€ en AE et CP)

- *Institut national du cancer (INCa) (40,52M€ en AE et CP)*

Les cancers sont devenus la première cause de mortalité en France et demeurent la première cause de mortalité prématurée, un grand nombre d'entre eux étant évitables (poumons, voies respiratoires supérieures). Le pronostic de certains cancers est très nettement amélioré par un dépistage et une prise en charge précoces. La loi n°2019-180 du 8 mars 2019 prévoit, dans les suites des trois derniers plans Cancer, une stratégie décennale de lutte contre le cancer. Cette stratégie (2021-2030) a été annoncée par le Président de la République le 4 février 2021. L'INCa en coordonne sa mise en œuvre, sous la tutelle conjointe des ministères chargés de la santé et de la recherche. La stratégie décennale et les actions qui la composent marquent une volonté affirmée, ambitieuse et partagée, en vue d'améliorer le service rendu à l'ensemble de nos concitoyens. Son objectif est de réduire significativement le poids des cancers dans le quotidien des français. Les premières mesures prévues dans le cadre de cette stratégie ont été lancées dès 2021.

La subvention pour charges de service public allouée à l'INCa est définie en fonction de l'évolution des missions et de l'activité de l'opérateur liées à la mise en œuvre de cette stratégie. Cette dotation tient compte, d'une part, des économies prévues sur les dépenses de fonctionnement, d'autre part, du plafond d'emplois fixé à l'opérateur.

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

Prévention des addictions (3 M€ en AE et CP)

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

- *Tabac*

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

En cohérence avec les orientations du plan « Priorité prévention », le « Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 » comprend des mesures fortes articulées autour de quatre axes d'intervention prioritaire : protéger nos enfants et lutter contre l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à arrêter, agir sur l'économie du tabac et évaluer et diffuser les connaissances relatives au tabac. 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 22 % en 2022 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 deux unités et demie d'alcool (25 grammes par jour) par personne. De ce fait, l'alcool est une source considérable de dommages sociaux et sanitaires. Sa part dans la mortalité évitable est majeure et on estime à plus de 40 000 le nombre annuel de décès liés à l'usage d'alcool. Le plan « Priorité prévention » et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 définissent des actions prioritaires en matière de lutte contre les usages nocifs d'alcool articulées autour de la prévention et de la prise en charge, avec une attention particulière portée à la protection des jeunes, ainsi qu'à la prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, compte tenu des conséquences possibles sur le fœtus, etc.

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

- *Autres pratiques addictives à risques*

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

- l'amélioration des pratiques de prise en charge, incluant la prise en charge des comorbidités psychiatriques et infectieuses ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins, en particulier s'agissant des traitements de substitution aux opiacés, et aux structures de prise en charge ;
- l'amélioration de l'accès aux matériels de réduction des risques et des dommages ;
- l'adaptation de la politique de réduction des risques et des dommages à l'évolution des pratiques d'usages et des populations.

La mise en œuvre de cette politique s'inscrit dans le cadre du programme national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et s'appuie sur les avancées apportées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui a précisé les objectifs et les modalités d'actions de la politique de réduction des risques et des dommages, en spécifiant son application auprès des personnes détenues, et en autorisant l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque pour les injecteurs de drogues.

Dans ce contexte, des crédits permettront de soutenir des associations du champ des addictions (tabac, alcool, 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 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. Une évolution du contenu de ces trousse est prévue pour 2022, afin de répondre à l'évolution des pratiques et ainsi mieux réduire les risques infectieux associés aux consommations par voie injectable.

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 toxicomanies* » dans le champ des substances psychoactives licites et illicites et des addictions sans substances (jeux d'argent et de hasard notamment).

Santé mentale (1 M€ en AE et CP)

Le poids des pathologies mentales (traitement des maladies psychiatriques et consommation de psychotropes) est extrêmement lourd avec des dépenses concernant plus de 7 millions de personnes et atteignant 20 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général, soit 14% des dépenses de l'Assurance maladie. De plus, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes suivies pour trouble psychiatrique, toute pathologie confondue, est diminuée de 16,4 ans pour les hommes et de 12,9 ans pour les femmes.

Un conseil stratégique santé mentale et psychiatrie a été installé le 28 juin 2018 avec pour mission la mise en œuvre d'une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie. Cette feuille de route 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. Son axe 1, relatif aux actions de promotion de bien-être, de prévention et de repérage, comporte des mesures comme le renforcement des compétences psychosociales, la lutte contre la stigmatisation, la formation aux premiers secours en santé mentale, le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes (programme *Ecout'émoi*), un ensemble d'actions de prévention du suicide (dont le programme *VigilanS* et la mise en place du numéro national de prévention du suicide).

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.

Autres maladies chroniques (1,10 M€ en AE et CP)

Touchant près de 15 millions de personnes, les maladies chroniques, dans leur ensemble, sont à l'origine de 60 % des décès, dont la moitié avant l'âge de 70 ans. À ce titre, elles constituent un défi pour le système de santé, tant sur le plan financier que dans l'organisation des soins. L'infection par le SARS-CoV-2 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. Il s'agira en particulier de mieux faire connaître les dispositifs (directives anticipées, personnes de confiance, sédation profonde et continue) ;
- des actions en matière de lutte contre la douleur, concernant notamment la fibromyalgie ;
- des actions d'associations contribuant au niveau national à la promotion de la prévention des maladies chroniques et à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches, comprenant la promotion de la santé bucco-dentaire.

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

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

Des avancées notables ont été réalisées ces dernières années en matière de promotion de la santé sexuelle et de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, certains indicateurs en matière de santé sexuelle demeurent insatisfaisants. L'incidence des IST bactériennes a augmenté entre 2017 et 2019 : syphilis (+22%), chlamydiae trachomatis (+20%) et gonocoques (+21%). Les personnes de moins de 25 ans représentent 13% des découvertes de séropositivité au VIH, en 2019-2020. La crise sanitaire a fortement impacté l'activité de dépistage des IST et du VIH, avec une baisse observée entre février et avril 2020 de près de 60%, qui n'a pas été compensée par un rattrapage les mois suivants. Le nombre de sérologies VIH et de dépistage des IST bactériennes réalisés a également diminué de 56% entre février et avril 2020, sans retrouver à ce stade son niveau d'avant crise.

En 2019, 232 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions.

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 portent les mesures qui permettront d'atteindre les objectifs fixés. Une nouvelle feuille de route est en cours d'élaboration pour la période 2021-2023.

La stratégie se décline, notamment autour du renforcement de la prévention et du dépistage, de la promotion du préservatif comme outil de base, du traitement comme prévention avec la prophylaxie préexposition (PrEP), du traitement post-exposition (TPE). Pour mémoire, la France a été le premier pays européen à autoriser la PrEP et à la prendre en charge financièrement à 100 %. Il s'agit d'intensifier ces efforts pour que les personnes à haut risque d'acquisition du VIH puissent en bénéficier. C'est à ce titre que la primo-prescription de la PrEP est ouverte à tous médecins depuis le 1^{er} juin 2021 et plus seulement à ceux des établissements de santé et CeGIDD.

La prévention des grossesses non désirées est inscrite dans les actuels schémas régionaux de prévention qui prévoient des actions visant à favoriser l'accès de toutes les femmes à la contraception. Un meilleur accès est permis par des mesures facilitant la prise en charge financière du parcours contraceptif pour les adolescents. L'objectif est de faciliter l'information et la sensibilisation des publics, notamment les plus vulnérables, de faciliter l'accessibilité aux dispositifs et aux droits en matière de contraception et d'avortement et à favoriser l'acceptabilité de la contraception pour les femmes les plus éloignées de l'information et en difficulté pour exercer leurs droits.

- *Concernant les hépatites virales B et C*

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

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

- *En matière de lutte contre la tuberculose*

En France comme dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, la maladie est devenue moins fréquente et son incidence nationale moyenne est inférieure à 10 cas/100 000 habitants/an depuis plus de 10 ans, avec toutefois des disparités territoriales importantes. Les régions concentrant le plus grand nombre de cas sont celles où sont présentes les plus grandes agglomérations.

Par ailleurs depuis 2019, la vaccination obligatoire pour certains professionnels a été suspendue.

Dans ce contexte, une feuille de route tuberculose a été élaborée avec : le renforcement des stratégies de prévention et de dépistage, la qualité et la continuité de la prise en charge, le contrôle de la diffusion des tuberculoses multirésistantes et un pilotage renouvelé.

Dans ce cadre, les crédits permettront de soutenir :

- les actions de la feuille de route santé sexuelle, 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 Emergentes ;
 - 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.

ACTION 13,3 %

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	27 863 046	27 863 046	0
Crédits de paiement	0	27 863 046	27 863 046	0

L'action n°15 regroupe les crédits affectés aux mesures de prévention des expositions à des risques pour l'homme liées 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 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 de réalisation de mesures dans le domaine des risques sanitaires liés à l'environnement, à l'alimentation et la nutrition, au soutien des politiques européennes et internationales dans ce domaine, à l'information du public et à la communication.

Ils sont constitués, dans une moindre mesure, de 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).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	24 953 046	24 953 046
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	400 000	400 000
Subventions pour charges de service public	24 553 046	24 553 046
Dépenses d'intervention	2 910 000	2 910 000
Transferts aux entreprises	860 000	860 000
Transferts aux autres collectivités	2 050 000	2 050 000
Total	27 863 046	27 863 046

Nutrition et santé (1,06 M€ en AE/CP) :

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

Ils financeront en particulier l'observatoire de la qualité de l'alimentation pour les quotes-parts relevant de l'Anses et de l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE). Cet observatoire permet de suivre les évolutions de l'offre alimentaire au cours du temps, à travers la description des produits mis sur le marché, de disposer de paramètres socio-économiques dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales, ainsi que d'évaluer l'impact des engagements contractuels pris par le secteur agroalimentaire en matière d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire et l'impact de la mise en œuvre de l'étiquetage nutritionnel (Nutri-Score) (0,175 M€).

Des études sur l'alimentation par entrée populationnelle (INRAE avec une étude sur l'alimentation des personnes âgées) ou territorial (IRD avec une expertise scientifique collective sur l'alimentation en Guyane) se poursuivront en parallèle pour répondre à des besoins spécifiques (0,13 M€).

Il s'agira également d'adapter le Nutri-Score à la vente en ligne et de favoriser son développement, mais également de favoriser l'émergence de bonnes pratiques en matière de nutrition dans les collectivités territoriales et dans les entreprises en mutualisant leurs expériences et en mettant à leur disposition des outils de formation au PNNS. Les travaux sur les impacts de la consommation d'aliments ultra transformés et le financement notamment de l'étude de cohorte NutriNet-Santé qui permet d'étudier les relations nutrition-santé ainsi que des débats citoyens organisés par le Conseil national de l'alimentation seront poursuivis ; des « nudges » seront aussi mis en œuvre pour orienter les consommations alimentaires (0,355 M€).

Le Codex Alimentarius a mis en place un comité dédié à la définition des procédures formelles et des bonnes pratiques de fonctionnement afin que les normes soient établies dans un cadre intergouvernemental inclusif et transparent : ce comité sur les principes généraux (CCGP) est présidé par la France. La 33ème session du CCGP se déroulera en 2022 et sera financée par trois ministères dont le ministère des solidarités et de la santé (0,03 M€).

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, l'EAT 3 portera sur des questions d'importance pour les tutelles comme le bio, les produits phytosanitaires ou les effets PE (0,07 M€).

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

Enfin, un bilan des dispositifs et des actions dans le champ de l'activité physique et de l'activité physique adaptée mis en place par les collectivités sera réalisé et les informations et les travaux de la SNSS seront diffusés par l'intermédiaire du réseau des élus en charge du sport. De même, une évaluation des capacités physiques des enfants sera lancée et l'évaluation des maisons sport-santé sera poursuivie par l'Observatoire national des activités physiques et de la sédentarité (ONAPS) en lien avec les collectivités locales (0,1 M€).

Environnement et santé (4,36 M€ en AE/CP) :

Ces crédits serviront à financer des actions :

- ▶ De différents plans et stratégies de santé publique dans le domaine de la santé-environnement :
 - le plan national santé environnement (PNSE 4) « Un environnement, une santé » (2021-2025) publié le 7 mai 2021. Il s'agira notamment, en lien étroit avec les ARS et la déclinaison locale des PRSE, de mieux connaître les impacts de l'environnement sur la santé, de mieux former et informer les professionnels et le public, de communiquer auprès des citoyens pour permettre à chacun d'évoluer dans un environnement favorable à sa santé et enfin de faire connaître et de valoriser les bonnes pratiques dans les territoires ;
 - le 4ème plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon dans l'habitat individuel et les établissements recevant du public ;
 - le plan d'action interministériel amiante ;
 - les plans nutrition-santé, santé-environnement et cancer en partenariat avec le réseau français des villes santé et l'OMS pour la promotion des mobilités actives (marche, vélo, etc.) ;
 - le plan chlordécone IV (2021-2027), compte tenu de l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population des Antilles à ce contaminant toxique pour la santé et persistant dans l'environnement ;
 - le plan eau DOM (PEDOM) ;
 - la 2^e stratégie nationale contre les perturbateurs endocriniens ;
 - la lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération présente un risque pour la santé et la surveillance de la qualité de l'air extérieur (Plan Air) ;
 - la participation française aux travaux de l'OMS sur santé environnement et au processus OMS-ONU santé environnement transport (processus EHTF et THE PEP).
- ▶ De prévention des risques à destination de publics particuliers :
 - liés au bruit notamment pour les jeunes ;
 - liés à la pratique du bronzage en cabine et à l'exposition aux UV naturels ;
 - liés à la lutte contre l'insalubrité et à la promotion d'un habitat favorable à la santé.
- ▶ Sur les expositions environnementales :
 - 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 ;
 - la campagne de communication sur les bons gestes en matière de téléphonie mobile ;

- Dans le domaine de la qualité des eaux (de consommation, thermales, de loisirs, etc.) :
- d'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 ;
 - de 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 ;
 - de mener 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 d'améliorer l'accès à l'eau sur l'ensemble du territoire français en particulier par l'application du Plan eau DOM (PEDOM).
- De 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) (22,55 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. Cette dotation tient compte des économies prévues sur les dépenses de fonctionnement de l'opérateur.

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

ACTION 0,8 %

16 – Veille et sécurité sanitaire

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 610 000	1 610 000	0
Crédits de paiement	0	1 610 000	1 610 000	0

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

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	1 110 000	1 110 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	500 000	500 000
Subventions pour charges de service public	610 000	610 000
Dépenses d'intervention	500 000	500 000
Transferts aux autres collectivités	500 000	500 000
Total	1 610 000	1 610 000

Organisation de la veille et des vigilances sanitaires (0,71 M€ en AE et CP)

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

Ce déploiement implique des dépenses en matière de système d'information qui sont retracées dans le cadre de l'action 11.

Prévention des risques infectieux émergents (0,3 M€ en AE et en CP)

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

Une réforme révisant la gouvernance des maladies vectorielles transmises par les moustiques a été menée, afin de regrouper cette compétence au niveau des ARS. Cette nouvelle mission est financée par l'intermédiaire du Fonds d'intervention régionale. Les crédits du programme permettent d'apporter un soutien financier aux actions de recherche à la lutte contre les moustiques vecteurs et de soutenir la formation à apporter aux acteurs de terrain.

Une partie des crédits dédiés à la prévention des risques infectieux émergents s'inscrit dans le plan national de lutte contre la maladie de Lyme et les maladies transmissibles par les tiques et vise à soutenir notamment des actions de recherche en la matière.

Préparation des crises sanitaires (0,3 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 partie du fonctionnement du centre national de formation civilo-militaire.

Gestion des alertes et des crises sanitaires (0,3 M€ AE et en CP)

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

Enfin, la DGS a été certifiée ISO9001 en 2015 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.

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	4 179 000	4 179 000	0
Crédits de paiement	0	4 179 000	4 179 000	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 2020 des règlements européens relatifs aux essais cliniques de médicaments et aux essais cliniques sur les dispositifs médicaux 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	4 179 000	4 179 000
Transferts aux autres collectivités	4 179 000	4 179 000
Total	4 179 000	4 179 000

Actions relatives à la politique des pratiques et des produits de santé (4,12 M€ en AE et en CP)

4,1 M€ seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP), dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bienfondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique. Le périmètre d'intervention de ces comités concerne l'ensemble des recherches impliquant la personne humaine. La loi n°2012-300 du 5 mai 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite Jardé, a ajouté les recherches interventionnelles au périmètre d'action des CPP initialement restreint aux recherches interventionnelles. L'action des CPP s'inscrit dans le cadre du code de la santé publique, ainsi que des règlements européens sur les dispositifs médicaux (DM), entrés en application le 26 mai 2021, les essais cliniques des médicaments et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DIV) qui entreront en application respectivement au début de l'année 2022 et en 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.

Ce financement prend également en compte la nécessité de renforcer le nombre de personnels permanents des CPP, pour porter à 1,5 ETP les effectifs des secrétariats par CPP.

0,01 M€ seront alloués pour le soutien à la Conférence nationale des comités de protection, Cette subvention a pour objet l'animation du réseau de la CNCP, colloque annuel ayant pour objectif la formation des membres des CPP.

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 relai des travaux du groupe d'appui sur les pratiques non conventionnelles auprès du public.

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.

0,004 M€ seront alloués à AFNOR (Association Française de Normalisation) pour le suivi de la politique en matière de normes "esthétiques".

Résistance aux antibiotiques et infections liées aux soins (0,06 M€ en AE et CP)

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

ACTION 0,0 %

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 26,3 %

19 – Modernisation de l'offre de soins

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

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

Pour ce faire, l'État doit veiller à ce que l'offre de soins soit accessible et dispensée dans des conditions optimales.

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

Cette action, qui finance notamment l'Agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna et le groupement d'intérêt public « Agence du Numérique en Santé » (ANS), lequel est essentiellement porté par des crédits inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), participe ainsi à la réalisation de ces divers objectifs.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

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

Conception des politiques d'offre de soins et actions de modernisation (3,35M€ 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 2022, figurent la préparation de l'organisation des élections professionnelles au sein de la fonction publique hospitalière, des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA), du développement pour l'exploitation de différents systèmes informatiques (SI) dans le domaine de l'offre de soins compte tenu de l'usage des outils numériques devenu aujourd'hui indispensable et incontournable (hôpital numérique (HOP'EN), télésanté, système d'information de gestion des internats en médecine, odontologie et pharmacie etc.).

Le financement du programme PHARE de performance des achats hospitaliers destiné à accompagner les groupements hospitaliers de territoire (GHT) est inscrit également sur le programme 204 pour un montant de 2,3 M€. Le programme PHARE appuie méthodologiquement la montée en puissance de la fonction achat des GHT.

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

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

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

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

L'Agence bénéficiera en 2022 d'une augmentation de 1,6 M€ de sa subvention afin de lui permettre d'assurer l'ensemble de ses missions en cohérence avec les orientations définies par la stratégie de santé pour les outre-mer. Cette dotation permettra également de couvrir ses dépenses de fonctionnement pour assurer pleinement ses missions d'offre et d'organisation des soins sur ce territoire. En fonction de l'évolution du contexte sanitaire lié à l'épidémie de covid-19 qui a fortement touché le territoire à partir de mars 2021, la suite des opérations prévues dans la programmation pluriannuelle d'investissement, dont les crédits d'un montant total de 45 M€ sont issus du plan de relance, pourront être initiées.

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

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

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

Il s'agit de crédits destinés à la gestion des tâches administratives et logistiques liées au processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire (validation des acquis de l'expérience et certification initiale).

Ils prennent également en charge l'information au public relative à la validation des acquis de l'expérience et des prestations d'hébergement, d'exploitation et de maintenance du système d'information de gestion de la délivrance des certifications professionnelles.

Il est précisé que 1 M€ en AE et CP relevant de ce dispositif est imputé en dépenses de personnel (titre 2).

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 2021		PLF 2022	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
ANSés - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)	22 553 046	22 553 046	22 553 046	22 553 046
Subventions pour charges de service public	22 553 046	22 553 046	22 553 046	22 553 046
INCa - Institut National du Cancer (P204)	45 517 959	45 517 959	40 817 959	40 817 959
Subventions pour charges de service public	40 517 959	40 517 959	40 817 959	40 817 959
Transferts	5 000 000	5 000 000	0	0
Total	68 071 005	68 071 005	63 371 005	63 371 005
Total des subventions pour charges de service public	63 071 005	63 071 005	63 371 005	63 371 005
Total des dotations en fonds propres	0	0	0	0
Total des transferts	5 000 000	5 000 000	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 2021				PLF 2022					
	ETPT rémunérés par d'autres programmes (1)	ETPT rémunérés par ce programme (1)	ETPT rémunérés par les opérateurs			ETPT rémunérés par d'autres programmes (1)	ETPT rémunérés par ce programme (1)	ETPT rémunérés par les opérateurs		
			sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés			dont apprentis	sous plafond	hors plafond
INCa - Institut National du Cancer			131	20			131	20		
Total			131	20			131	20		

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

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

	ETPT
Emplois sous plafond 2021	131
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2021	
Impact du schéma d'emplois 2022	
Solde des transferts T2/T3	
Solde des transferts internes	
Solde des mesures de périmètre	
Corrections techniques	
Abattements techniques	
Emplois sous plafond PLF 2022	131
Rappel du schéma d'emplois 2022 en ETP	

OPÉRATEURS

Avertissement

Le volet « Opérateurs » des projets annuels de performance évolue au PLF 2022. Ainsi, les États financiers des opérateurs (budget initial 2021 par destination pour tous les opérateurs, budget initial 2021 en comptabilité budgétaire pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire et budget initial 2021 en comptabilité générale pour les opérateurs non soumis à la comptabilité budgétaire) ne seront plus publiés dans le PAP mais le seront, sans commentaires, dans le « jaune opérateurs » et les fichiers plats correspondants en open data sur le site « data.gouv.fr ».

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 qui 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, 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 des solidarités et de la santé et par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

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 le dépistage, 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 et 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 coordonner la mise en œuvre d'une stratégie décennale de lutte contre les cancers, en coordination avec l'ensemble des acteurs.

L'ambition de cette stratégie 2021-2030 présentée le 4 février 2021 par le Président de la République 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.

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.

Le contrat d'objectifs et de performance (COP) de l'Institut National du Cancer est arrivé à échéance en 2020. Il sera renouvelé à compter de 2022. Durant l'attente, le précédent a été prorogé plusieurs fois pour rester applicable. Son contenu s'appuiera sur le bilan du précédent COP, sur les conclusions de la mission conjointe IGAS/IGESR d'évaluation du plan cancer 3 et sur les orientations stratégiques de la stratégie décennale. Le COP visera notamment à améliorer la qualité des organisations et dispositifs dits « socle » de l'Institut, tant sur les « métiers » que sur les « supports » pour gagner en efficacité.

Perspectives 2022

Les perspectives pour 2022 sont particulièrement ambitieuses et nécessiteront la continuation d'une mobilisation de moyens renforcés (qui a eu lieu en 2021 avec le lancement du nouveau plan cancer décennal, volet 2021-2025 : à ce titre, la subvention recherche était passée de 39 à 62 M€). En effet, pour cette deuxième année de mise en œuvre de la stratégie, il s'agira d'assurer le lancement de 65 nouvelles mesures qui viendront s'ajouter aux 78 lancées en 2021. Ainsi, plus de 60% des mesures de la stratégie décennale auront démarré à la fin de l'année 2022.

Le suivi de la stratégie sera assuré dans le cadre des instances de gouvernance suivantes :

- Un comité interministériel de pilotage stratégique;
- Un comité de pilotage opérationnel interministériel;
- Un comité de suivi national associant les acteurs de la lutte contre le cancer;
- Un reporting annuel de la mise en œuvre est prévu, sous la forme d'un rapport au président de la République, comme le faisaient les rapports annuels du Plan cancer 2014-2019;
- Des feuilles de route régionales seront élaborées par les agences régionales de santé (ARS) en 2022 visant à assurer la déclinaison opérationnelle de la stratégie dans les territoires.

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

(en milliers d'euros)

Programme intéressé Nature de la dépense	LFI 2021		PLF 2022	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	45 518	45 518	40 818	40 818
Subvention pour charges de service public	40 518	40 518	40 818	40 818
Dotations en fonds propres	0	0	0	0
Transfert	5 000	5 000	0	0
Total	45 518	45 518	40 818	40 818

En 2021, les financements de l'État représentent 90,2% des recettes, soit 106 M€. La subvention pour charges de service public (SCSP) versée par le ministère des solidarités et de la santé s'élève à 40,51M€ en LFI 2021.

En 2022, le montant de la SCSP est de 40,82 M€, les montants de transferts n'étant pas encore arrêtés à date.

Ce décalage entre l'élaboration du PLF et l'adoption du budget initial de l'établissement explique également les écarts en matière de transferts au titre de 2021 entre le tableau de financement de l'État et les tableaux de BI 2021.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	LFI 2021	PLF 2022
	(1)	
Emplois rémunérés par l'opérateur :	151	151
– sous plafond	131	131
– hors plafond	20	20
<i>dont contrats aidés</i>		
<i>dont apprentis</i>		
Autres emplois en fonction dans l'opérateur :		
– rémunérés par l'État par ce programme		
– rémunérés par l'État par d'autres programmes		
– rémunérés par d'autres collectivités ou organismes		

(1) LFI et LFR le cas échéant

Le schéma d'emplois de l'INCA est nul en 2022, le plafond d'emplois restant stable.

PROGRAMME 183

PROTECTION MALADIE

MINISTRE CONCERNÉ : OLIVIER VERAN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET ANNUEL DE PERFORMANCES

Franck Von Lennep

Directeur de la sécurité sociale

Responsable du programme n° 183 : Protection maladie

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

L'aide médicale de l'État (AME) « de droit commun » assure la prise en charge des frais de santé des personnes étrangères démunies ne pouvant accéder à la protection universelle maladie, car n'en remplissant pas les conditions de régularité du séjour. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité, avec un triple objectif humanitaire, sanitaire et de maîtrise des dépenses publiques. Elle protège ainsi les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs malgré leur situation de grande précarité. Elle joue en outre un rôle prépondérant 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 en charge 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'État 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'État 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'État 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	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	24	30	28	28	24	20

Précisions méthodologiques

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

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le délai d'instruction des demandes d'AME s'est allongé à 30 jours en 2020, en raison des mouvements sociaux intervenus à la fin de l'année 2019 et au début de l'année 2020. Cette situation se justifie également par la mise en place de la centralisation d'instruction des demandes d'AME, qui a entraîné des retards initiaux, puis par la mise en œuvre des plans de continuité d'activité pendant la crise sanitaire.

A compter de 2021, le délai d'instruction se réduit mais de façon progressive compte tenu de la mise en place du nouveau contrôle relatif au dépôt physique des primo-demandes d'AME. Le délai attendu pour l'année 2021 est de 28 jours et la cible est fixée à 24 jours pour l'année 2022 puis à 20 jours à horizon 2023.

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 second trimestre 2021 alors qu'il était de 36 jours au second trimestre 2020. Cet allongement du délai d'instruction des dossiers AME témoigne des difficultés liées à la gestion de la crise sanitaire, qui a été particulièrement marquée dans la région.

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	11,4	13	12	12	13	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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le dispositif de l'aide médicale de l'État (AME) est attribué sous triple condition d'identité, de résidence stable et en situation irrégulière depuis plus de trois mois en France et de ressources. 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 2020, le taux de dossiers contrôlés par les services de l'agent comptable s'établit à 13 %, soit 23 253 dossiers. Parmi eux, 312 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 1,34 % des dossiers contrôlés. Le nombre de dossiers contrôlés est resté stable mais le nombre total de dossiers instruits a diminué, ce qui explique l'augmentation du taux entre 2019 et 2020 et le dépassement de la cible fixée à 12 % en 2020.

Afin de fiabiliser et conforter les résultats obtenus en 2020, et prendre en compte les nouveaux contrôles relatifs à la vérification de la présence physique du demandeur lors de sa première demande d'AME, le taux de dossiers contrôlés en 2021 est maintenu à 12 %. La cible est fixée à 13 % pour l'année 2022 puis à 14 % pour l'année 2023.

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). L'indicateur 2.1 se concentre 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. Dans un objectif d'harmonisation avec l'indicateur de délai de présentation des offres 2.1, l'indicateur 2.2 se concentre désormais sur les délais de paiement des offres acceptées par les victimes des seules pathologies graves, le sous-indicateur relatif au délai de paiement des offres pour les pathologies bénignes étant supprimé. Par ailleurs, les délais de paiement sont assez peu sensibles au type de pathologies et les chiffres des deux anciens sous-indicateurs révélaient des résultats extrêmement proches.

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	77	68	75	75	80	80

Précisions méthodologiquesSource des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais moyens des offres d'indemnisation en mois.

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Si le délai légal de 6 mois porte sur l'ensemble des dossiers, le présent indicateur se concentre sur les victimes de pathologies lourdes, en cohérence avec la priorité fixée dans les contrats d'objectifs et de performance successifs.

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au Fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec un taux de respect du délai passé de 64 % en 2013 à 77 % en 2019. L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire où cet indicateur est retombé à 68%. La situation sanitaire, notamment les périodes de confinement, a fortement perturbé l'enregistrement des formulaires d'indemnisation et la production des offres. Si le déploiement du télétravail a permis au FIVA d'assurer la continuité de sa mission de réparation intégrale des préjudices subis par les victimes de l'amiante, il n'a pu conserver le niveau de productivité des années précédentes, une partie du processus indemnisation nécessitant la présence sur site.

En 2021, le délai légal continue d'être très majoritairement respecté puisque le délai de décision pour les pathologies graves s'est amélioré à 5 mois en moyenne sur les huit premiers mois de l'année (contre 5 mois et 2 semaines en 2020), et cela malgré le contexte sanitaire qui demeure une contrainte pour l'activité du FIVA en 2021. La prévision de réalisation de cet indicateur pour 2021, soit 75%, est donc maintenue par rapport à la précédente prévision compte tenu de l'amélioration des délais constatée.

Toutefois, plusieurs facteurs exogènes contribuent à limiter l'amélioration à long terme de cet indicateur, au-delà de la complexité médicale ou administrative que présentent, par construction, certaines demandes de victimes de pathologies lourdes :

- les délais de traitement du groupe d'experts Mésopath pour les mésothéliomes non reconnus en maladie professionnelle (MP) ;
- les délais inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, lorsque cela est nécessaire, le FIVA réalise d'abord une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux, l'incapacité fonctionnelle étant indemnisée dans un second temps, par une offre complémentaire, après réception de la reconnaissance en maladie professionnelle de l'OSS et de la notification d'attribution de rente. Hors offres complémentaires, la proportion des décisions présentées dans le délai légal a atteint 87 % au cours du premier semestre 2021. Ainsi, sans ce facteur exogène, la cible aurait été atteinte.

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2019 Réalisation	2020 Réalisation	2021 Prévision PAP 2021	2021 Prévision actualisée	2022 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	96	93	90	95	95	95

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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec des taux de respect des délais qui sont passés de 81 % en 2013 à 96 % en 2019. En 2020, compte tenu du contexte sanitaire lié au Covid, le taux s'est peu dégradé pour s'établir à 93 % grâce à l'évolution du logiciel métier SICOF et la mise en place d'un processus entièrement numérique de prise en charge des quittances.

En 2021, le délai réglementaire continue d'être respecté avec un délai moyen pour les victimes de trois semaines au cours des huit premiers mois de l'année. La prévision de réalisation de l'indicateur est estimée à 95 %, dépassant la prévision initiale.

Au-delà, il demeure toujours un aléa correspondant aux cas où l'absence de pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable requiert des relances pouvant entraîner le non-respect du délai réglementaire.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2022 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2022 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus en 2022
02 – Aide médicale de l'État	1 079 000 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 087 000 000	0

2022 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus en 2022
02 – Aide médicale de l'État	1 079 000 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 087 000 000	0

Protection maladie

Programme n° 183 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2021 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2021 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP prévus en 2021
02 – Aide médicale de l'État	1 056 890 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 064 890 000	0

2021 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP prévus en 2021
02 – Aide médicale de l'État	1 056 890 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 064 890 000	0

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre ou catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2021	Demandées pour 2022	FdC et AdP attendus en 2022	Ouverts en LFI pour 2021	Demandés pour 2022	FdC et AdP attendus en 2022
Titre 6 – Dépenses d'intervention	1 064 890 000	1 087 000 000	0	1 064 890 000	1 087 000 000	0
Transferts aux ménages	1 064 890 000	1 087 000 000	0	1 064 890 000	1 087 000 000	0
Total	1 064 890 000	1 087 000 000	0	1 064 890 000	1 087 000 000	0

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 2022 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2022. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2022 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 2022, le montant pris en compte dans le total 2022 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2021 ou 2020); 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 2020	Chiffrage 2021	Chiffrage 2022
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 2020 : (nombre non déterminé) Menages - 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>	482	494	500
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2020 : 17023 Menages - 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>	5	7	7
520401	Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie Mutations à titre gratuit <i>Bénéficiaires 2020 : (nombre non déterminé) Menages - 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		487	501	507

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'État	0	1 079 000 000	1 079 000 000	0	1 079 000 000	1 079 000 000
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	1 087 000 000	1 087 000 000	0	1 087 000 000	1 087 000 000

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

TRANSFERTS EN CRÉDITS

	Prog Source / Cible	T2 Hors Cas pensions	T2 CAS pensions	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Transferts entrants								
Transferts sortants					-500 000	-500 000	-500 000	-500 000
Transfert du financement de la prise en charge des EVASAN du Vanuatu	► 151				-500 000	-500 000	-500 000	-500 000

MESURES DE PÉRIMÈTRE

Le ministère des solidarités et de la santé (MSS) délègue jusqu'à présent au ministère des affaires étrangères et de l'Europe (MEAE) les crédits selon le montant demandé pour le paiement des soins des personnes évacuées du Vanuatu vers un hôpital de Nouvelle-Calédonie. Dans la mesure où le MSS ne se prononce à aucun moment sur l'opportunité des transferts et n'est pas consulté quant à leur faisabilité financière, ce dispositif a été transféré au MEAE qui gèrera désormais directement l'enveloppe financière associée.

Protection maladie

Programme n° 183 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

DÉPENSES PLURIANNUELLES

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2021

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2020 (RAP 2020)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2020 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2020	AE (LFI +LFRs) 2021 + reports 2020 vers 2021 + prévision de FdC et AdP	CP (LFI +LFRs) 2021 +reports 2020 vers 2021 + prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2021
0	0	1 057 991 477	1 057 991 477	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2022	CP 2023	CP 2024	CP au-delà de 2024
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2021	CP demandés sur AE antérieures à 2022 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2023 sur AE antérieures à 2022	Estimation des CP 2024 sur AE antérieures à 2022	Estimation des CP au-delà de 2024 sur AE antérieures à 2022
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2022 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2022 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2023 sur AE nouvelles en 2022	Estimation des CP 2024 sur AE nouvelles en 2022	Estimation des CP au-delà de 2024 sur AE nouvelles en 2022
1 087 000 000 0	1 087 000 000 0	0	0	0
Totaux	1 087 000 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2022

CP 2022 demandés sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022	CP 2023 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022	CP 2024 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022	CP au-delà de 2024 sur AE nouvelles en 2022 / AE 2022
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION 99,3 %**02 – Aide médicale de l'État**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 079 000 000	1 079 000 000	0
Crédits de paiement	0	1 079 000 000	1 079 000 000	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 que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en facilitant la prise en charge des soins en amont et en évitant ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2021, ce dispositif représente 93 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par le régime général l'assurance maladie ;
- En second lieu, la prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'État de santé (art. L. 254-1 du CASF). Ils sont dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, faute notamment de remplir la condition de séjour irrégulier de 3 mois en France, et aux demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la protection universelle maladie. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État ;
- En troisième lieu, d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
 - l'AME dite « humanitaire » (4^e alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) recouvre les prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas sur le territoire, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale. Cette AME « humanitaire » n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Elle permet à des Français ou ressortissants étrangers présents sur le territoire, possédant de faibles revenus, de régler une dette hospitalière. Ce dispositif représente chaque année moins d'une centaine de prises en charge.
 - l'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5^{ème} alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n°2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la pris en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale. Est également financée l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé).

Ces deux derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux directions départementales chargées de la cohésion sociale, pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels et établissements de santé.

Le financement de la prise en charge des évacuations sanitaires du Vanuatu a été transféré au Ministère chargé 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 en charge de la valorisation des séjours et séances dispensés dans les établissements publics hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique et établit les statistiques nationales afférentes ;
- les établissements et professionnels de santé, les officines, les laboratoires, les transports sanitaires... : ils dispensent les soins aux bénéficiaires des dispositifs et facturent les frais aux caisses d'assurance maladie ;
- les services sanitaires et sociaux départementaux, les centres communaux d'action sociale, les associations : ils peuvent accompagner les demandeurs dans la constitution de leur dossier et le transmettre aux caisses d'assurance maladie pour le renouvellement des demandes d'AME.

Concernant les autres dispositifs :

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

Bénéficiaires et dépenses de l'AME de droit commun

Les bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élèvent à 382 899 au 31 décembre 2020, dont 43 154 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune : 70% ont moins de 40 ans, parmi lesquels 24 % sont des mineurs. Les femmes représentent 46 % de l'effectif total. Les consommateurs, c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires qui ont bénéficié d'au moins un remboursement au cours d'un trimestre donné, représentent 249 226 personnes au 31 décembre 2020.

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, etc.).

L'AME permet la prise en charge en tiers payant des frais de santé de ces personnes démunies et vulnérables, en vertu du devoir de solidarité nationale de l'État envers les personnes les plus précaires et dans l'intérêt de la santé publique en évitant la propagation des pathologies. Sont ainsi soignées à l'hôpital des pathologies relevant de l'hépatogastro entérologie, pneumologie, neurologie médicale, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2018, l'obstétrique représentait 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux consultations, 54 % concernent la dialyse, 28 % la chimiothérapie et 16 % 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 32 % des dépenses en 2020, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 39 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 37 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 65 % de la dépense : la CPAM de Paris concentre 20 % de la dépense d'AME totale (France entière), les autres caisses d'Île-de-France représentent 30 % de la dépense totale, celle de Cayenne 8 % et celle de Marseille 6 %.

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

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

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 : 7 711 séjours et 2 621 séances étaient

prises en charge en 2018 dans 258 établissements publics de santé (hors Mayotte). Près des deux tiers des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans. Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 28 % en pneumologie et hépato-gastro-entérologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 43 % des séjours et trois quarts du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2018).

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)	<p>Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) :</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à :
2014 (coefficient ramené à 15%)		- 2012 : 82 M€ en année pleine
2015 (coefficient annulé)		- 2013 : 92 M€
		- 2014 : 123 M€
		- 2015 : 165 M€
		- 2016 : 178 M€
		- 2017 : 187 M€
		- 2018 : 191 M€
2015	Médicaments : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge	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 passe de 10 % à 12 % en cible. 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 atypiques, afin de détecter des recours aux soins abusifs ou des utilisations frauduleuses de la carte Vitale ou AME. Des contrôles sont effectués en parallèle auprès des professionnels de santé pour déceler les fraudes lors des prescriptions ou facturations. Ces contrôles concernent l'ensemble des assurés dont les bénéficiaires de l'AME. À ce jour, il en découle des résultats globaux sans identification de la catégorie de droit des personnes contrôlées.

Un programme national de contrôle rénové est mis en œuvre depuis juin 2019 afin de vérifier la stabilité de la résidence des assurés et bénéficiaires de l'AME, sur la base de requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, d'échanges avec les consulats, de l'exploitation des signalements d'organismes externes (CAF, Pôle Emploi, DGFIP, consulats) et internes (via le Centre national des soins à l'étranger), afin de vérifier que les bénéficiaires résident irrégulièrement en France depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits, puis au moins six mois pendant l'année de versement des prestations.

Dans ce contexte, en 2020, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 0.5 M€ contre 3.2 M€ en 2019 (le résultat de 2019 s'expliquait principalement par un dossier de fraude ayant concerné 208 assurés pour un montant de plus de 2,4 M€).

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.

Par ailleurs, le service du contrôle médical de l'assurance maladie pourra 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 1er janvier 2020, les droits à l'assurance maladie sont maintenus sur une période de six mois après l'expiration des titres de séjour et attestations de demande d'asile des assurés, au lieu de douze mois auparavant. Les personnes qui demeurent sur le territoire au-delà de ces 6 mois deviennent donc potentiellement éligibles à l'AME. En outre, les demandeurs d'asile sont désormais soumis à un délai de carence de trois mois pour l'accès à la prise en charge de leurs frais de santé, à l'instar du délai applicable aux personnes résidant en France depuis moins de trois mois et qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Durant ce délai, les demandeurs d'asile peuvent le cas échéant voir leur frais de santé pris en charge dans le cadre des soins urgents.

Mesures exceptionnelles prises dans le cadre de la crise sanitaire

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

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

Les modalités de dépôt des primo-demandes d'AME ont été aménagées compte tenu de la fermeture des accueils des CPAM et des mesures de limitation des déplacements prises pour endiguer la propagation de la Covid-19. L'obligation de dépôt physique des primo-demandes en CPAM a été suspendue lors du premier État d'urgence sanitaire par l'article 1er de l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux. Cette suspension a été reconduite et prolongée jusqu'au 1er juin 2021. En Guyane, cette dérogation a pu être appliquée jusqu'au 30 septembre 2021 compte tenu de la prorogation de l'État d'urgence sanitaire dans ce territoire.

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

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

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 079 000 000	1 079 000 000
Transferts aux ménages	1 079 000 000	1 079 000 000
Total	1 079 000 000	1 079 000 000

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

Pour 2022, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 079 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 008 M€

Pour 2022, le montant des dépenses d'AME de droit commun est de 1 008 M€. Il intègre l'impact en année pleine de la mesure de réduction du maintien de droit de l'assurance maladie d'un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré, ainsi qu'une évolution spontanée de la dépense qui correspond à l'évolution tendancielle observée avant 2020 - notamment sur les prestations hospitalières - en ligne avec le dynamisme observé par le passé, l'effet des mesures prises en matière de lutte contre la fraude et la hausse des tarifs qui découle du Ségur de la Santé : +7,5 % en moyenne pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratif et +6,4 % pour les cliniques privées à but lucratif.

2. Soins urgents : 70 M€

La dotation dédiée aux soins urgents est ajustée à hauteur de 70 M€ en 2022. Elle demeure donc forfaitaire mais est relevée de l'effet de la mesure instaurant un délai de carence pour l'accès à la protection universelle maladie des demandeurs d'asile.

Cette dotation représente le deuxième poste de dépenses de l'action. Pour rappel, avant l'introduction de ces nouvelles mesures, cette participation forfaitaire de l'État couvrait 60 % de la dépense de soins à la charge de la CNAM en 2019 (66,4 M€), contre 57 % en 2018 (65,1 M€). Des effets sur la dépense sont attendus des actions mises en œuvre en termes de contrôles, décrites ci-dessus, ainsi que de la baisse prévue du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire.

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.

Le montant des crédits prévus pour 2022 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME s'élève à 1M€, compte tenu du transfert à hauteur de 500 000€ du financement de la prise en charge des évacués sanitaires du Vanuatu vers la Nouvelle-Calédonie.

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 dérogatoire au droit commun, posant le principe de l'immunité civile de l'employeur, par un régime de responsabilité sans faute. La réparation dite forfaitaire n'assure donc pas la réparation de tous les préjudices.

Les études scientifiques et notamment le rapport de l'INSERM de 1996 ont mis en évidence la nocivité de l'amiante et l'ampleur de la catastrophe sanitaire liée à son utilisation massive. C'est dans ce contexte que l'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1er janvier 1997 et qu'a été créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), 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 apparaît-il 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, 248 653 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de 6,2 Md€ (chiffres arrêtés au 31 décembre 2019).

Ressources du FIVA

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense [1]. En 2019, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 260 M€, avec un montant de charges de 351,3 M€, conduisant à un résultat annuel de 9,8 M€ et à un fonds de roulement de 94,9 M€. La dotation de l'État en loi de finances initiale est stable entre 2020 et 2021 (8 M€).

Gouvernance et pilotage stratégique

Le rôle dévolu au conseil est majeur en matière de politique d'indemnisation. Les décisions d'indemnisation peuvent en effet faire l'objet de contestation devant les cours d'appel et les montants fixés sont mis à la charge du FIVA.

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de vingt-deux membres, outre le président – magistrat – siègent 5 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, quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds.

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

[1] Les montants versés par l'État à ce titre varient en fonction du nombre de dossiers et du nombre d'actions subrogatoires, qui aboutissent en général au stade de la phase amiable, engagées par le FIVA envers les ministères concernés. En 2019, ces recettes ont représenté 5,9 M€ (dont 61% versés par la fonction publique d'État).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

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

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2018 à 2022 :

En millions d'euros	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)
Charges	361,6	351,3	310,0	333,5	369,6
Dépenses d'indemnisation	301,1	300,3	233,9	275,0	310,0
Provisions	52,2	40,8	67,1	49,0	49,0
Charges exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres charges	8,3	10,2	9,0	9,50	10,59
Produits	365,7	361,1	350,6	311,5	307,9
Dotation branche AT/MP	270,0	260,0	260,0	220,0	220,0
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,8	7,7	7,7	7,7
Reprise sur provisions	49,8	56,1	59,3	54,0	49,0
Autres	38,2	37,2	23,7	29,8	31,2
Résultat	4,1	9,8	40,7	-22,00	-61,69
Investissement	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4
Variation de fonds de roulement	6,3	0,0	48	-27,3	-62,09
Fonds de roulement	100,9	94,9	142,9	115,55	53,41

Les dépenses totales du FIVA ont enregistré, en 2020, une importante contraction, de l'ordre de 12 %, conséquence d'un exercice comptable durablement marqué par les effets de la crise sanitaire née de la propagation du virus de la COVID-19. Les charges du FIVA pour 2020 s'établissent ainsi à 310 M€ à la clôture, dont 233,9 M€ au titre des dépenses d'indemnisation. Le résultat comptable 2020 est excédentaire de 40,7 M€.

En 2021, avec une baisse de 40 M€ des subventions allouées par rapport à l'exercice précédent, le total des recettes encaissées par le FIVA devrait enregistrer une baisse globale de 11,2 % malgré une amélioration du niveau de ressources propres (+6,1M€) résultants des recours subrogatoires sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur. Compte tenu des prévisions actualisées de dépenses et du résultat cumulé attendu fin 2021, le fonds de roulement (FDR) enregistrerait une baisse par rapport à l'exercice 2020, se stabilisant à 115,5 M€, soit un niveau supérieur à 5 mois de dépenses d'indemnisation.

En 2022, l'augmentation anticipée de la dépense d'indemnisation couplée à une hausse espérée des recettes tirées du contentieux subrogatoire du fait de la sortie de crise sanitaire devraient permettre de renouer avec un FDR prudentiel plus en phase avec la réalité des besoins de l'établissement.

Aussi, pour garantir au FIVA de disposer d'un FDR suffisant, le montant de la dotation de la branche AT-MP serait maintenue à 220 M€, sous réserve du vote de la dotation en PLFSS. Ce niveau conduirait à un fonds de roulement d'un montant de 53,41 M€, soit un total de 2,07 mois de dépenses d'indemnisation.

Les reprises sur provisions atteindraient 54 M€ en 2021 et 49 M€ en 2022.

Évolution des dépenses

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

- Un retour de la demande globale à un niveau comparable à celui de 2019, mais un déficit du nombre des nouveaux dossiers en son sein :

Au cours du premier semestre, les demandes enregistrées et les décisions notifiées sont revenues à un niveau similaire à 2019. Le stock de formulaires non encore saisi dans le système constitué en 2020 a été résorbé. En conséquence, les dépenses d'indemnisation sont orientées à la hausse par rapport à 2020 et sont plus proches de celles de 2019 : au terme du premier semestre, 123 M€ en 2021 contre 76,1 M€ en 2020 et 123,5 M€ en 2019 (à fin juillet 2021, le déficit s'est toutefois accru par rapport à 2019 soit 139,8 M€ contre 150,1 M€ il y a 2 ans).

S'agissant du poids relatif des demandes des seules victimes (cumulant les premières demandes, les demandes pour aggravation et les demandes supplémentaires) au sein de la demande globale, s'il était stable entre 2018 et 2019 (environ 38 %), il oscille entre 35 et 36 % sur le premier semestre 2021 (l'année 2020, atypique, avait vu cette proportion diminuer jusqu'à 34%).

Sur le premier semestre 2021, le FIVA a enregistré 10 087 demandes. Pour l'année entière, ce sont 19 800 demandes qui pourraient être enregistrées. Elles se répartiraient entre 6 800 unités relatives aux victimes et 13 000 aux ayants droit.

Pour 2022, il est prévu un rythme de 1 700 demandes enregistrées en moyenne par mois, soit une demande globale estimée à 20 400 unités, répartie entre 7 200 demandes émanant de victimes et 13 200 émanant des ayants droit. Cette répartition entre victimes et ayants droit tient compte de la diminution tendancielle de la part des demandes de victimes, observée depuis plusieurs années. L'atteinte d'un tel niveau de la demande globale enregistrée (supérieur à 20 000 unités), sera conditionnée par un retour à la normal sur le front de la pandémie. Il sera aussi le fruit de la mise en œuvre des axes du COP en matière d'accès au droit, en particulier l'élargissement puis la généralisation prévus dans le cadre de l'expérimentation CPAM RED.

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

En 2019, pour la première fois depuis la création du FIVA, les victimes atteintes de pathologies graves ont été majoritaires (51%) au sein de l'ensemble des nouveaux dossiers. Cette hausse s'est poursuivie en 2020 avec une part s'élevant à 53% puis au premier semestre 2021, à 56%.

Si cette progression tend à majorer le coût unitaire des demandes, elle est contrebalancée par la hausse de l'âge au certificat médical initial (CMI) et le poids accru des demandes relatives à des préjudices dits « supplémentaires » (tierce personne, frais funéraires, frais de déplacements, etc.) qui ont un effet contraire sur le coût moyen. C'est la mise en œuvre du formulaire ayants droit en 2018 qui explique la multiplication de ce type de demandes.

De ces deux effets cumulés découle un exercice de prévision qui intègre une stabilité du coût moyen, fixé à 36 000 € pour les victimes et à 9 200€ pour les ayants droit en 2021 et 2022.

- Un taux de rejet qui se stabilise par rapport à 2020 :

Le taux de rejet observé en 2020 est de 16,3%, soit en hausse de 2,4 points par rapport à l'année 2019 (13,9%). Au cours du premier semestre 2021, le taux de rejet est stable par rapport à 2020 et s'établit à 15,7%. En conséquence, l'hypothèse de taux de rejet est maintenue à 16% pour les années 2021 et 2022.

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

- **Pour 2021, à 275 M€, dans une fourchette comprise entre 248 et 303 M€ (soit un écart de plus ou moins 10% maximum conformément à l'action 3.4 du COP 2020-2022)**
- **Pour 2022, à 310 M€, dans une fourchette comprise entre 279 et 341 M€ (plus ou moins 10%)**

La prévision 2021 est confirmée par l'utilisation du modèle à court terme qui repose sur les niveaux de production récemment observés et les montants des offres afférentes.

Aux dépenses d'indemnisations s'ajoutent les dotations aux provisions (49 M€ en 2021 et 2022), des dépenses de gestion administrative demeurant maîtrisées mais en légère augmentation d'une année sur l'autre (9,5 M€ en 2021 et 10,6 M€ en 2022) du fait du report de certains projets en lien avec la crise, ainsi que diverses autres charges de gestion, quasi nulles sur les deux exercices considérés.

Le montant total des charges de l'établissement est ainsi prévu à 333,5 M€ pour 2021 et 369,6 M€ pour 2022.