

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

2021

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 2021 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 2021 et afin de permettre une analyse des écarts avec la loi de finances pour 2020, il a été décidé de retraiter, lorsque cela était pertinent, les données de la loi de finances pour 2020 dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2021.

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 2021 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.

TABLE DES MATIÈRES

Mission	
SANTÉ	7
Présentation stratégique de la mission	8
Récapitulation des crédits et des emplois	12
Programme 204	
PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS	15
Présentation stratégique du projet annuel de performances	16
Objectifs et indicateurs de performance	19
1 – Améliorer l'État de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	19
2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires	22
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	24
Justification au premier euro	29
<i>Éléments transversaux au programme</i>	29
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	31
<i>Justification par action</i>	32
11 – Pilotage de la politique de santé publique	32
12 – Santé des populations	37
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	39
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	44
16 – Veille et sécurité sanitaire	46
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	48
18 – Projets régionaux de santé	49
19 – Modernisation de l'offre de soins	50
<i>Synthèse des opérateurs du programme</i>	53
Opérateurs	55
Programme 183	
PROTECTION MALADIE	57
Présentation stratégique du projet annuel de performances	58
Objectifs et indicateurs de performance	59
1 – Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'État dans des conditions appropriées de délais et de contrôles	59
2 – Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA	60
Présentation des crédits et des dépenses fiscales	63
Justification au premier euro	67
<i>Éléments transversaux au programme</i>	67
<i>Dépenses pluriannuelles</i>	68
<i>Justification par action</i>	69
02 – Aide médicale de l'État	69
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	75

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE DE LA MISSION

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

Le Gouvernement élabore et conduit une politique globale de santé qui vise à développer une politique accrue de prévention, à assurer la sécurité sanitaire et à organiser une offre de soins de qualité adaptée pour nos concitoyens et dans tous les territoires.

Si les résultats obtenus par la France en matière d'espérance de vie la placent dans le peloton de tête des pays membres de l'OCDE, ils masquent cependant d'importantes disparités tant sociales que territoriales, ainsi qu'une espérance de vie sans incapacité et une mortalité prématurée évitable encore perfectibles. Notre système de santé doit aussi faire face aux mutations que représentent l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population, l'évolution des attentes des patients et les progrès scientifiques. Pour préserver à long terme l'un des systèmes de santé les plus efficaces aujourd'hui, 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. Les réflexions en cours dans le cadre de l'axe Prévention du « Ségur de la santé » poursuivent cet engagement.

La stratégie nationale de santé a été définie fin décembre 2017 dans le cadre d'un travail interministériel puis validée en comité interministériel pour la santé et ce, après une large concertation des citoyens et des associations. Dans le cadre de cette stratégie quinquennale (2018-2022), 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.

La SNS, qui met un accent sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, a vocation à être déclinée aux échelons national, régional et territorial.

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, qui porte la protection maladie, sous la responsabilité de Monsieur Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale.

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 fût le cas avec l'arrivée de la Covid-19 en 2020.

Trois objectifs figurent dans ce programme : prévenir le développement de pathologies le plus tôt 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.

La prévention et l'éducation pour la santé sont ainsi 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 leur concours à la réalisation des objectifs de santé publique. A ce titre, le programme 204 verse à deux d'entre elles une subvention pour charges de service public (INCa et ANSES).

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 le plus défavorisés.

Le programme 183 finance également le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Pour mesurer les efforts accomplis par les organismes gestionnaires, les objectifs et indicateurs de performance sont axés sur l'amélioration des délais d'instruction permettant d'accéder aux droits, ainsi que sur les mesures de contrôle.

■ PRINCIPALES RÉFORMES

Dans le contexte connu à ce jour de la gestion de la Covid-19, les dispositifs relevant de la mission « Santé » seront maintenus en 2021, avec un effort soutenu sur l'ensemble des actions demandant aux acteurs d'approfondir l'efficacité de leurs pratiques et la performance de leurs activités.

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

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

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

L'exercice 2020 a été fortement marqué par la gestion de la crise de la COVID-19 et il est probable que celle-ci sera également en 2021 au cœur des sujets de préoccupation en matière de sécurité sanitaire.

En 2020, la réflexion a été poursuivie 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 des finances publiques pour le quinquennal 2018-2022. Les réflexions et pistes de mutualisation de ces fonctions sont à poursuivre dans le cadre de la programmation pluriannuelle des dépenses.

S'agissant de la protection maladie (P183)

En 2020, le Gouvernement a mis en place des mesures pour accentuer les efforts sur la gestion des dispositifs, la régulation des dépenses associées et renforcer les contrôles dans le cadre de programmes d'actions ambitieux.

Ainsi les projets de centralisation de l'instruction des demandes d'AME et de traitement des factures de « soins urgents » permettront de renforcer l'efficacité de la gestion des dispositifs.

Afin de mieux garantir l'accès aux droits pour ceux qui en ont besoin, les actions de lutte contre les abus et les détournements ont également été renforcées, notamment via l'obligation de déposer une primo-demande d'AME en personne à la CPAM, la détection des dissimulations de visas grâce à l'outil VISABIO qui permet de vérifier si les demandeurs ne disposent pas de visas (et ne seraient donc pas éligibles à l'AME car en situation régulière), l'application d'un délai d'ancienneté à l'AME de neuf mois pour la délivrance de certaines prestations programmées ou la nécessité d'un accord préalable du service du contrôle médical de la CPAM pour les cas ne pouvant attendre ce délai.

L'année 2021 sera consacrée à la pleine mise en œuvre et au suivi de ces mesures.

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

Ce dispositif est une enquête en face à face portant sur les revenus (de l'année civile précédant la collecte), la situation financière et les conditions de vie des ménages.

Elle intègre également depuis 2008 des estimations de revenus financiers générés par des produits exonérés d'impôt ou soumis à prélèvement libératoire. Elle sert de référence pour les comparaisons de taux de pauvreté et de distributions des revenus entre États membres de l'Union Européenne et pour les actions communautaires de lutte contre l'exclusion. Les données sont collectées annuellement au moyen d'une enquête en panel.

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	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
État de santé perçue - répartition par genre et par classe d'âge	%	77,5					

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=hith_silc_01&lang=fr

Le mode de calcul de l'indicateur :

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

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

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

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

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

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

Indicateur 1.2 : Espérance de vie

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Espérance de vie en bonne santé à la naissance							
1. Hommes	année	79,4	Non connu	Non déterminé	Non déterminé		
2. Femmes	année	85,3	Non connu	Non déterminé	Non déterminé		
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans							
1. Hommes	année	63,4	Non connu	Non déterminé	Non déterminé		
2. Femmes	année	64,5	Non connu	Non déterminé	Non déterminé		

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

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

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS ET DES EMPLOIS

IMPACT DES LOIS DE FINANCES RECTIFICATIVES

Programme ou type de dépense	2020				2021	
	AE CP	PLF	LFI	LFR	LFI + LFR	PLF
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins		197 841 993 201 141 993	197 624 173 200 924 173	5 000 000 5 000 000	202 624 173 205 924 173	254 946 603 260 246 603
Dépenses de personnel (Titre 2)		1 442 239 1 442 239	1 442 239 1 442 239		1 442 239 1 442 239	1 442 239 1 442 239
Autres dépenses (Hors titre 2)		196 399 754 199 699 754	196 181 934 199 481 934	5 000 000 5 000 000	201 181 934 204 481 934	253 504 364 258 804 364
183 – Protection maladie		942 390 779 942 390 779	927 350 938 927 350 938		927 350 938 927 350 938	1 069 000 000 1 069 000 000
Autres dépenses (Hors titre 2)		942 390 779 942 390 779	927 350 938 927 350 938		927 350 938 927 350 938	1 069 000 000 1 069 000 000

RÉCAPITULATION DES EMPLOIS PAR PROGRAMME

Numéro et intitulé du programme	LFI 2020					PLF 2021				
	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			134	15	149			131	20	151
183 – Protection maladie										
Total			134	15	149			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 2020	Demandées pour 2021	Variation 2021 / 2020 en %	Ouverts en LFI pour 2020	Demandés pour 2021	Variation 2021 / 2020 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	197 624 173	254 946 603	+29,01	200 924 173	260 246 603	+29,52
11 – Pilotage de la politique de santé publique	63 721 687	72 121 794	+13,18	63 721 687	74 121 794	+16,32
12 – Santé des populations	1 010 000	1 230 000	+21,78	1 010 000	1 230 000	+21,78
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	51 624 644	50 648 959	-1,89	53 624 644	52 648 959	-1,82
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	25 485 038	26 163 046	+2,66	25 485 038	26 163 046	+2,66
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	49 993 804	98 993 804	+98,01	51 293 804	100 293 804	+95,53
183 – Protection maladie	927 350 938	1 069 000 000	+15,27	927 350 938	1 069 000 000	+15,27
02 – Aide médicale de l'État	919 350 938	1 061 000 000	+15,41	919 350 938	1 061 000 000	+15,41
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	1 124 975 111	1 323 946 603	+17,69	1 128 275 111	1 329 246 603	+17,81

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 2020	Demandées pour 2021	Variation 2021 / 2020 en %	Ouverts en LFI pour 2020	Demandés pour 2021	Variation 2021 / 2020 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	197 624 173	254 946 603	+29,01	200 924 173	260 246 603	+29,52
Titre 2 - Dépenses de personnel	1 442 239	1 442 239	0,00	1 442 239	1 442 239	0,00
Autres dépenses :	196 181 934	253 504 364	+29,22	199 481 934	258 804 364	+29,74
<i>Titre 3 - Dépenses de fonctionnement</i>	<i>86 373 644</i>	<i>96 735 967</i>	<i>+12,00</i>	<i>86 373 644</i>	<i>96 735 967</i>	<i>+12,00</i>
<i>Titre 6 - Dépenses d'intervention</i>	<i>109 808 290</i>	<i>156 768 397</i>	<i>+42,77</i>	<i>113 108 290</i>	<i>162 068 397</i>	<i>+43,29</i>
183 – Protection maladie	927 350 938	1 069 000 000	+15,27	927 350 938	1 069 000 000	+15,27
<i>Titre 6 - Dépenses d'intervention</i>	<i>927 350 938</i>	<i>1 069 000 000</i>	<i>+15,27</i>	<i>927 350 938</i>	<i>1 069 000 000</i>	<i>+15,27</i>
Total pour la mission	1 124 975 111	1 323 946 603	+17,69	1 128 275 111	1 329 246 603	+17,81
dont :						
Titre 2 - Dépenses de personnel	1 442 239	1 442 239	0,00	1 442 239	1 442 239	0,00
Autres dépenses :	1 123 532 872	1 322 504 364	+17,71	1 126 832 872	1 327 804 364	+17,84
<i>Titre 3 - Dépenses de fonctionnement</i>	<i>86 373 644</i>	<i>96 735 967</i>	<i>+12,00</i>	<i>86 373 644</i>	<i>96 735 967</i>	<i>+12,00</i>
<i>Titre 6 - Dépenses d'intervention</i>	<i>1 037 159 228</i>	<i>1 225 768 397</i>	<i>+18,19</i>	<i>1 040 459 228</i>	<i>1 231 068 397</i>	<i>+18,32</i>

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 2021 en termes de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins est en pleine cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) définie le 31 décembre 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'actions envisageables. L'ensemble de ces objectifs vise 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, en fonction des âges de la vie, et populationnelle, mais aussi dans son approche transversale des actions de prévention pour leur financement et la mobilisation des moyens nécessaires à leur mise en œuvre qui relèvent de multiples financeurs (Assurance maladie, ministères, agences sanitaires, agences régionales de santé).

Le PNSP 2020 qui devait être dévoilé en mars 2020 à l'occasion d'un Comité interministériel pour la santé n'a pas vu le jour en raison de l'impact de la gestion de la Covid-19. Une priorité devait être donnée aux enjeux de santé environnement en lien avec le Plan national santé-environnement (PNSE) n°4 ainsi qu'à 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 l'impact sanitaire, social et économique au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer 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. En 2019, la HCSP a publié le premier volet de son évaluation du PNSP montrant sa pertinence et sa cohérence avec les enjeux de santé, la SNS et les objectifs européens en matière de développement durable.

Ces priorités recouvrent largement les axes principaux du programme 204 :

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

L'INCa et l'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 sanitaires 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 DGS. Ce portail sera enrichi en 2021 pour intégrer les interventions dites « prometteuses ».

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

Le développement de systèmes d'informations (SI) dédiés à la veille et à la sécurité sanitaire, sécurisés et accessibles y compris en situation de mobilité, sera poursuivi afin de renforcer l'information et la sécurité des patients. La crise sanitaire résultant de l'épidémie de Covid-19 démontre d'ailleurs la nécessité de disposer d'outil efficace pour répondre aux enjeux découlant de ce type de crise. Dans un contexte de menace terroriste, 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), etc.) sera poursuivi, en lien avec les travaux interministériels. Cet axe sera accompagné par la mise en place de moyens adaptés et par le renforcement du dispositif de formation à l'attention de l'ensemble des acteurs de crise sanitaire. Une attention particulière sera accordée aux mesures d'accompagnement et de suivi des victimes, autour du renforcement du réseau des cellules d'urgence médico-psychologiques et du système de gestion sanitaire des victimes d'attentats permettant une identification rapide des victimes et le suivi de leur parcours de soins. Dans le cadre de la réforme des vigilances sanitaires, le portail des signalements des événements sanitaires indésirables a été ouvert en mars 2017. Cette action de simplification et fiabilisation des déclarations réalisées par les professionnels et les usagers sera poursuivie et amplifiée par l'interopérabilité de ce portail avec les SI des agences de sécurité sanitaire, l'intégration de nouveaux formulaires et la rénovation de l'interface du portail.

- **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 1^{er} janvier 2022 constituent des mesures phares de la politique numérique en santé.

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

Une attention particulière sera également prêtée aux spécificités des Outre-mer, notamment en matière d'amélioration de la performance de l'offre de soins, afin que les outils de modernisation de l'offre soient adaptés aux besoins des populations ultra-marines. Dans ce contexte, le Ségur de la santé offre de nouvelles perspectives au travers du développement de l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital et le soutien à l'investissement.

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

Suite au transfert de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à l'assurance maladie en PLF 2020, l'indicateur "Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché (AMM)" traités par l'ANSM a été supprimé.

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 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	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus	%	51	51	60	52	60	60

Précisions méthodologiques

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 est en 2019/2020 de 52 % (France entière, tous régimes), ce qui représente une augmentation de 1 point par rapport à la couverture vaccinale 2018/2019 (51 %).

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

Pour la saison 2020/2021, il est difficile de prévoir quel sera le comportement de la population vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière. Le contexte de l'épidémie COVID 19 influera possiblement positivement sur les intentions de vaccination.

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.

Jusqu'en 2008-2009, le taux de couverture vaccinale était en progression. Depuis la pandémie H1N1, une baisse constante de la couverture vaccinale grippale est observée. Cette baisse concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles la couverture sur la période 2016-2017 est de plus de 15 % inférieure à celle de la saison 2008-2009. La remontée même modeste de la couverture vaccinale constitue un signal encourageant après une période de stagnation de cette couverture.

Afin de renforcer le réflexe de vaccination, il convient 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	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans	%	32.1	Donnée disponible en T2 2020	39.3	39.3	42.9	50

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).

Afin d'atteindre la cible, plusieurs opérations de communication/sensibilisation sont organisées chaque année. Les opérations se déroulent autour de l'opération « Mars bleu », opération décalée au 2nd semestre en 2019, du fait de la transition de marché des tests de dépistage :

- plan de communication de l'INCa, avec communications radio, télévision, presse, pour le grand public et mailing vers les professionnels de santé concernés ;
- communiqués de presse qui donnent lieu à des articles dans la presse grand public ;
- opérations menées par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers à un niveau plus local, par exemple autour du « colon gonflable » qui permet aux publics de visiter l'intérieur d'une représentation d'un colon, ou encore distribution de dépliants réalisés par l'INCa sur des lieux publics (marchés, ...) avec présence de kakemonos ;
- communications auprès d'assurés et dans des lieux de l'assurance maladie.

L'INCa a mené une étude médico-économique sur ce dépistage organisé en 2019. Une réflexion de la DGS visant l'augmentation de la participation est en cours, en lien avec l'INCa, la CNAM et la DSS, en s'appuyant sur une évolution des stratégies ou des modalités de ce dépistage.

INDICATEUR

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

(du point de vue du citoyen)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans	%	25,4	24	24	24	23	21

Précisions méthodologiques

Les enquêtes « Baromètre de Santé publique France » sont des enquêtes réalisées par téléphone. En 2018, l'échantillon comprenait 9 074 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 2016 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'agglomération, 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. Le terrain s'est déroulé de janvier à juillet 2018.

Les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage puis redressées sur les structures, observées dans l'enquête Emploi 2016 de l'institut national de la statistique et des études économiques, Insee). Plusieurs variables sociodémographiques sont étudiées : sexe croisé par l'âge en tranches décennales, région, taille d'agglomération, niveau de diplôme, taille du foyer.

Les données sont anonymisées et conservées à l'ANSP.

JUSTIFICATION DES PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le Programme national de lutte contre le tabac 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.

OBJECTIF

2 – Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

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

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

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

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres biologiques	%	12	11	12,5	12,5	12,5	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

La qualité microbiologique de l'eau distribuée s'est nettement améliorée entre 2012 et 2015, passant de 16,7 % d'unités de distribution (UDI) présentant des dépassements des limites de qualité pour les paramètres biologiques à 12,5 %. Depuis 2015, ce pourcentage s'est stabilisé. Toutefois, malgré la diminution de l'indicateur, le pourcentage de population alimentée par de l'eau ayant été non conforme au cours de l'année est stable depuis 2013 (environ 2,6 % de la population). Les non conformités microbiologiques concernent principalement les petits réseaux de distribution : sur l'année 2019, 15,6 % des UDI desservant moins de 500 habitants ont été non conformes, alors que seulement 4,9 % des UDI desservant plus de 500 habitants ont été non conformes,

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

Les leviers d'action permettant d'obtenir cette amélioration reposent principalement sur la mobilisation des collectivités et des distributeurs d'eau par les agences régionales de santé. Cette mobilisation doit se traduire 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 production/distribution de l'eau) 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	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage de signalements traités en 1h	%	95	92	95	95	95	95

Précisions méthodologiques

L'indicateur porte sur le pourcentage de signalements traités dans un délai d'une heure par la sous-direction de la veille et de la sécurité sanitaire de la DGS en dehors des périodes où le centre de crise de la DGS est activé, avec une cible fixée à 95 % en 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 fixée pour cet indicateur est stabilisée pour l'année 2020 à 95 %, avec un maintien de traitement des signalements à un haut niveau de réactivité.

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 du CORRUSS est activé, le calcul de l'indicateur doit être écarté. Cette cible garantit la poursuite de la démarche de sécurisation des processus de réception et d'analyse des signalements. Le CORRUSS poursuit par ailleurs la démarche d'évaluation de l'efficacité des actions d'améliorations mises en œuvre reposant sur des indicateurs et un contrôle interne réalisé de façon hebdomadaire.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2021 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

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 attendus en 2021
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	24 198 397	47 923 397	72 121 794	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	9 391 000	50 648 959	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
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	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	156 768 397	254 946 603	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 attendus en 2021
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	24 198 397	49 923 397	74 121 794	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	11 391 000	52 648 959	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
18 – Projets régionaux de santé	0	0	0	0	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	162 068 397	260 246 603	0

2020 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2020 / 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 2020	FdC et AdP prévus en 2020
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	13 538 397	50 183 290	63 721 687	0
12 – Santé des populations	0	0	1 010 000	1 010 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	42 013 644	9 611 000	51 624 644	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	24 060 038	1 425 000	25 485 038	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	43 000 000	49 993 804	0
Total	1 442 239	86 373 644	109 808 290	197 624 173	0

2020 / 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 2020	FdC et AdP prévus en 2020
11 – Pilotage de la politique de santé publique	0	13 538 397	50 183 290	63 721 687	0
12 – Santé des populations	0	0	1 010 000	1 010 000	0
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	0	42 013 644	11 611 000	53 624 644	0
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	24 060 038	1 425 000	25 485 038	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	44 300 000	51 293 804	0
Total	1 442 239	86 373 644	113 108 290	200 924 173	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 2020	Demandées pour 2021	FdC et AdP attendus en 2021	Ouverts en LFI pour 2020	Demandés pour 2021	FdC et AdP attendus en 2021
Titre 2 – Dépenses de personnel	1 442 239	1 442 239	0	1 442 239	1 442 239	0
Rémunérations d'activité	1 442 239	1 442 239	0	1 442 239	1 442 239	0
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	86 373 644	96 735 967	0	86 373 644	96 735 967	0
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	17 537 491	27 757 491	0	17 537 491	27 757 491	0
Subventions pour charges de service public	68 836 153	68 978 476	0	68 836 153	68 978 476	0
Titre 6 – Dépenses d'intervention	109 808 290	156 768 397	0	113 108 290	162 068 397	0
Transferts aux ménages	44 499 893	40 000 000	0	44 499 893	40 000 000	0
Transferts aux entreprises	1 475 000	1 495 000	0	2 775 000	2 795 000	0
Transferts aux collectivités territoriales	0	0	0	2 000 000	4 000 000	0
Transferts aux autres collectivités	63 833 397	115 273 397	0	63 833 397	115 273 397	0
Total	197 624 173	254 946 603	0	200 924 173	260 246 603	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 2021 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2021. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2021 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 »). 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 (7)

(en millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage 2019	Chiffrage 2020	Chiffrage 2021
120204	<p>Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses"</p> <p>Traitements, salaires, pensions et rentes viagères</p> <p><i>Bénéficiaires 2019 : (nombre non déterminé) Menages - 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></p>	445	460	475
730208	<p>Taux de 10% pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés</p> <p>Assiette et taux</p> <p><i>Bénéficiaires 2019 : (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></p>	34	31	34
160204	<p>Exonération d'impôt sur le revenu, à hauteur de 60 jours par an, de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans certaines zones rurales ou urbaines</p> <p>Bénéfices non commerciaux</p> <p><i>Bénéficiaires 2019 : 8300 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></p>	25	25	25
190212	<p>Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies "longues et coûteuses"</p> <p>Dispositions communes aux bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices agricoles et bénéfices non commerciaux</p> <p><i>Bénéficiaires 2019 : (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></p>	18	18	18

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 2019	Chiffrage 2020	Chiffrage 2021
160302	Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2019 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffage : 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
160301	Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés Bénéfices non commerciaux <i>Bénéficiaires 2019 : (nombre non déterminé) Entreprises - Méthode de chiffage : 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
920101	Exonération de taxe sur la publicité télévisée sur les messages passés pour le compte d'oeuvres d'utilité publique à l'occasion de grandes campagnes nationales Taxes sur le chiffre d'affaires des opérateurs du secteur audiovisuel et de communications électroniques <i>Bénéficiaires 2019 : (nombre non déterminé) Entreprises - Création : 1981 - Dernière modification : 2018 - Dernière incidence budgétaire : 2020 - Fin du fait générateur : 2020 - code général des impôts : 302 bis KA</i>	0	0	0
Total		539	551	569

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	72 121 794	72 121 794	0	74 121 794	74 121 794
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	50 648 959	50 648 959	0	52 648 959	52 648 959
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	0	26 163 046	26 163 046	0	26 163 046	26 163 046
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	1 442 239	97 551 565	98 993 804	1 442 239	98 851 565	100 293 804
Total	1 442 239	253 504 364	254 946 603	1 442 239	258 804 364	260 246 603

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

PRINCIPALES ÉVOLUTIONS

Une mesure de périmètre entrante à hauteur de 45 M€ vient majorer les crédits du programme 204 en PLF 2021 au titre du plan d'investissement de l'agence de santé de Wallis et Futuna, financé par une dotation du Ségur de la santé.

Par ailleurs, les crédits perçus en 2020 par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) au titre de la contribution pour les déclarations et notifications des produits du tabac font l'objet d'une rebudgétisation sur le programme 204 à hauteur de 2,0 M€ en AE et CP, suite à la suppression en 2021 de cette taxe affectée.

Prévention sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

MESURES DE PÉRIMÈTRE

	<i>T2 Hors Cas pensions</i>	<i>T2 CAS pensions</i>	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Mesures entrantes							
Transferts de compétences entre l'État et les administrations de sécurité sociale ou assimilées - Plan d'investissement à l'agence de santé de Wallis et Futuna financé sur crédits Ségur (imputé sur brique 712 du P204)				+45 000 000	+45 000 000	+45 000 000	+45 000 000
Mesures sortantes							

DÉPENSES PLURIANNUELLES

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2020

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2019 (RAP 2019)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2019 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2019	AE (LFI + LFRs) 2020 + reports 2019 vers 2020 + prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFRs) 2020 + reports 2019 vers 2020 + prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2020
28 718 167	0	228 382 165	232 422 412	32 190 488

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2021	CP 2022	CP 2023	CP au-delà de 2023
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2020	CP demandés sur AE antérieures à 2021 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2022 sur AE antérieures à 2021	Estimation des CP 2023 sur AE antérieures à 2021	Estimation des CP au-delà de 2023 sur AE antérieures à 2021
32 190 488	52 592 219 0	3 328 448	3 328 448	17 941 373
AE nouvelles pour 2021 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2021 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2022 sur AE nouvelles en 2021	Estimation des CP 2023 sur AE nouvelles en 2021	Estimation des CP au-delà de 2023 sur AE nouvelles en 2021
253 504 364 0	206 212 145 0	2 292 219	0	0
Totaux	258 804 364	5 620 667	3 328 448	17 941 373

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2021

CP 2021 demandés sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP 2022 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP 2023 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP au-delà de 2023 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021
81,34 %	0,90 %	0,00 %	0,00 %

JUSTIFICATION PAR ACTION

ACTION 28,3 %**11 – Pilotage de la politique de santé publique**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	72 121 794	72 121 794	0
Crédits de paiement	0	74 121 794	74 121 794	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. L'action 11 supporte l'ensemble des frais liés aux actions juridiques et contentieuses.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	24 198 397	24 198 397
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	23 148 397	23 148 397
Subventions pour charges de service public	1 050 000	1 050 000
Dépenses d'intervention	47 923 397	49 923 397
Transferts aux ménages	40 000 000	40 000 000
Transferts aux collectivités territoriales		2 000 000
Transferts aux autres collectivités	7 923 397	7 923 397
Total	72 121 794	74 121 794

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)

Le réseau associatif, par son aspect transversal, constitue un partenaire essentiel à la réalisation des priorités de santé publique, avec l'articulation de ses actions avec celles de l'ensemble des acteurs que sont les agences régionales de santé, les opérateurs ou encore l'Assurance maladie. L'effet de levier des associations est incontestable. Les partenariats établis avec des associations de dimension nationale qui assurent une fonction de tête de réseau seront

ainsi poursuivis, avec pour objectif le développement de la santé publique et de ses savoir-faire en appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé. Plus précisément, la consolidation des thématiques subventionnées en 2021 le sera en cohérence avec le Plan national de santé publique « Priorité prévention », comme cela a été le cas au cours des deux années précédentes. Ainsi, en cohérence avec la stratégie nationale de santé sexuelle, la DGS poursuivra son travail avec les associations de lutte contre le VIH et plus globalement sur les infections sexuellement transmissibles. Il en ira de même de l'hépatite C, dont l'inscription prioritaire répond à l'objectif de disparition de cette maladie à horizon 2025 conformément à la mesure phare n°9 du plan priorité prévention et des infections sexuellement transmissibles. L'alcool, les drogues et la réduction des risques demeureront des enjeux importants du partenariat. Les thématiques annoncées lors du Comité interministériel pour la santé de juillet 2019 seront également portées dans ce cadre : nutrition-santé, et sports-santé. 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 des actions thématiques, des actions seront également financées en direction des territoires avec trois têtes de réseaux dont l'objectif est l'implication des villes dans les politiques de santé. Les réseaux ont une couverture nationale comportant près de 120 villes ou communautés d'agglomération, dont toutes les capitales régionales. Les associations principales qui sont subventionnées sont les suivantes : 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 ». Du fait de leur caractère transversal, ces financements, estimés à 0,72 M€ en 2021, 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.

Les crédits alloués à la CNS couvrent prioritairement le fonctionnement de cette instance.

- Outre-mer (0,15 M€ en AE et CP)

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

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

Un effort particulier sera mis en œuvre 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 (0,26 M€ en AE et 2,26 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.

L'action internationale en santé est mise en œuvre via une stratégie d'influence auprès des instances européennes et internationales, et 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 2017 - 2021, notamment l'accès à la couverture santé universelle, 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 des priorités du programme santé de l'Union 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 autour d'enjeux de prévention et promotion de la 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. L'Académie de l'OMS est un projet ambitieux qui vise à mettre à la portée de millions de personnes des méthodes de formation innovantes via une plateforme d'apprentissage numérique ultramoderne. 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 2021 sont de 2 M€ uniquement en CP. L'engagement, à hauteur de 10 M€ en AE, a été acté en gestion 2020, avec un 1^{er} versement de 2 M€ en CP.

- 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 de 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 programme de recherche en santé publique coordonné par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). L'accent particulier est mis sur le développement de la recherche dans le domaine de la prévention et sur les projets pluridisciplinaires portant sur les services de santé mais aussi plus largement sur le système de santé, en mettant l'accent sur la coordination et les parcours de santé, les patients-usagers, les transformations et innovations, l'équité et les inégalités de santé, et l'évaluation ;
- 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 et du Plan national de santé publique (PNSP). 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.

A ce titre, afin de pouvoir répondre aux questions émergeant dans le cadre de l'épidémie de Covid-19/ infections à coronavirus SARS-Cov-2, le HCSP a réactivé le 27 février 2020 le groupe de travail (GT) transversal et pluridisciplinaire « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » qui est composé d'experts membres ou non des différentes commissions du HCSP.

Le HCSP a rendu plus de 75 avis, en date du mois d'août 2020, aux autorités publiques compétentes.

Le HCSP conduit plus largement des réflexions prospectives sur les questions de santé publique et contribue à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. A ce titre, la HCSP contribuera au Ségur de la santé publique prévu fin 2020, début 2021.

Il joue ainsi un rôle important dans l'accompagnement des grands chantiers et le développement de la recherche également porté par le programme 204. Les crédits inscrits permettent de financer les études nécessaires pour accompagner le HCSP dans son expertise.

Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique (7,9 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. A cet égard, 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). Le DMP fait d'ailleurs partie intégrante de l'espace numérique en santé. A ces priorités s'ajoutent désormais celles portées par la puissance publique dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 qui amène à présenter +4,4 millions de mesures nouvelles attribuées afin de répondre aux besoins essentiels des SI.

La DGS accompagne ainsi le déploiement de la stratégie ministérielle du numérique en santé en contribuant aussi activement depuis 2020 au développement de nouveaux outils de gestion de crise comme le Système d'Information de Dépistage (SI-DEP) qui permet de centraliser les résultats d'examens biologiques de dépistage de la Covid-19 afin de les mettre à disposition des organismes chargés de déterminer les personnes ayant été en contact avec des personnes infectées (contact-tracing), de réaliser des enquêtes sanitaires en présence de cas groupés pour rompre les chaînes de contamination, d'orienter et d'accompagner les personnes concernées, et de faciliter le suivi épidémiologique aux niveaux national et local ainsi que la recherche sur le virus et les moyens de lutter contre sa propagation. Ce SI pourrait ensuite être réutilisé et associé à d'autres SI de veille et sécurité sanitaire pour en décupler leurs efficacités.

Le SI actuel est une première version à maintenir et faire évoluer constamment. C'est une enveloppe de 2,4 millions d'euros qui sera consacrée en 2021 à engager la refonte technique de ce SI.

La réglementation applicable au champ sanitaire nécessite l'intervention accrue et accélérée à des leviers numériques, pour les SI déjà opérationnels ou en construction, impératifs accentués par les exigences des situations de crises sanitaires. C'est particulièrement le cas concernant le projet Aqua-sise destiné à refondre l'outil national de contrôle sanitaire de l'eau (eau potable, eaux thermales et eaux de baignade), du projet SI Amiante nécessaire à la lutte contre le saturnisme et l'insalubrité dans les immeubles bâtis, du projet SI Géo'DAE, base nationale de recensement géolocalisé des défibrillateurs cardiaques implantés sur l'ensemble du territoire et de la refonte technique du SI LAV (outil essentiel de la lutte anti-vectorielle), ainsi que de la gestion des évolutions du SISAC, SI de suivi alerte et crise.

La sécurité informatique et la protection des données à caractère personnel figurent également parmi les actions majeures à poursuivre avant toute mise en ligne ou dans le cadre du maintien en condition opérationnelle d'un service.

Les projets confiés en maîtrise d'ouvrage déléguée à l'agence du numérique en santé (ANS) sont renforcés. Une ouverture du service rénové sur le SICAP, gestion des données recueillies et traitées par les centres antipoisons, est ainsi prévue mi 2021. Le Portail des signalements des événements indésirables graves (PSIG) par les patients, professionnels de santé ou autres professionnels fait l'objet d'une modernisation après 3 ans de fonctionnement. Un nouveau module a déjà été ajouté concernant les malades déclarés dans les établissements médicaux-sociaux, notamment les EHPAD. Enfin, le SI VIC (SI Victimes), destiné à faciliter le recensement des victimes d'attentats ou d'évènements sanitaires graves, nécessite des évolutions depuis la survenue de l'épidémie COVID-19, afin de permettre en particulier l'interconnexion avec l'outil SI-SAMU, pour contribuer à optimiser la régulation des SAMU.

Afin d'agir sur plusieurs facettes de la transformation numérique du service public tout en développant la relation de confiance entre les usagers-patients et l'administration, le ministère continue à prendre part au chantier « objectif 100% de démarches dématérialisées d'ici 2022 » comme en témoignent :

- le déploiement au niveau national de la dématérialisation des certificats de décès, projet interministériel de simplification administrative au profit des familles, des collectivités territoriales, des opérateurs funéraires et de l'État qui connaît comme prévu une nouvelle étape d'approfondissement du partenariat associant la direction de l'information légale et administrative (DILA) et la direction interministérielle du numérique et du système d'information et de communication de l'État (DINSIC) ;
- la plateforme de dématérialisation des trois premiers certificats de santé de l'enfant d'ici fin 2020 ;
- Enfin, la dématérialisation de la gestion des dossiers médicaux du comité médical supérieur (CMS) et des comités médicaux déconcentrés via l'outil VADIM dont le déploiement se poursuit sur le territoire national.

Actions juridiques et contentieuses (57,2 M€ en AE et CP)

Les dossiers contentieux portés traitent respectivement :

- des litiges amiables et contentieux de toute nature mis à la charge de l'État au titre des décisions prises par la DGS, les préfets (en matière notamment de logement insalubre et de soins sans consentement) ou par les directeurs généraux d'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 des victimes. Si les domaines contentieux sont divers, ils comprennent en particulier les accidents vaccinaux antérieurs à 2006, les victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le contrôle sanitaire des eaux ou encore les professionnels de santé victimes de la COVID ;
- des litiges amiables et contentieux 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 : cela peut concerner les décisions relatives aux autorisations d'activités de soins, liées aux officines de pharmacie ou encore liées aux autorisations d'exercice de professionnels de santé.

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

- l'indemnisation des accidents vaccinaux (vaccinations obligatoires) survenus depuis le 1^{er} janvier 2006 ainsi que l'indemnisation des victimes de mesures sanitaires d'urgence ;
- l'indemnisation, pour le compte de l'État ou en substitution d'autres responsables (exploitants et professionnels de santé) des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés (Dépakine). Les frais de fonctionnement de ce dispositif d'indemnisation et de celui relatif à l'indemnisation des victimes du benfluorex, adossés à l'ONIAM, sont également pris en charge par cette dotation.

ACTION 0,5 %**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 2018 à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens (758 000 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 distillbène et l'information du public et des professionnels sur la prévention des malformations. Des crédits sont également mobilisés pour la nouvelle enquête nationale périnatale 2021.

- *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 SNS. 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, la feuille de route de la stratégie en santé sexuelle. Des conventions cadres de santé publique signées entre le ministère chargé de la Santé et les ministères chargés de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur (novembre 2016), le ministère de la Justice (avril 2017) et le ministère chargé de l'Agriculture (août 2017) assurent la cohérence et la complémentarité des actions pour atteindre un public le plus large possible.

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 (0,1 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 19,9 %

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	50 648 959	50 648 959	0
Crédits de paiement	0	52 648 959	52 648 959	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	41 257 959	41 257 959
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	300 000	300 000
Subventions pour charges de service public	40 957 959	40 957 959
Dépenses d'intervention	9 391 000	11 391 000
Transferts aux entreprises	1 200 000	1 200 000
Transferts aux collectivités territoriales		2 000 000
Transferts aux autres collectivités	8 191 000	8 191 000
Total	50 648 959	52 648 959

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

- *Les maladies neurodégénératives*

En France, plus d'un million de personnes est atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée selon les dernières estimations de l'Agence nationale de santé publique (données 2014). La gravité de l'impact de ces maladies impose des mesures de soutien à la fois des malades et de leurs proches, et une recherche de mesures de prévention. Par ailleurs, près de 200 000 personnes souffrent de la maladie de Parkinson et plus de 100 000 de sclérose en plaques. Le plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019 traite de l'ensemble de ces maladies et concerne donc des populations adultes de tous âges. Les orientations de ce plan 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 du plan national maladies neurodégénératives 2014-2019. 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.

Des travaux ont été engagés dès 2020 pour trois mesures phares de cette stratégie :

- 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 préparation de l'expérimentation d'un programme de dépistage chez les personnes âgées selon la démarche ICOPE de l'OMS, avec le lancement d'un appel à manifestation d'intérêt au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Cancer dont dépistage et maintien à domicile (y compris institut national du cancer) (40,52 M€ en AE et 42,52 M€ en CP)

- *Institut national du cancer (INCa) (40,52 M€ 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. L'INCa coordonne les actions dans ce domaine. Dans les suites du 3ème plan Cancer 2014-2019, et à compter de 2021, l'INCa mettra en œuvre la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

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. 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.

- *Centre international de recherche sur le cancer (2 M€ en CP)*

Le siège du Centre international de la recherche contre le cancer (CIRC) est implanté à Lyon depuis 1972. Fruit d'une initiative française, le CIRC est l'agence spécialisée de l'Organisation mondiale de la Santé pour le cancer. La vétusté des bâtiments actuels a conduit le CIRC, la Métropole du Grand-Lyon, la Région et l'État à rechercher une solution de relocalisation. Une convention cadre signée en décembre 2015 prévoit la répartition des financements du projet entre

l'État (17 M€), la Région (13 M€) et la Métropole du Grand-Lyon (18 M€), cette dernière assurant également la maîtrise d'ouvrage du projet. La contribution du ministère des solidarités et de la santé s'établit à 5,333 M€, à part égale avec le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Le montant prévu en 2021 s'établit à 2 M€ en CP.

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 majeure 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.

- *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. Un travail d'évaluation a été mené qui devra permettre de faire évoluer le contenu de ces trousse pour mieux protéger les usagers et répondre à l'évolution de leurs pratiques.

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.

Santé mentale (0,9 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 le 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 de 11 à 21 ans (programme Ecout'émotion), un ensemble d'actions de prévention du suicide (dont le programme Vigilans).

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 (1,1 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.

Des crédits seront consacrés au soutien :

- des acteurs de la plate-forme maladies rares 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 au dispositif Orphanet pour la diffusion d'informations relatives aux maladies rares, ainsi que 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 (4,83 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. En effet les jeunes de 15-29 ans représentent 78 % des infections à chlamydia, 65 % des infections à gonocoque et 33 % des cas de syphilis rapportés. Les personnes de moins de 25 ans représentent 12 % des découvertes de séropositivité au VIH, en 2017. Cette même année, 216 700 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 sera établie à compter de 2021.

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.

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 et C en population générale en 2016 (environ 135 000 individus pour chacune de ces hépatites) montrent que des efforts demeurent nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination des hépatites C et B. 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, VHB ; du renforcement de l'accessibilité aux traitements de l'hépatite C, par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs : l'ensemble des médecins, notamment aux 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 multi-résistantes et un pilotage renouvelé.

Les crédits permettront de soutenir :

a) 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'Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales. Ils seront destinés également au fonctionnement du Conseil national du SIDA et des hépatites virales chroniques (CNSHVC) ;
- le numéro vert national « Sexualité, contraception, IVG » et d'autres actions d'information en matière de droit à l'IVG et à la contraception.

b) les actions de la feuille de route tuberculose

ACTION 10,3 %

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	26 163 046	26 163 046	0
Crédits de paiement	0	26 163 046	26 163 046	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 (ANSéS, réseau national de surveillance aérobiologique et Fredon-France, ANSP-SpF, OMS, INSERM...) pour la mise en œuvre ou la poursuite de plans (programme national de santé publique, plan chlordécone, programme national nutrition santé, plan national santé-environnement, plan national sur l'assainissement non collectif, plan interministériel sur les micropolluants dans l'eau) 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 radon, plan national santé environnement, plan d'action interministériel amiante).

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses de fonctionnement	24 518 046	24 518 046
Subventions pour charges de service public	24 518 046	24 518 046
Dépenses d'intervention	1 645 000	1 645 000
Transferts aux entreprises	295 000	295 000
Transferts aux autres collectivités	1 350 000	1 350 000
Total	26 163 046	26 163 046

Nutrition et santé (1,31 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).

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

Il s'agira également d'adapter le Nutri-Score à la restauration collective et de favoriser son développement international, mais également de favoriser l'émergence de bonnes pratiques dans les collectivités territoriales en mutualisant leurs expériences. Les travaux sur les impacts de la consommation d'aliments ultra transformés seront poursuivis et des « nudges » seront mise en œuvre pour orienter les consommations alimentaires, et promouvoir l'allaitement maternel.

Environnement et santé (2,8 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 « Mon environnement, ma santé » (2020-2024) dont l'élaboration est en cours de finalisation. 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 3^e plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon dans l'habitat individuel et les établissements recevant du public ;
- le plan d'action interministériel amiante ;
- les plans nutrition-santé, santé-environnement et cancer en partenariat avec le réseau français des villes santé et l'OMS pour la promotion des mobilités actives (marche, vélo, etc.) ;
- le prochain plan chlrodécone 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 stratégie nationale contre les perturbateurs endocriniens ;
- La lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération présente un risque pour la santé.

- ▶ De prévention des risques à destination de publics particuliers :
 - liés au bruit notamment pour les jeunes ;
 - liés à la pratique du bronzage en cabine ;
 - liés 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 :
 - l'étude nationale « Esteban » (réalisée par l'ANSP) menée auprès d'adultes de 18 à 74 ans et d'enfants de 6 à 17 ans, porte sur l'exposition à certaines substances de l'environnement, l'alimentation, l'activité physique et certaines maladies chroniques ou facteurs de risque ;
 - le renforcement du système d'information actuel de la toxicovigilance (SICAP) ;
 - les études pour améliorer les connaissances sur les expositions et les impacts sanitaires des pesticides dont la chlordécone ;
 - la prévention des allergies et les actions menées contre les espèces ayant un impact sur la santé humaine, inscrites dans le plan national santé-environnement ;
 - l'acquisition de connaissances en matière d'exposition de la population générale aux fibres d'amiante.
- ▶ Dans le domaine de la qualité des eaux (de consommation, thermales, de loisirs, ...) :
 - 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 conduire les 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 les déchets d'activité de soins et les pratiques funéraires.

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) (22,55 M€ en AE/CP) :

La subvention pour charges de service public allouée à l'ANSÈS 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 et le décret n° 2010-719 du 28 juin 2010, la présentation détaillée de l'ANSÈS figure dans la partie « Opérateurs » du PAP du programme 206 « Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation.

ACTION 0,6 %

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	1 210 000	1 210 000
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	960 000	960 000
Subventions pour charges de service public	250 000	250 000
Dépenses d'intervention	400 000	400 000
Transferts aux autres collectivités	400 000	400 000
Total	1 610 000	1 610 000

Organisation de la veille et des vigilances sanitaires

En matière de veille et de vigilances sanitaires, le projet majeur est le 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 évènement 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 (0,6 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 recentraliser 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.

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 (0,9 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 (0,11 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. La plateforme SITEL a notamment été armée dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire résultant de la pandémie de Covid-19.

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 1,6 %

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 (4,1 M€ en AE et en CP)

4,1 M€ seront alloués aux comités de protection des personnes (CPP), dont la mission est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bien-fondé d'un projet de recherche d'un point de vue scientifique et éthique.

Le périmètre d'intervention de ces comités concerne l'ensemble des recherches impliquant la personne humaine. La loi n°2012-300 du 5 mai 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite Jardé, a ajouté les recherches interventionnelles au périmètre d'action des CPP initialement restreint aux recherches interventionnelles. L'action des CPP s'inscrit dans le cadre du code de la santé publique, ainsi que des règlements européens sur les dispositifs médicaux (DM), les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DIV) et les essais cliniques des médicaments qui entreront en application en mai 2021, mai 2022 et fin 2021 respectivement. 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 (J10, J12 par exemple) renforce l'obligation de réactivité et de continuité de service des CPP.

Ce financement prend donc en compte l'élargissement du champ des recherches impliquant la personne humaine, et les évolutions d'organisation liées à la mise en œuvre des règlements européens.

Ce financement permettra également de poursuivre des actions de soutien et de partenariat en lien avec les priorités de la politique des pratiques et produits de santé (recommandations dans le domaine des produits de santé, soutien aux travaux conduits sur la sécurité des personnes et la qualité des pratiques de soins notamment dans un cadre européen, qui incluent des thématiques de santé publique, soutien à des actions d'information...).

Par ailleurs, des crédits seront consacrés à la création de registres pour les dispositifs médicaux telle que prévue par la loi de modernisation de notre système de santé et son décret d'application.

Résistance aux antibiotiques et infections liées aux soins (0,08 M€ en AE et en CP)

Les crédits seront alloués 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 38,8 %**19 – Modernisation de l'offre de soins**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	1 442 239	97 551 565	98 993 804	0
Crédits de paiement	1 442 239	98 851 565	100 293 804	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	1 442 239	1 442 239
Rémunérations d'activité	1 442 239	1 442 239
Dépenses de fonctionnement	5 551 565	5 551 565
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	3 349 094	3 349 094
Subventions pour charges de service public	2 202 471	2 202 471
Dépenses d'intervention	92 000 000	93 300 000
Transferts aux entreprises		1 300 000
Transferts aux autres collectivités	92 000 000	92 000 000
Total	98 993 804	100 293 804

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

Ces crédits contribuent au financement d'études, d'enquêtes et d'expertises par le recours à des intervenants extérieurs : consultants en appui pour la conduite de différents projets relatifs aux chantiers de réformes structurantes liées aux mises en œuvre de la stratégie nationale de santé (SNS), de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), du plan pour renforcer l'accès territorial aux soins, de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du Ségur de la santé.

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.

Des crédits sont également destinés à la passation de conventions ou l'achat de prestations diverses pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » dont est issue la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Les conclusions du Ségur de la santé, présentées en juillet 2020, doivent également contribuer à accélérer les transformations engagées par « Ma Santé 2022 » et à poursuivre la modernisation du système de santé afin d'améliorer le quotidien des soignants et la prise en charge des patients. Dans cette optique, les grandes orientations portent sur 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.

Ces crédits concourent également à l'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) dans le développement et 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 (hôpital numérique (HOP'EN), télésanté, etc.). Le principal projet porte sur le système d'information de gestion des internats en médecine, odontologie et pharmacie.

Agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna (91,5 M€ en AE et 92,8 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 2021 d'une augmentation de 4 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. Un plan d'investissement à hauteur de 45 M€ est également programmé à compter de 2021.

La différence de 1,3 M€ entre les AE et les CP correspond à la sixième 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) 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. C'est un référentiel opposable.

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

La gestion du processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire (3,64 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 1,4 M€ en AE et CP relevant de ce dispositif est imputé en dépenses de personnel (titre 2).

SYNTHÈSE DES OPÉRATEURS DU PROGRAMME

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS ALLOUÉS AUX OPÉRATEURS DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Opérateur ou Subvention	LFI 2020		PLF 2021	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
ANSÈS - Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (P206)	21 875	21 875	22 553	22 553
Subventions pour charges de service public	21 875	21 875	22 553	22 553
INCa - Institut National du Cancer (P204)	41 274	41 274	45 518	45 518
Subventions pour charges de service public	41 274	41 274	40 518	40 518
Transferts	0	0	5 000	5 000
Total	63 149	63 149	68 071	68 071
Total des subventions pour charges de service public	63 149	63 149	63 071	63 071
Total des dotations en fonds propres	0	0	0	0
Total des transferts	0	0	5 000	5 000

La suppression de la taxe sur les produits de tabac a fait l'objet d'une compensation financière à hauteur de 2 M€ au profit de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) pour des actions de préventions liées au tabac.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS

EMPLOIS DES OPÉRATEURS

Intitulé de l'opérateur	LFI 2020				PLF 2021					
	ETPT rémunérés par d'autres programmes (1)	ETPT rémunérés par ce programme (1)	ETPT rémunérés par les opérateurs		ETPT rémunérés par d'autres programmes (1)	ETPT rémunérés par ce programme (1)	ETPT rémunérés par les opérateurs			
			sous plafond	hors plafond			sous plafond	hors plafond	dont contrats aidés	dont apprentis
INCa - Institut National du Cancer			134	15			131	20		
Total			134	15			131	20		

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

La stratégie de gestion des emplois hors plafond est identique à celle des emplois sous plafond, à la différence que le recrutement des premiers est conditionné, soit à l'obtention d'un financement pour les contrats à durée déterminée à objet défini (CDDOD), soit à la mobilisation d'un tuteur en interne pour les contrats de professionnalisation. Ces derniers requièrent par ailleurs un suivi administratif plus lourd.

En 2021, l'Institut prévoit 20 ETPT hors plafond, dont 15 déjà existants en 2020.

■ PLAFOND DES AUTORISATIONS D'EMPLOIS DES OPÉRATEURS DU PROGRAMME

	ETPT
Emplois sous plafond 2020	134
Extension en année pleine du schéma d'emplois de la LFI 2020	
Impact du schéma d'emplois 2021	-3
Solde des transferts T2/T3	
Solde des transferts internes	
Solde des mesures de périmètre	
Corrections techniques	
Abattements techniques	
Emplois sous plafond PLF 2021	131
Rappel du schéma d'emplois 2021 en ETP	-3

OPÉRATEURS

Avertissement

Le volet « Opérateurs » des projets annuels de performance évolue au PLF 2021. Ainsi, les États financiers des opérateurs (budget initial 2020 par destination pour tous les opérateurs, budget initial 2020 en comptabilité budgétaire pour les opérateurs soumis à la comptabilité budgétaire et budget initial 2020 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 l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut a pour ambition de jouer un rôle d'accélérateur de progrès, en apportant une vision intégrée de l'ensemble des dimensions sanitaire, scientifique, sociale, économique liées aux pathologies cancéreuses ainsi que des différents champs d'intervention (prévention, dépistage, soins, recherche).

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 (dont CNAM), 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 et perspectives 2021

La loi du 8 mars 2019 a confié de nouvelles missions à l'Institut, notamment celle d'élaborer une proposition de stratégie décennale de lutte contre le cancer en coordination avec l'ensemble des acteurs.

L'ambition de cette proposition sera d'améliorer le service rendu aux personnes. Cette proposition de stratégie sera structurée autour de 3 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.

Parallèlement à la mise en œuvre de cette stratégie qui sera fixée par décret, l'Institut assurera les missions qui lui ont été confiées dans la suite des précédents plans cancer.

Le contrat d'objectifs et de performance (COP) de l'Institut National du Cancer a été prorogé jusqu'en 2020. Il sera renouvelé en tenant compte des futures orientations portées par la stratégie décennale.

Prévention sécurité sanitaire et offre de soins

Programme n° 204 | OPÉRATEURS

FINANCEMENT DE L'ÉTAT

(en milliers d'euros)

Programme intéressé ou nature de la dépense	LFI 2020		PLF 2021	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	41 274	41 274	45 518	45 518
Subvention pour charges de service public	41 274	41 274	40 518	40 518
Dotation en fonds propres	0	0	0	0
Transfert	0	0	5 000	5 000
Total	41 274	41 274	45 518	45 518

En 2020, les financements de l'État représentent 89% des recettes, soit 82,8 M€. La subvention pour charges de service public (SCSP) versée par le ministère des solidarités et de la santé s'élève à 41,27 M€ en LFI 2020.

L'Institut perçoit également au titre du programme 172 «Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires» une dotation de 38 M€ versée par l'agence nationale de recherche (ANR) ainsi que, pour la deuxième année consécutive, un financement de 5 M€ visant à soutenir la recherche en cancérologie pédiatrique versé directement par le programme 172.

En 2021, le montant de la SCSP est de 40,52 M€.

CONSOLIDATION DES EMPLOIS DE L'OPÉRATEUR

(en ETPT)

	LFI 2020 (1)	PLF 2021
Emplois rémunérés par l'opérateur :	149	151
– sous plafond	134	131
– hors plafond	15	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 ou LFR le cas échéant

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).

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'utilisateur)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	25	24	20	33	28	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

En raison des réorganisations nécessaires à la centralisation de l'instruction des demandes d'AME en métropole dans les trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille et des conséquences des mouvements sociaux, l'instruction des demandes d'AME a pris du retard à la fin de l'année 2019, ce qui a conduit à augmenter le volume de dossiers à traiter au début de l'année 2020. La conjonction de ces événements ainsi que le ralentissement de l'activité des caisses lié à l'épidémie de COVID 19 expliquent l'allongement du délai moyen d'instruction des demandes d'AME, estimé à 33 jours pour l'année 2020. En effet, même si les droits AME en cours ont été prolongés de trois mois à compter de leur date d'échéance pour tous les droits arrivant à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet par l'article 1er de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux, le traitement des primo-demandes a dû être poursuivi, alors que le fonctionnement des caisses d'assurance-maladie a été perturbé pendant le confinement.

Compte tenu de ce retard, la cible pour l'année 2021 a été revue à 28 jours, afin de tenir compte du traitement du stock de dossiers en retard et d'un retour progressif vers la cible de 20 jours qui est maintenue 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 42 jours au premier trimestre 2020 alors qu'il était de 44 jours au premier trimestre 2019. Cette diminution du délai d'instruction est à interpréter avec précaution car elle ne tient compte que partiellement des effets de la crise sanitaire, qui a été particulièrement marquée dans la région.

Protection maladie

Programme n° 183 | OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	10,8	11,4	12	10	12	12

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 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.

En 2019, 11,4 % des dossiers d'AME ont ainsi été contrôlés, révélant 227 dossiers avec des anomalies ayant une incidence financière (soit 0,95 % des dossiers contrôlés) pour un montant d'indus de 30 414 €.

Dans la centralisation de l'instruction des demandes d'AME en métropole dans les caisses de Paris, Bobigny et Marseille, mise en œuvre à la fin de l'année 2019, il était prévu de renforcer ces contrôles grâce à :

- la hausse du taux de dossiers contrôlés, qui passera de 10 % à 12 % dès 2020 ;
- la mise en œuvre systématique de ces contrôles *a priori*, afin de réduire les montants des indus.

Toutefois, l'activité de contrôle ayant été suspendue durant le confinement lié à l'épidémie du COVID 19, le taux de dossiers contrôlés en 2020 n'atteint pas plus de 10 %. En 2021, il est en revanche prévu que le taux de dossiers contrôlés retrouve le niveau cible de 12 %.

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	78	77	85	60	75	80

Précisions méthodologiques

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

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

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

JUSTIFICATION DES 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.

Le délai légal (6 mois) continue d'être respecté en 2020 puisque le délai de décision pour les pathologies graves est de 5 mois et 1 semaine en moyenne sur les sept premiers mois de l'année et cela malgré, d'une part, les difficultés engendrées par les mouvements de grèves dans les transports en commun en janvier 2020 et, d'autre part, le contexte d'urgence sanitaire qui a entraîné le confinement général de la population entre mi-mars et mi-mai. Ce contexte a considérablement perturbé l'activité, et en particulier la production et l'envoi des décisions. C'est pourquoi la prévision de réalisation de cet indicateur est de 60 %, soit un niveau inférieur à la cible. Compte tenu de ce résultat en retrait par rapport à l'objectif initialement fixé, mais aussi de la priorité toujours accordée au traitement des dossiers déposés par les victimes de pathologies graves, la prévision pour 2021 repart à la hausse, s'établissant à 75 %, l'année 2021 s'inscrivant comme une année de rattrapage, permettant en cible d'atteindre un taux de 80 % en 2023.

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 :

- ceux liés à l'examen de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante qui intervient pour toutes les pathologies à la fois non reconnues comme maladie professionnelle et non visées par l'arrêté du 5 mai 2002, pour lesquelles le lien de causalité avec l'exposition à l'amiante ne peut donc être présumé ;
- ceux inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle (MP) des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS) sur lesquels le FIVA n'a que peu de prise. En effet, lorsqu'une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle est en cours ou lorsque la rente servie à ce titre n'a pas encore été notifiée par l'OSS, le FIVA réalise une offre partielle pour les préjudices extra-patrimoniaux [1] autres que l'incapacité fonctionnelle qui, quant à elle, sera indemnisée dans un second temps par une offre complémentaire après réception de la notification de rente de l'OSS.

[1] Préjudices moraux, préjudices physiques, préjudice d'agrément et préjudice esthétique.

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	92	96	95	85	90	95
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies bénignes dans le délai réglementaire de deux mois	%	95	97	97	85	90	97

Précisions méthodologiques

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

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

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

JUSTIFICATION DES 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 passés de 81 % et 90 % en 2013 à 96 % et 97 % en 2019, soit une légère amélioration par rapport à l'année 2018.

Ainsi, le délai réglementaire continue d'être respecté en 2020 avec un délai moyen pour les victimes de 1 mois et 1 semaine au cours des sept premiers mois de l'année et cela malgré le confinement de la population intervenu au cours du printemps. Toutefois, ce contexte exceptionnel modifie la prévision de réalisation de l'indicateur estimée à 85 % en moyenne pour la fin de l'année. De la même façon que pour les formulations d'offres, 2021 s'inscrit comme une année de rattrapage.

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

2021 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2021 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus en 2021
02 – Aide médicale de l'État	1 061 000 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 069 000 000	0

2021 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus en 2021
02 – Aide médicale de l'État	1 061 000 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 069 000 000	0

Protection maladie

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

2020 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)

2020 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP prévus en 2020
02 – Aide médicale de l'État	919 350 938	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	927 350 938	0

2020 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP prévus en 2020
02 – Aide médicale de l'État	919 350 938	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	927 350 938	0

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre ou catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2020	Demandées pour 2021	FdC et AdP attendus en 2021	Ouverts en LFI pour 2020	Demandés pour 2021	FdC et AdP attendus en 2021
Titre 6 – Dépenses d'intervention	927 350 938	1 069 000 000	0	927 350 938	1 069 000 000	0
Transferts aux ménages	927 350 938	1 069 000 000	0	927 350 938	1 069 000 000	0
Total	927 350 938	1 069 000 000	0	927 350 938	1 069 000 000	0

Protection maladie

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

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 2021 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2021. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2021 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 »). 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		Chiffre 2019	Chiffre 2020	Chiffre 2021
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 2019 : (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>	465	480	490
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2019 : 19725 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>	7	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 2019 : (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>	0	0	0
Total		472	487	497

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	1 061 000 000	1 061 000 000	0	1 061 000 000	1 061 000 000
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	1 069 000 000	1 069 000 000	0	1 069 000 000	1 069 000 000

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

MESURES DE PÉRIMÈTRE

	T2 Hors Cas pensions	T2 CAS pensions	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Mesures entrantes							
Transferts de compétences entre l'État et les administrations de sécurité sociale ou assimilées - Extension en année pleine des mesures 2020 de régulation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile.				+30 000 000	+30 000 000	+30 000 000	+30 000 000
Mesures sortantes							

Une mesure de périmètre est inscrite à hauteur de 30 M€ pour tenir compte de l'impact sur le budget de l'État de la mise en œuvre 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. En effet, la réduction du maintien de droit, qui se traduit par une économie de l'assurance maladie, peut notamment donner lieu à un effet de déport partiel – donc moindre que l'économie brute générée – sur le recours à l'AME de droit commun.

DÉPENSES PLURIANNUELLES

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2020

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2019 (RAP 2019)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2019 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2019	AE (LFI + LFRs) 2020 + reports 2019 vers 2020 + prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFRs) 2020 + reports 2019 vers 2020 + prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2020
0	0	927 350 938	927 350 938	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2021	CP 2022	CP 2023	CP au-delà de 2023
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2020	CP demandés sur AE antérieures à 2021 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2022 sur AE antérieures à 2021	Estimation des CP 2023 sur AE antérieures à 2021	Estimation des CP au-delà de 2023 sur AE antérieures à 2021
0	1 069 000 000 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2021 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2021 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2022 sur AE nouvelles en 2021	Estimation des CP 2023 sur AE nouvelles en 2021	Estimation des CP au-delà de 2023 sur AE nouvelles en 2021
1 069 000 000 0	0 0	0	0	0
Totaux	1 069 000 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2021

CP 2021 demandés sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP 2022 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP 2023 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP au-delà de 2023 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021
%	%	%	%

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	1 061 000 000	1 061 000 000	0
Crédits de paiement	0	1 061 000 000	1 061 000 000	0

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

- 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 1er 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 2020, ce dispositif représente 92 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par l'assurance maladie ;
- 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 ;
- d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
 - l'AME dite « humanitaire » (4ème 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.
 - les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole ;
 - l'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5ème alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n°2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la prise en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale. Est également financée l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé).

Ces trois 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.

Acteurs du dispositif

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

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

- la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) : elle coordonne la mise en œuvre du dispositif pour le compte de l'État et établit les statistiques nationales ;
- les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) : elles sont chargées de l'admission des bénéficiaires via l'instruction des demandes, de la remise des titres AME, de la prise en charge des prestations et de la mise en œuvre des contrôles ;
- l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : elle est 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 334 546 au 31 décembre 2019, dont 38 275 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune : 70,5 % ont moins de 40 ans, parmi lesquels 21 % sont des mineurs. Les hommes représentent 54 % de l'effectif total.

Les bénéficiaires de l'AME présentent en moyenne un État de santé plus dégradé que celui de la population générale, comme en témoigne le fort taux de prise en charge des soins en établissements hospitaliers, qui représentent, en 2019, 66 % de la dépense totale engagée par l'assurance maladie, ainsi que le taux de séjours hospitaliers présentant une sévérité particulière (près d'un quart des séjours en 2018). D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé des réfugiés et des migrants dans la région européenne paru en janvier 2019, les mauvaises conditions de vie lors des transits ou dans les pays d'accueil sont responsables de la dégradation de leur État de santé, d'où la nécessité de favoriser l'accès aux soins de ces personnes.

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 représente 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux séances 54 % concernent la dialyse, 28 % la chimiothérapie et 16 % sont des séances de radiothérapies.

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 34 % des dépenses en 2019, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et

spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 38 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 40 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 64,7 % de la dépense : la CPAM de Paris finance 20,3 % de la dépense d'AME totale (France entière), les autres caisses d'Île-de-France représentent 29 % de la dépense totale, celle de Cayenne 8,5 % et celle de Marseille 5,5 %.

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

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 résidence, 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 ont été 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 suit l'évolution des flux migratoires, paramètre par nature difficilement maîtrisable par le responsable du programme. Ces dépenses varient également en fonction de la nature des soins consommés et les tarifs qui y sont associés.

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

Entrée en vigueur	Mesure	Rendement annuel
2012 (nouvelle tarification et compensation)	Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) : Alors que les séjours des patients AME étaient facturés en fonction du tarif journalier de prestation (TJP) propre à chaque hôpital, généralement plus élevé que les tarifs issus de la tarification à l'activité, la tarification des séjours « AME » est désormais alignée sur celle de droit commun, fondée à 80 % sur la base des tarifs nationaux et à 20 % sur la base TJP. Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32% appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15% au 1 ^{er} janvier 2014 puis annulé au 1 ^{er} janvier 2015. Une part des crédits issus de la mission d'intérêt général « Précarité » a également été allouée aux établissements de santé prenant en charge de nombreux patients AME.	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à :
2014 (coefficient ramené à 15%)		- 2012 : 82 M€ en année pleine
		- 2013 : 92 M€
		- 2014 : 123 M€
2015 (coefficient annulé)		- 2015 : 165 M€
	- 2016 : 178 M€	
	- 2017 : 187 M€	
	- 2018 : 191 M€	
2015	Médicaments : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge	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. Cette mutualisation permet de réaliser des économies de gestion de l'ordre de 3,5 M€ par an, par le biais de la diminution du nombre des ETP chargés de l'instruction des dossiers et de la centralisation sur le pôle de Cergy de la fabrication de la carte AME.

Le traitement des factures de « soins urgents » fait également l'objet d'une centralisation progressive depuis le 11 juin 2018. La caisse de Paris gère ainsi les factures des 8 caisses d'Ile-de-France, tandis que la caisse de Calais a pris en charge le traitement des factures de 94 caisses à ce jour et reprendra les factures des caisses des DOM en 2021.

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 ciblés *a posteriori* afin de détecter d'éventuelles fraudes, comme en atteste l'indicateur 1.2 relatif à l'action AME.

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. Néanmoins, en 2020, du fait de la mise en œuvre des plans de continuité d'activité dans les caisses durant la période de confinement, le taux de dossiers contrôlés ne devrait s'élever qu'à 10 %.

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 2019, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 3,2 M€ contre 0,5 M€ en 2018. Ce résultat s'explique principalement par un dossier de fraude qui a concerné 208 assurés pour un montant de plus de 2,4 M€.

Seront également mises en œuvre de nouvelles actions de contrôles sur les « soins urgents ». Ainsi, le caractère « urgent » des soins sera régulièrement vérifié au travers d'enquêtes du service médical placé près des caisses sur un échantillon de dossiers.

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 la quelle 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 devront être déposées en personne à la CPAM à compter du 31 juillet 2020, 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 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.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 061 000 000	1 061 000 000
Transferts aux ménages	1 061 000 000	1 061 000 000
Total	1 061 000 000	1 061 000 000

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

Pour 2021, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 061 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 989,5 M€

Le principal poste de dépenses de l'action est l'AME dite « de droit commun ». Les crédits budgétaires permettent le remboursement des dépenses avancées par la CNAM pour les soins des bénéficiaires de cette prestation.

Pour 2021, le montant des dépenses d'AME de droit commun est de 989,5 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 un effet ressaut correspondant à la dépense non réalisée pendant le confinement.

2. Soins urgents : 70 M€

La dotation dédiée aux soins urgents est ajustée à hauteur de 70 M€ en 2021. 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 : 1,5 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 ;
- Le paiement des hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé de la Réunion et de métropole.

Le montant des crédits prévus pour 2020 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME est reconduit à hauteur de 1,5 M€.

ACTION 0,7 %

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

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	8 000 000	8 000 000	0
Crédits de paiement	0	8 000 000	8 000 000	0

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

Cette législation ancienne (1898), qui fut la première législation en matière de protection sociale, permet aux victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail d'obtenir une indemnisation forfaitaire de leurs préjudices. Ce compromis historique est la pierre angulaire d'un dispositif d'indemnisation qui se veut essentiellement non contentieux et dérogoire 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 2017 à 2020 :

En millions d'euros	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)
Charges	361,6	351,3	308,7	384,4
Dépenses d'indemnisation	301,1	300,3	250,0	320,0
Provisions	52,2	40,8	49,0	54,0
Charges exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres charges	8,3	10,2	9,7	10,4
Produits	365,7	361,1	336,8	318,4
Dotation branche AT/MP	270,0	260,0	260,0	220,0*
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,8	7,7	7,7

En millions d'euros	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)
Reprise sur provisions	49,8	56,1	51,0	54,0
Autres	38,2	37,2	18,1	36,7
Résultat	4,1	9,8	28,09	-65,95
Investissement	0,3	0,4	0,57	0,44
Variation de fonds de roulement	6,3	0,0	25,52	-66,4
Fonds de roulement	100,9	94,9	120,44	54,05

*Montant indiqué sous réserve de son vote en LFSS pour 2021

Pour l'année 2020, le montant total des dépenses est estimé à 308,7 M€, en baisse de 12 % par rapport à l'exécution 2019, dans la continuité d'une décroissance progressive des demandes d'indemnisation mais aussi du contexte de crise sanitaire sur l'année 2020 qui a fortement réduit l'activité du fonds au cours du deuxième trimestre, conduisant à la constitution de stocks, en rattrapage rapide mais qui pourront déboucher sur un décalage de certaines décisions d'indemnisation sur l'exercice suivant. Les produits du FIVA reculeraient de 7 % et s'établiraient à 336,8 M€, dont 260 M€ provenant de la contribution AT-MP et 7,7 M€ de l'État (après mise en réserve). Le résultat de l'exercice 2020 serait ainsi bénéficiaire (28,09 M€).

Pour 2021, les dépenses du FIVA devraient s'élever à 384,4 M€ tandis que ses produits, notamment constitués d'une dotation de la branche AT-MP de 220 M€, calibrée de manière à permettre de conserver un fonds de roulement d'une ampleur suffisante au regard des prévisions de demandes d'indemnisation, et d'une dotation de l'État de 8 M€ (crédits inscrits en PLF, minorés de la réserve de précaution le cas échéant), atteindraient 318,7 M€.

Pour mémoire, depuis 2010, dans un souci de bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, le FIVA n'appelle auprès de la CNAM et de l'ACOSS que la trésorerie nécessaire à la couverture de ses besoins réels. Le FIVA ne place donc plus ses disponibilités sur des périodes longues comme antérieurement.

Évolution des dépenses

L'évolution des dépenses est étroitement corrélée au nombre d'offres et à la mise en œuvre du barème voté par le conseil, selon le principe de la réparation intégrale pour les victimes et pour leurs ayants droits. Les contentieux sont aussi des éléments difficilement maîtrisables d'évolution des dépenses. Les contestations des offres du FIVA aboutissent dans certaines juridictions à une majoration des offres présentées. Des cours ont leur propre barème et une nomenclature des préjudices différente de celle du FIVA.

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

- Des difficultés à prendre en charge la demande en 2020 compte tenu des circonstances exceptionnelles, mais un rattrapage en cours et qui doit s'achever en 2021 :

Compte tenu du mois de janvier perturbé par les grèves dans les transports et, surtout, du confinement lié à la crise sanitaire intervenu de mi-mars à mi-mai, les demandes enregistrées et les offres notifiées ont fortement diminué. Cette évolution s'accompagne de la constitution d'un stock de formulaires non encore saisi dans le système. Sa résorption se fera dans le temps avec un renforcement de l'équipe dédiée à la saisie des formulaires dans l'outil métier Sicof. Par conséquent, les dépenses d'indemnisation sont orientées à la baisse, soit, au terme du premier semestre, 76,1 M€ en 2020 contre 123,5 M€ en 2019 (baisse de 47,4 M€).

S'agissant du poids relatif des demandes de victimes au sein de la demande globale, il affiche une relative stabilité ces trois dernières années (entre 37 et 38 % émanant des victimes), la prévision intègre cette stabilité pour 2020 et 2021.

Sur le premier semestre 2020, le FIVA a enregistré 5 765 demandes. Pour l'année entière, ce serait 14 000 demandes qui seraient enregistrées dans Sicof. Elles se répartissent entre 5 200 unités relatives aux victimes et 8 800 aux ayants droit.

Pour 2021, 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 7 550 demandes émanant de victimes et 12 850 émanant des ayants droit (un niveau supérieur aux années récentes mais tenant compte de l'effet rattrapage).

- 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 dont le nombre est resté quasi stable par rapport à 2018 (-0,3 %). Par conséquent, pour 2020 et 2021, la prévision intègre la poursuite de cette tendance avec une hausse du coût moyen pour les victimes. Ainsi, pour ces dernières, il est fixé à 36 000 euros en 2020 et 38 000 euros en 2021. Pour les ayants droit, il demeure stable à 9 200 euros.

- Un taux de rejet qui se stabilise par rapport à 2019 :

Le taux de rejet observé sur le premier semestre 2020 est de 12,3%, soit en légère baisse de 1,6 point par rapport à l'année 2019 (13,9 %). La montée en charge progressive depuis 2018 de l'utilisation du nouveau formulaire ayants droit a donc produit pour la première fois ses effets en année pleine en 2019. C'est la raison pour laquelle il est raisonnable de penser que, pour l'avenir, il ne jouera plus à la hausse sur le taux de rejet qui pourrait se stabiliser autour de 14 % en 2020 et 2021.

- Un stock de demandes enregistrées sans décision à la hausse en 2020 :

Le stock de demandes enregistrées sans décision s'élève à un peu moins de 13 200 demandes à fin juillet 2020 contre 12 300 fin décembre 2019. On constate donc 900 demandes sans décision en plus par rapport au début d'année. Ce surplus, accumulé en raison des effets du formulaire ayants-droit, mais aussi des conséquences de la grève des transports de décembre 2019 et de la crise sanitaire actuelle, engendrerait un déficit de la dépense attendue en 2020 mais, au contraire, un excès de dépense par rapport à la tendance en 2021 avec un rebond attendu.

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

- **Pour 2020, à 250 M€, dans une fourchette comprise entre 230 et 270 M€ (plus ou moins 20 M€).**
- **Pour 2021, à 320 M€, dans une fourchette comprise entre 300 et 340 M€ (plus ou moins 20 M€).**

La prévision 2020 est confirmée par l'utilisation du modèle à court terme qui repose sur les niveaux de production récemment observées et les montants des offres afférentes.

Aux dépenses d'indemnisations s'ajoutent les dotations aux provisions (49 M€ en 2020 et 54 M€ en 2021), les dépenses de gestion administrative, qui, en dépit de l'ampleur inédite de la crise sanitaire, demeurent maîtrisées et relativement stables d'une année sur l'autre (9,6 M€ en 2020 et 10,4 M en 2021), 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 308,7 M€ pour 2020 et 384,4 M€ pour 2021.