



PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2026

NOTE DE PRÉSENTATION

COMMISSION
DES
FINANCES

Mission
« SANTÉ »

Examen par la commission des finances le vendredi 14 novembre 2025

Rapporteur spécial :

M. Vincent DELAHAYE

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
I. UN BUDGET ARTIFICIELLEMENT MAINTENU À SON NIVEAU DE 2025	5
A. UNE MAQUETTE BUDGÉTAIRE INCHANGÉE	5
B. UNE STABILITÉ DES CRÉDITS HORS CONTRIBUTION DES FONDS EUROPÉENS	6
1. <i>Un budget de 1,7 milliard d'euros</i>	6
2. <i>La prévision peu crédible d'une diminution à venir des dépenses de la mission à périmètre constant</i>	8
II. LE PROGRAMME 183 « PROTECTION MALADIE » : DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT SOUS-BUDGÉTÉES ET MAL MAITRISÉES.....	9
A. UNE BUDGÉTISATION INSINCÈRE DES DÉPENSES RÉELLES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	9
1. <i>Une stabilisation en trompe-l'œil des dépenses d'aide médicale d'État</i>	10
2. <i>La création d'une dette à l'égard de la sécurité sociale</i>	11
B. DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EN CONSTANTE AUGMENTATION	13
1. <i>Une progression de 70 % des dépenses réelles d'AME en dix ans</i>	13
2. <i>... liée tant à la hausse du nombre de bénéficiaires qu'au coût des soins</i>	14
C. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	17
1. <i>Un système français généreux par rapport aux autres pays européens</i>	17
2. <i>Une indispensable réforme structurelle du dispositif à mettre en œuvre</i>	20
D. UNE DOTATION STABLE AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	25
III. LE PROGRAMME 204 « PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS » : DES FINANCEMENTS DISPERSÉS	26
A. UNE AUGMENTATION DU FINANCEMENT DES OPÉRATEURS DE LA MISSION	27
1. <i>Une dotation stable pour l'ANSES</i>	27
2. <i>L'Institut national du Cancer en difficulté pour financer ses projets, malgré une hausse de sa dotation</i>	27
B. UNE ACCÉLÉRATION DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE	29
C. UNE DOTATION EN HAUSSE POUR L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA, À LA SANTÉ FINANCIÈRE FRAGILE	30
IV. LE PROGRAMME 379 « REVERSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE » : UN RÉABONDEMENT PAR LES FONDS EUROPÉENS.....	33
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	35

L'article 49 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) fixe au 10 octobre la date limite pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

À cette date, le rapporteur spécial avait reçu 12,5 % des réponses.

À la date d'examen en commission de la mission le 14 novembre, il a obtenu 66 % des réponses.

I. UN BUDGET ARTIFICIELLEMENT MAINTENU À SON NIVEAU DE 2025

A. UNE MAQUETTE BUDGÉTAIRE INCHANGÉE

La mission « Santé » du budget général participe à la mise en œuvre de la politique globale de santé. Celle-ci est axée autour de trois objectifs : la prévention, la sécurité sanitaire et l'organisation d'une offre de soins de qualité.

La mission est historiquement composée de deux programmes, un troisième s'y étant ajouté en 2022 :

- le programme 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, qui a pour vocation le financement des 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). Il vise ainsi à garantir la protection de la population face à des événements sanitaires importants tout en prévenant le développement de pathologies graves ;

- le programme 183, dédié à la protection maladie, qui finance principalement l'aide médicale d'État (AME), destinée aux personnes étrangères très défavorisées et en situation irrégulière en France depuis plus de trois mois, l'absence de titre de séjour empêchant leur prise en charge au titre de la couverture maladie universelle. De manière plus marginale, le programme 183 contribue depuis 2015 au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ;

- le programme 379 est un programme temporaire qui permet, d'une part, la compensation à la Sécurité sociale des dons de vaccins à des pays tiers et, d'autre part, le versement des recettes de la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées au volet « investissement » du Ségur de la santé.

En outre, **un programme 378 avait été créé à l'initiative du Sénat** par la première loi de finances rectificative pour 2022¹ afin de **financer le développement d'une carte Vitale biométrique** en complément des crédits d'Assurance maladie dédiés à ce projet. Ce programme n'a cependant pas été reconduit dans la nomenclature de la mission depuis le PLF 2023.

Le périmètre de la mission a été substantiellement réduit depuis 2014. En effet, le financement de la majorité des agences sanitaires qu'elle comprenait, et notamment la dotation de Santé Publique France, a été transféré à la sécurité sociale. La mission « Santé » semble donc vouée à n'être qu'un simple vecteur budgétaire de l'Aide médicale de l'État, qui représente 73 % de ses crédits.

¹ Loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022.

B. UNE STABILITÉ DES CRÉDITS HORS CONTRIBUTION DES FONDS EUROPÉENS

1. Un budget de 1,7 milliard d'euros

La mission « Santé » représente, en loi de finances initiale (LFI) pour 2026, 1 668,8 millions d'euros en AE et 1 672 millions d'euros en CP, soit une hausse de 10,7 % en AE et de 11 % en CP, représentant 179 millions d'euros en AE et 190,1 millions d'euros en CP.

Toutefois, une large partie de la hausse des crédits est liée à l'abondement du programme 379 « Reversement à la sécurité sociale des recettes pour la facilité pour la relance et la résilience européenne », qui est abondé uniquement par des crédits européens. Si on exclut le programme 379, les crédits diminuent de 0,6 % en AE et augmentent de 1 % en CP, soit une stabilité des dépenses envisagées entre 2025 et 2026.

Évolution des crédits des programmes et actions de la mission « Santé » entre 2025 et 2026

(en euros)

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	LFI 2025		PLF 2026		Evolution PLF 2026/ LFI 2025 en %	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 204 - Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	219 499 664	211 729 644	210 471 256	213 801 236	-4,3%	1,0%
11 - Pilotage de santé publique	52 747 240	52 777 220	44 897 240	44 927 220	-17,5%	-17,5%
12 - Santé des populations	919 887	919 887	919 887	919 887	0,0%	0,0%
14 - Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	43 532 163	43 532 163	53 132 163	53 132 163	18,1%	18,1%
15 - Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	28 269 998	28 269 998	28 109 998	28 109 998	-0,6%	-0,6%
16 - Veille et sécurité sanitaire	19 426 322	19 426 322	7 607 914	7 607 914	-155,3%	-155,3%
17 - Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4 261 537	4 261 537	4 261 537	4 261 537	0,0%	0,0%
Projets régionaux de santé	70 342 517	62 542 517	71 542 517	74 842 517	1,7%	16,4%
Programme 183 - Protection maladie	1 216 300 000	1 216 300 000	1 216 300 000	1 216 300 000	0,0%	0,0%
02 - Aide médicale d'État	1 208 300 000	1 208 300 000	1 208 300 000	1 208 300 000	0,0%	0,0%
03 Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	0,0%	0,0%
Programme 379 - Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du Volet "Sécur investissement" du Plan national de relance et de résilience (PNRR)	54 000 000	54 000 000	242 000 000	242 000 000	77,7%	77,7%
02 - Sécur de l'investissement du PNRR	54 000 000	54 000 000	242 000 000	242 000 000	77,7%	77,7%
Total (à périmètre courant)	1 489 799 664	1 482 029 644	1 668 771 256	1 672 101 236	10,7%	11,4%
Total (hors programme 379)	1 435 799 664	1 428 029 644	1 426 771 256	1 430 101 236	-0,6%	0,1%

Source : commission des finances d'après les documents budgétaires

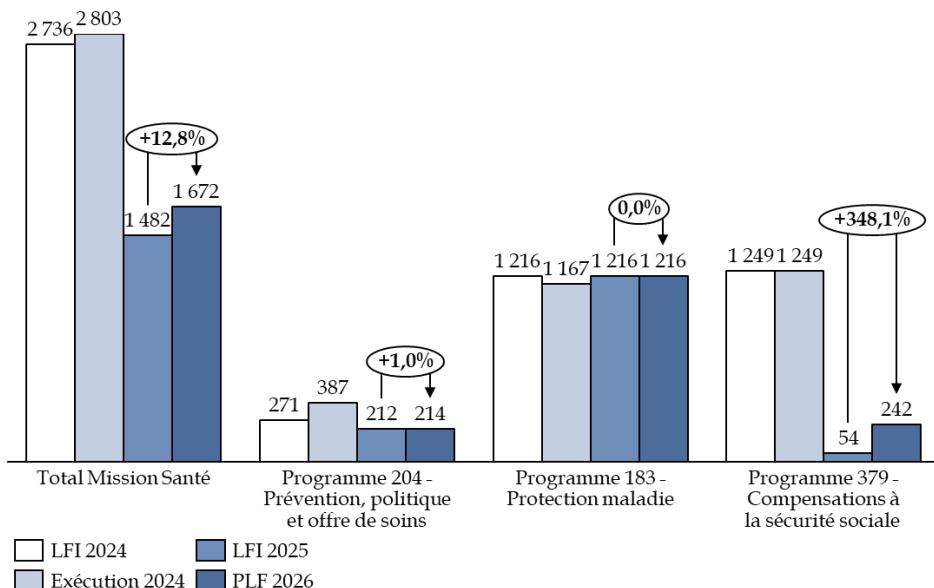
En 2026, le programme 204 représente 13 % des dépenses de la mission et le programme 379 correspond à 14,5 % des dépenses, le reliquat étant consacré au programme 183 « Protection maladie ».

Ainsi, le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »** représenterait **210,5 millions d'euros en AE et 213,8 millions d'euros en CP**, soit une baisse de 4,3 % en AE et une hausse de 1 % en CP. En volume, le programme perdrait 9 millions d'euros en AE et gagnerait 2 millions d'euros en CP. Cette variation, à la marge, est largement due à l'expiration du fonds européen RescUE, l'action 16 « Veille et sécurité sanitaire » finançant la TVA associée aux projets subventionnés par ResUE.

Concernant le **programme 183 « Protection maladie »**, qui comprend essentiellement l'aide médicale de l'État, ainsi que la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), les crédits sont maintenus au même niveau qu'en LFI 2025, à hauteur de **1,216 milliard d'euros** en AE et en CP. Cette action est toutefois largement sous-budgétisée, en raison de la sous-estimation des dépenses relatives à l'aide médicale de l'État (voir *infra*).

Enfin, les crédits du programme 379 « Reversement à la sécurité sociale des recettes pour la facilité pour la relance et la résilience européenne » sont réhaussés de 188 millions d'euros pour représenter dans le présent budget un total de **242 millions d'euros**. Un rééchelonnement des financements de la facilité pour la relance et la résilience européenne jusqu'en 2028 a en effet eu lieu via une convention passée entre le ministère de l'économie et le ministère de la santé.

Évolution des crédits des programmes de la mission « Santé » entre 2024 et 2026
(en millions d'euros et en CP)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les documents budgétaires

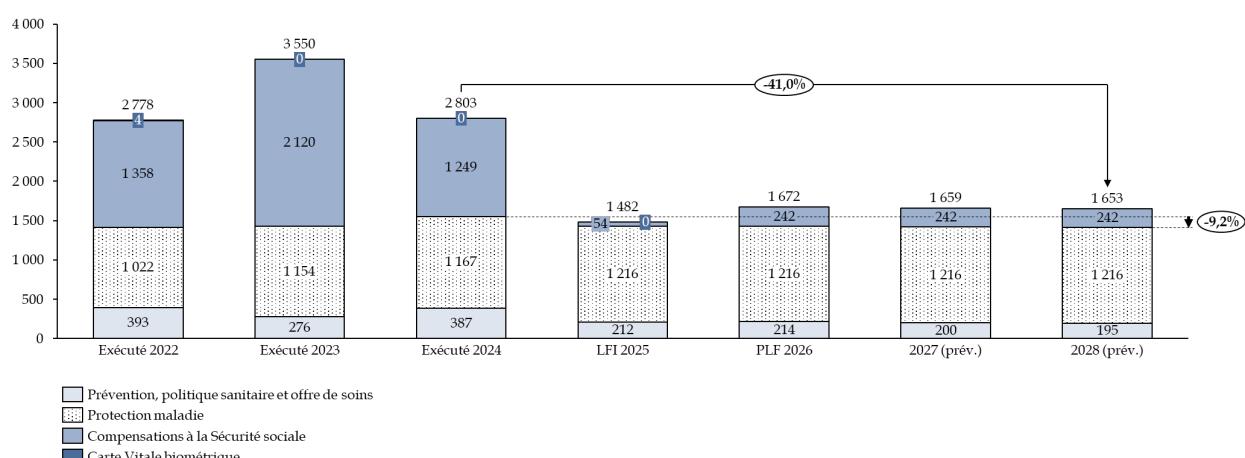
2. La prévision peu crédible d'une diminution à venir des dépenses de la mission à périmètre constant

Les dépenses associées à la mission « Santé », hors programme 379, n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 2024, dernière année pour laquelle l'exécution budgétaire complète est disponible. Entre 2023 et 2024 par exemple, les dépenses ont augmenté de 8,7 % hors programme 379.

Pour autant, le présent budget anticipe une décroissance des dépenses de la mission « Santé » de 9,2 % entre 2024 et 2028, en raison notamment de la stabilité des dépenses d'aide médicale de l'État (AME). **Une telle évolution est extrêmement peu probable au vu de la dynamique de l'AME, au moins en l'absence de mesures substantielles de réforme du dispositif (voir *infra*). La programmation budgétaire apparaît donc largement insincère et sous-estimée sur l'ensemble de la mission « Santé ».**

Évolution des crédits de la mission « Santé »

(en millions d'euros)



Note : Le programme 378, créé à l'initiative du Sénat en loi de finances rectificative pour 2022, n'a pas été reconduit depuis la LFI 2023.

Source : commission des finances du Sénat, d'après les documents budgétaires

II. LE PROGRAMME 183 « PROTECTION MALADIE » : DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT SOUS-BUDGÉTÉES ET MAL MAITRISÉES

A. UNE BUDGÉTISATION INSINCÈRE DES DÉPENSES RÉELLES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Le programme 183 « Protection maladie » est quasi-exclusivement constitué des crédits destinés à l'aide médicale d'État (AME), créée en 1999¹.

Les différents dispositifs d'aide médicale d'État

L'aide médicale d'État (AME) recouvre plusieurs dispositifs :

1. **L'AME de droit commun** est consacrée à la protection de la santé des personnes étrangères vivant en France depuis au moins trois mois consécutifs en situation irrégulière et, de ce fait, non éligibles à la protection universelle maladie (PUMa). Ces personnes ne doivent pas disposer de ressources dépassant un certain plafond annuel (10 339 euros pour une personne seule en métropole en 2025). Elle permet un accès de ce public à des soins préventifs et curatifs et doit permettre de juguler le risque d'extension d'affections contagieuses non soignées au sein de la population. Gérée par l'Assurance maladie, **elle représente 1 137,3 millions d'euros dans le présent projet de loi de finances**, soit 93,5 % des crédits de l'action n° 2 ;

2. **l'AME pour soins urgents concerne les étrangers en situation irrégulière, sans condition de résidence**, dès lors que leur pronostic vital est engagé ou qu'ils sont victimes d'une altération grave et durable de leur état de santé. Les soins sont réglés par l'Assurance maladie, qui bénéficie d'une subvention forfaitaire versée par l'État. Cette dotation a été portée à **70 millions d'euros** en 2022, pour s'ajuster aux dépenses effectivement constatées, et **son montant est inchangé pour 2026** ;

3. Enfin, de manière beaucoup plus limitée et **pour un montant évalué à 1 million d'euros** pour 2026, identique à celui de 2025, sont financées par l'AME :

- **l'AME humanitaire**, qui vise les prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas sur le territoire. Cette couverture est accordée au cas par cas par le ministère chargé de l'action sociale et doit permettre, chaque année, à une centaine de personnes disposant de faibles revenus de régler une dette hospitalière ;

- **l'aide médicale accordée aux personnes gardées à vue** qui se limite à la prise en charge des médicaments – si l'intéressé ne dispose pas des moyens nécessaires à leur acquisition – et aux actes infirmiers prescrits, ainsi que l'aide médicale fournie aux **personnes placées en rétention administrative** pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention.

Ces deux dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités.

Source : commission des finances du Sénat

¹ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 concernant la couverture maladie universelle.

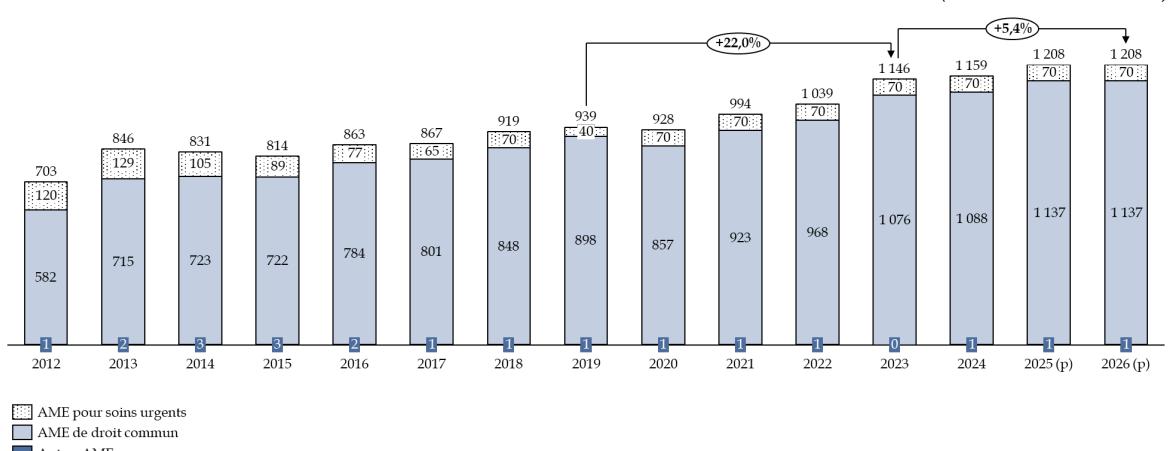
1. Une stabilisation en trompe-l'œil des dépenses d'aide médicale d'État

La hausse des dépenses d'AME, constante depuis quelques années, a tendance à ralentir entre 2023 et 2024. L'exécution des crédits s'élève à 1,159 milliard d'euros en 2024, soit **1,1 % de plus qu'en 2023**. Les dépenses liées à l'AME avaient pourtant progressé de 10,3 % entre 2022 et 2023.

Ces dépenses n'augmenteraient que de 4,3 % entre 2024 et 2025, et seraient stables entre 2025 et 2026.

Évolution des dépenses de l'aide médicale de l'État dans le budget de l'État

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les documents budgétaires

Les dépenses d'AME sont toutefois plus élevées que celles qu'affiche le budget de l'État.

D'une part, l'État ne prend en charge **qu'une partie de l'AME pour soins urgents, à hauteur d'une dotation de 70 millions d'euros en 2024 par exemple, le reste (61,8 millions d'euros en 2024) étant pris en charge par l'Assurance maladie.**

Par ailleurs, malgré la formulation très explicite de l'article L. 253-2 du code de l'action sociale et des familles selon laquelle les dépenses d'AME de droit commun sont financées par l'État, **les dépenses de l'aide médicale de l'État de droit commun n'ont pas toujours été prises en charge intégralement par l'État**. Or l'AME est une dépense de guichet. **Les remboursements versés aux bénéficiaires de l'AME sont ainsi effectués quel que soit le niveau de crédits budgétaires provisionnés par le gouvernement, qui doit rembourser la Sécurité sociale des frais qu'elle a avancés aux professionnels médicaux.** Si l'État ne programme pas suffisamment de crédits budgétaires pour financer l'intégralité des dépenses d'AME de droit commun, alors une **dette à l'égard de la Sécurité sociale est créée**.

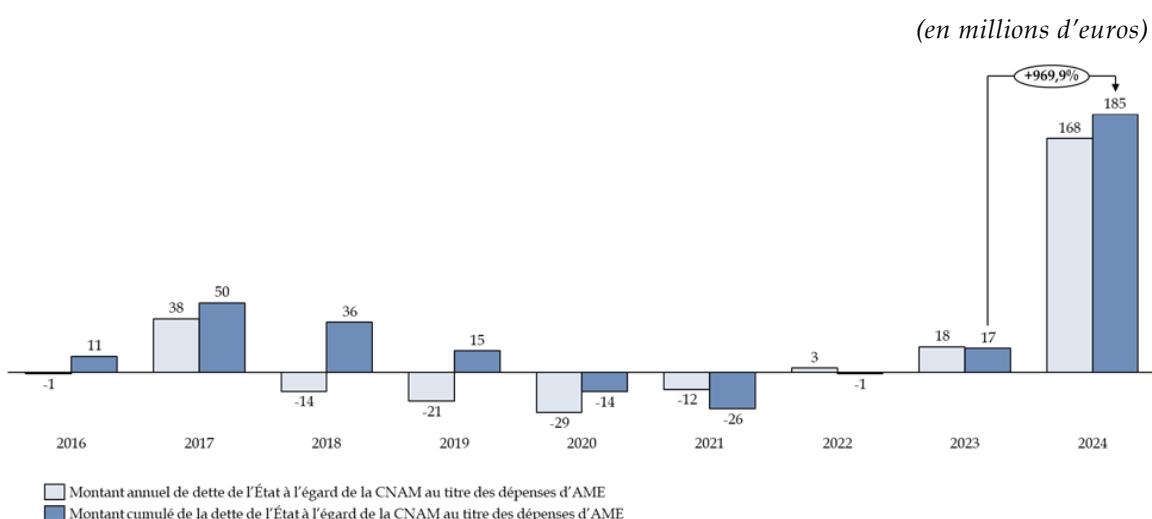
Or, en particulier en 2024, comme le relève également la Cour des comptes¹, le décret d'annulation du 21 février 2024² a supprimé près de 50 millions d'euros de crédits au titre de l'aide médicale de l'État (AME), alors que la direction de la sécurité sociale avait déjà indiqué qu'elle prévoyait une dépense d'AME supérieure à celle qui a été budgétée en loi de finances initiale pour 2024.

Les dépenses d'AME de droit commun s'élèvent en réalité à 1,255 milliard d'euros en 2024, soit une hausse de 15 % des dépenses par rapport à 2023, représentant 181 millions d'euros. Pour 2025, la dépense réelle d'AME de droit commun pourrait s'élever à **1,314 milliard d'euros** au total. Elle est au 31 août 2025 de **859,8 millions d'euros**.

2. La création d'une dette à l'égard de la sécurité sociale

En conséquence, les crédits ouverts en 2024 au titre de l'AME sont largement inférieurs aux dépenses effectives, à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). L'État a ainsi contracté une dette à l'égard de la CNAM, d'un montant total de **185,1 millions d'euros à fin 2024**. L'ampleur de la dette de l'État à l'égard de la CNAM au titre des dépenses d'AME est inédite en 2024, puisqu'elle n'avait atteint que le maximum de 50 millions d'euros en 2017.

Montant annuel et cumulé de dette de l'État vis-à-vis de la CNAM au titre de l'aide médicale de l'État



Source : commission des finances du Sénat, d'après les documents budgétaires

¹ [Note d'exécution budgétaire, mission « Santé » du budget général de l'État, avril 2024](#).

² Décret n° 2024-124 du 21 février 2024 portant annulation de crédits.

Cette situation risque de s'aggraver en 2025 : en effet, en LFI 2025, les dépenses prévues au titre du programme 183 « Protection maladie », qui finance l'AME, ont été figées à 1,208 milliard d'euros, soit au même niveau qu'en 2025. Le projet de loi de finances initiale pour 2025 prévoyait pourtant des dépenses de 1,319 milliard d'euros, dont 1,248 milliard d'euros pour l'aide médicale de l'État de droit commun. Au titre de 2025, au vu des dépenses envisagées, une nouvelle dette d'un montant de 177 millions d'euros pourrait finalement être créée. Pour autant, aucune réforme structurelle pouvant permettre de maîtriser les dépenses d'AME, n'a été prise, ni par voie législative, ni par voie réglementaire, malgré des annonces en ce sens du Gouvernement Bayrou.

Une telle situation n'est pas acceptable : une budgétisation sincère et fiable des dépenses réelles d'aide médicale de l'État est absolument indispensable.

Le rapporteur spécial considère qu'il est particulièrement dommageable de prévoir des baisses de crédits, comme cela a été fait en 2024 via le décret d'annulation précité, sans y associer de réforme structurelle de l'AME, nécessaire pour maîtriser le niveau réel des dépenses.

Par ailleurs, il est remarquable que sur les 167,8 millions d'euros non financés par l'État de dépenses d'aide médicale de l'État en 2024, seuls 50 millions d'euros sont liés à une annulation par voie décrétale. **Ainsi, près de 117,8 millions d'euros ont été dépensés sans avoir été budgétés, en raison d'une erreur de prévision.** Il serait souhaitable qu'une amélioration de la méthodologie de prévision soit mise en œuvre, afin d'éviter de telles erreurs à l'avenir.

La Cour des comptes¹ recommande de « *revoir la méthode de prévision des dépenses d'AME dans un but de transparence budgétaire et afin de faciliter le pilotage des crédits* », recommandation à laquelle le rapporteur spécial s'associe. En effet, les dépenses d'AME semblent mal suivies : seul un relevé trimestriel des dépenses et du nombre de bénéficiaires est disponible à ce stade, et ce avec plus de 4 mois de retard, au mieux. Un suivi plus régulier paraît absolument nécessaire, en vue de fiabiliser la programmation budgétaire, alors que la direction de la sécurité sociale rencontre des difficultés dans ses prévisions, comme l'a d'ailleurs recommandé le rapporteur spécial dans un rapport² récent.

¹ [Note d'exécution budgétaire, mission « Santé » du budget général de l'État, avril 2024.](#)

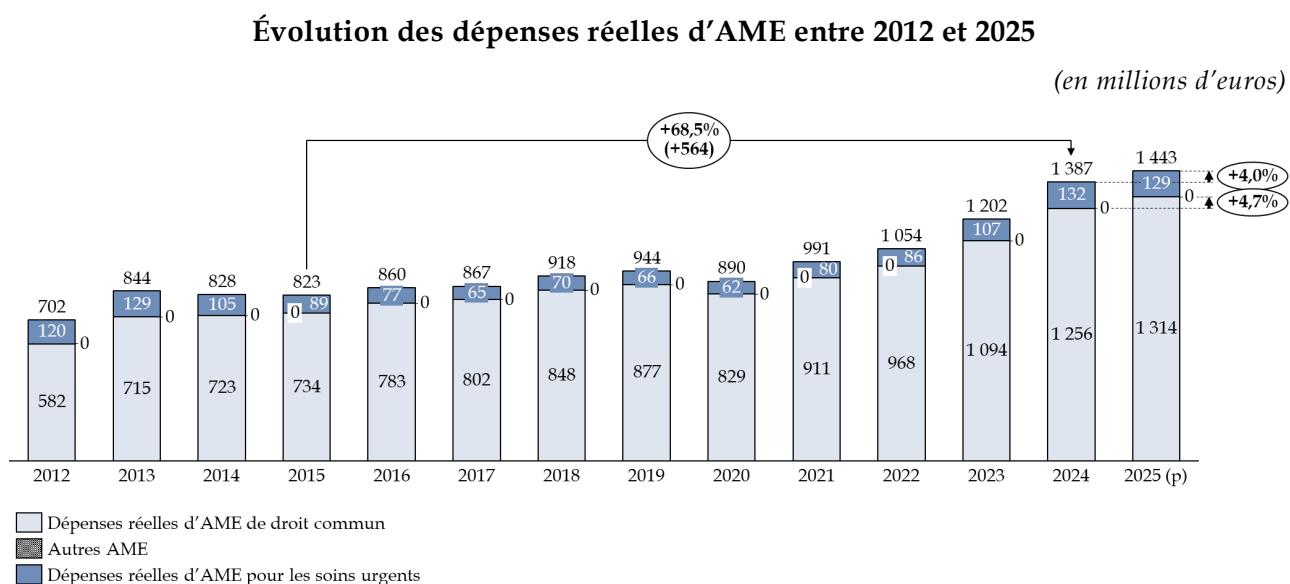
² [Rapport d'information n° 841 \(2024-2025\) sur l'Aide médicale d'État, déposé le 9 juillet 2025 par M. Vincent DELAHAYE au nom de la commission des finances.](#)

B. DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EN CONSTANTE AUGMENTATION

1. Une progression de 70 % des dépenses réelles d'AME en dix ans...

Les dépenses réelles d'aide médicale d'État s'élèvent en 2024 à **1 387 millions d'euros**, dont 1 256 millions d'euros pour l'AME de droit commun, qui doit être financée intégralement par l'État. Les dépenses d'AME pour « soins urgents » s'élèvent à **132 millions d'euros**. Celles-ci n'ont pas à être prises en charge intégralement par l'État, contrairement à l'AME de droit commun.

Au global, les dépenses d'AME ont augmenté de 68,5 % en dix ans, entre 2014 et 2024, représentant **564 millions d'euros** de dépenses en plus. Il s'agit d'une hausse bien supérieure à l'inflation, qui traduit l'absence totale de maîtrise du dispositif d'AME.



Source : commission des finances d'après les documents budgétaires

En 2025, les dépenses réelles d'AME s'élèveraient à 1 443 millions d'euros¹, dont 1 314 millions d'euros pour l'AME de droit commun et 129 millions d'euros pour l'AME pour soins urgents. **L'État aurait donc dû budgéter une dotation de 1 385 millions d'euros pour l'AME en 2025 en l'absence de réforme de fond du dispositif, au lieu des 1 208 millions d'euros prévus, ce qui correspond à une sous-budgétisation de 177 millions d'euros.**

¹ D'après des informations communiquées en audition par la Direction de la sécurité sociale.

Les dépenses devraient augmenter de 4,7 % entre 2024 et 2025 au total. Concernant l'AME de droit commun, la hausse devrait être de 4 % des dépenses.

Or pour l'année 2026, les documents budgétaires indiquent :

- d'une part, que les soins de ville hors produits de santé représentent en 2024 environ 26,5 % des dépenses d'AME. La dépense moyenne de soins de ville augmenterait en moyenne de 2,6 % entre 2025 et 2026, ce qui représenterait une hausse de **9 millions d'euros** ;

- d'autre part, la dépense moyenne en prestations hospitalières et en produits de santé resterait stable en 2026 ;

- l'ensemble des dépenses augmenterait sous l'effet de la hausse du nombre de bénéficiaires, estimée à 4 % entre 2025 et 2026, ce qui représenterait au total **52,6 millions d'euros** de dépense supplémentaires.

Ainsi, selon ces prévisions à considérer avec précaution, les dépenses réelles d'AME de droit commun pourraient s'élever en 2026 à **1 375,6 millions d'euros**, alors que seuls 1 137 millions d'euros ont fait l'objet d'une budgétisation par l'État, soit un manque de **238,6 millions d'euros**, qui pourrait occasionner la création d'une dette de ce montant de l'État à l'égard de la sécurité sociale. **Une réforme structurelle du dispositif doit donc être opérée, non seulement pour que la budgétisation corresponde à l'exécution des dépenses, et pour permettre même de réaliser des économies.**

Prévision et exécution réalisée ou anticipée des dépenses d'AME de droit commun entre 2024 et 2026

	Prévision	Exécution	Dette contractée à l'égard de la sécurité sociale
2024	1088	1256	185
2025 (p)	1137	1385	248
2026 (p)	1137	1376	238
Total de dette cumulée			671

Source : calculs de la commission des finances d'après les documents budgétaires

2. ... liée tant à la hausse du nombre de bénéficiaires qu'au coût des soins

En 2024, l'augmentation du nombre moyen de bénéficiaires a ralenti, puisqu'elle a été de 1,9 %, après une hausse de 11 % en 2022 et 2023. On comptait, fin 2024, **465 208 bénéficiaires de l'AME de droit commun**, soit environ 8 500 de plus qu'un an auparavant.

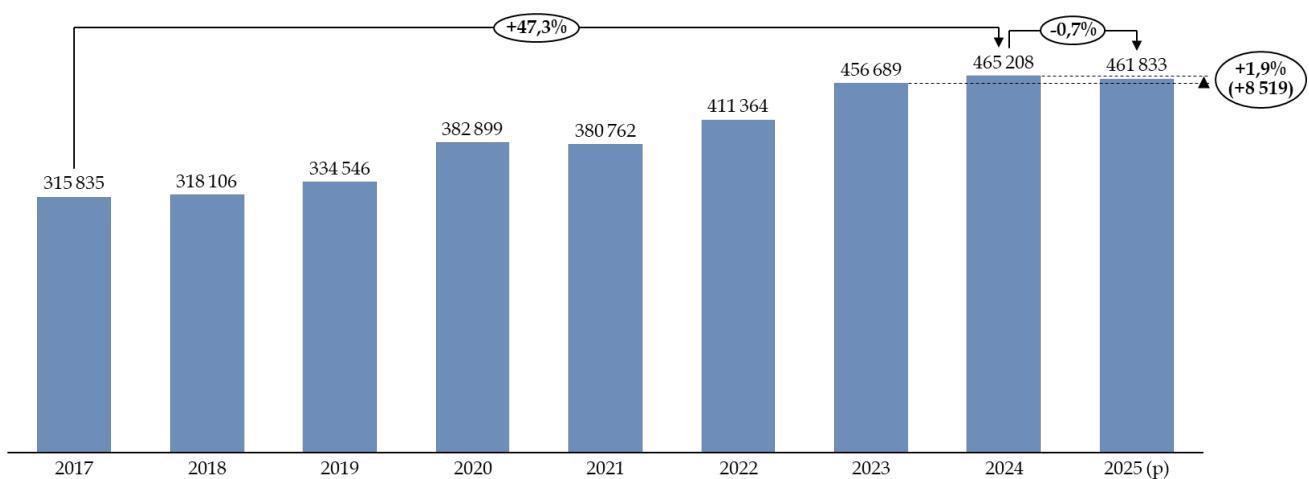
Au 31 mars 2025, ce sont **461 833 bénéficiaires de l'AME** qui sont comptabilisés, soit une décrue de 0,7 % par rapport à 2024. S'il est très regrettable de ne pas disposer d'une évaluation actualisée du nombre de bénéficiaires de l'AME, cette première estimation semble confirmer un

ralentissement de la hausse du nombre de bénéficiaires, voire une décrue entre 2024 et 2025. Il est possible, à ce titre, que l'augmentation de 4 % envisagée entre 2025 et 2026 soit surestimée par le ministère.

Entre 2017 et 2024, la hausse du nombre de bénéficiaires de 47,3 % est frappante, et illustre bien l'absence de maîtrise des flux migratoires en France. C'est bien cette augmentation qui est principalement à l'origine de la progression globale des dépenses d'AME, de 60,1 % à la même période.

Évolution du nombre moyen annuel de bénéficiaires des dépenses d'AME de droit commun

(en nombre de bénéficiaires)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les documents budgétaires

Les bénéficiaires de l'AME sont significativement concentrés sur l'Île-de-France, qui totalise 45,7 % des bénéficiaires en 2024, et en Guyane, qui en représente près de 7,4 %. Le dispositif d'AME n'est par ailleurs pas applicable à Mayotte. Dans ce département, une participation forfaitaire est demandée aux patients en situation irrégulière, dont le nombre est difficile à évaluer¹. L'essentiel des frais de santé correspondants est financé par l'Assurance maladie, sur les crédits du Fonds d'intervention régional² (FIR).

¹ Selon l'Insee, en 2015, la moitié des étrangers non natifs de Mayotte se trouvait en situation administrative irrégulière (Insee analyses La Réunion Mayotte, n° 12, mars 2017), soit sans doute plus de 40 000 personnes compte tenu du nombre d'étrangers nés à l'étranger, évalué à près de 82 000 en 2017 (Insee, « À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère », Insee Première, n° 1737, février 2019).

² Voir à ce sujet le rapport d'information n° 833 (2021-2022) de la commission des affaires sociales : Mayotte : un système de soins en hypertension – juillet 2022.

Nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun en fin d'année

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (2)
Métropole	286 669	285 365	296 271	339 745	340 282	365 171	412 453	424 358	423 554
<i>dont Île-de-France</i>	165 612	163 202	168 768	194 183	190 159	201 819	221 299	212 725	231 677
Outre-mer (1)	29 166	32 741	38 275	43 154	40 480	46 193	44 236	40 850	38 279
<i>dont Guyane</i>	25 178	29 533	34 510	39 145	36 566	40 870	37 784	34 586	32 072
Total	315 835	318 106	334 546	382 899	380 762	411 364	456 689	465 208	461 833

(1) Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. L'AME ne s'applique pas à Mayotte.

(2) Les données après le premier trimestre 2025 ne sont pas disponibles à ce jour.

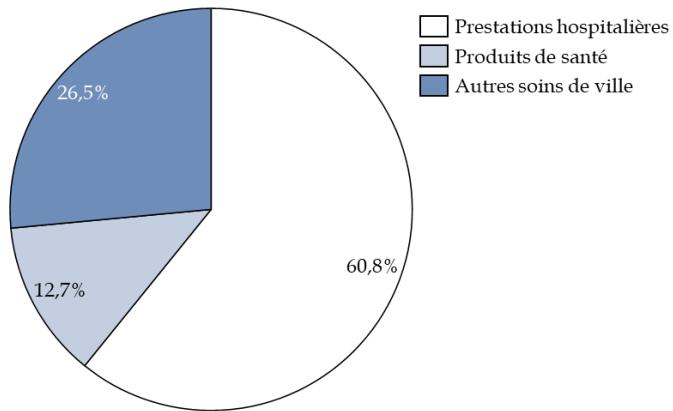
Source : commission des finances du Sénat, d'après les réponses au questionnaire budgétaire

La dépense moyenne en soins de santé par bénéficiaire de l'AME demeure modérée par rapport à la moyenne des assurés sociaux. Elle ainsi s'élevait à 2 699 euros en 2024, tandis qu'en comparaison, la dépense moyenne de la population générale couverte était de 3 659 euros en 2023¹, date de la dernière estimation disponible. Il est à noter toutefois que 7,5 % des dépenses est financée par les ménages dans le cadre du reste à charge, alors que pour les bénéficiaires de l'AME, ce dernier est nul. Par ailleurs, 12,4 % des dépenses relèvent des organismes complémentaires. Seuls 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux est financée par les administrations publiques, représentant 2 927 euros par bénéficiaire.

Les dépenses des bénéficiaires de l'AME sont assez spécifiques en termes de structure de la dépense de soins. **Près de 60,8 % des dépenses sont constituées de prestations hospitalières, tandis que les produits de santé ne représentent que 12,7 % des dépenses et les soins de ville 26,5 % des dépenses.**

¹ Ce calcul est effectué à partir de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) totale et du nombre de résidents sur le territoire français en 2023.

Répartition par postes de dépenses d'AME en 2024
(en pourcentage)



Source : commission des finances d'après la direction de la sécurité sociale

Parallèlement, les prestations hospitalières représentent seulement 49,1 % des dépenses de soins et de biens médicaux pour l'ensemble de la population, alors que les soins de ville comptent pour 29 % des dépenses et les produits de santé 21,9 %.

C. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

1. Un système français généreux par rapport aux autres pays européens

La totalité des pays européens étudiés prend en charge les soins urgents, c'est-à-dire indispensables à la survie du patient, dont bénéficient les étrangers en situation irrégulière. **Le panier de soins pris en charge est toutefois généralement plus restrictif qu'en France.**

Au Danemark, les soins urgents (accident, maladie subite, aggravation d'une maladie chronique) sont pris en charge gratuitement y compris pour les étrangers en situation irrégulière. Les **soins hospitaliers non urgents** sont également pris en charge lorsqu'il n'est pas jugé raisonnable **de diriger la personne vers un traitement dans son pays d'origine**. Les cas pris en charge dépendent des établissements de santé et des autorités sanitaires locales (régions). Une participation financière peut également être demandée au cas par cas.

En particulier, **les soins liés aux grossesses sont susceptibles de faire l'objet de participations financières, tout comme les vaccinations**. Le Danemark constitue en ce sens une exception : dans la plupart des pays européens étudiés, les soins liés à la grossesse ou à la vaccination sont pris en

charge intégralement. **L'urgence des situations est appréciée au cas par cas par les hôpitaux.**

En Suisse, conformément à l'article 12 de la Confédération fédérale, toute personne en situation de détresse peut obtenir de l'aide sur les soins médicaux indispensables à sa survie. Chaque canton définit la liste des soins couverts dans ce cadre.

Seuls le Danemark et la Suède ne prennent pas en charge intégralement le traitement des maladies infectieuses, la prévention et les frais liés à la grossesse. Certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Italie) permettent l'accès à un panier de soins élargi notamment aux actions de prévention, et à la prise en charge de la grossesse mais plus limité que celui des assurés sociaux.

En Allemagne, une loi fédérale établit un plancher de soins qui doivent être pris en charge. Ensuite, chaque Länd définit soit une réglementation s'appliquant à l'ensemble des communes, soit une réglementation cadre mise en œuvre par les communes le souhaitant.

Selon la loi, le panier de soins inclut :

- les urgences ;
- les soins médicaux et dentaires nécessaires pour le traitement des maladies et **douleurs aigues**. L'appréciation des douleurs aigues est toutefois variable selon les Länder et peut être laissée à l'appréciation du soignant, ce qui pose des difficultés ;
- le suivi des grossesses et l'accompagnement post-grossesse ;
- un schéma vaccinal complet.

La **recommandation-cadre** de l'union fédérale des caisses d'assurance maladie et des congrès allemands des villes, qui est appliquée dans un grand nombre de Lander, limite pour le traitement des maladies chroniques la couverture aux **soins indispensables pour prévenir une aggravation de la maladie**. Elle exclut :

- la prévention ;
- les aides ménagères ;
- l'insémination artificielle ;
- la stérilisation ;
- les programmes de soins programmés pour les maladies chroniques ;
- les soins à l'étranger ;
- les prestations monétaires.

Sont soumis à autorisation préalable :

- les traitements hospitaliers non urgents ;
- la rééducation physique ;
- la psychothérapie ;
- les soins à domicile ;
- certains dispositifs médicaux (chaises roulantes) ;
- certains traitements dentaires (orthodontie).

Ce régime s'applique aux demandeurs d'asile et aux étrangers sans titre de séjour régulier, les 18 premiers mois de résidence sur le territoire. À noter, concernant la prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile (relevant de la PUMA en France), la prise en charge des soins supérieurs à 250 euros peut impliquer une autorisation écrite.

Le panier de soins pris en charge par l'Allemagne pour les étrangers en situation irrégulière est donc moins large que celui appliqué en France.

Au **Royaume-Uni**, les pouvoirs publics ont introduit des dispositifs pour limiter le recours aux soins de santé. En particulier, les hôpitaux ont l'obligation de déterminer si un patient doit être facturé des soins qu'il reçoit : certains établissements sont dotés **d'agents dédiés aux patients étrangers** à ce titre.

Les soins délivrés par la médecine de ville sont gratuits. Concernant l'hôpital, certains actes sont de toute façon gratuits :

- le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses mentionnées dans une liste ;
- le traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
- les actes relevant du planning familial (sauf l'IVG) ;
- les soins requis pour une pathologie physique et mentale résultant d'un acte de torture, de mutilations sexuelles féminines ou de violences conjugales et sexuelles ;
- les **actes urgents pour la survie du patient** – mais dans ce cas les soins délivrés ultérieurement sont facturés.

Ces soins deviennent d'ailleurs onéreux s'il est établi que la personne est venue au Royaume-Uni pour les recevoir.

Pour les autres soins, **les étrangers en situation irrégulière doivent s'acquitter par avance du coût de leur prise en charge**, cadre qui s'applique également aux étrangers présents régulièrement sur le sol britannique. S'ils ne peuvent pas payer, ils doivent avoir un garant. Toutefois, **le recouvrement des créances dues par les étrangers est notoirement difficile** (y compris pour les créances dues par des étrangers présents régulièrement sur le sol) – surtout quand les personnes n'ont pas de papier d'identité.

Certains pays, comme l'Espagne ou encore la Belgique, font bénéficier les étrangers en situation irrégulière de pratiquement l'ensemble des soins dont bénéficient les assurés sociaux.

En 2012, l'Espagne avait drastiquement réduit la prise en charge des soins aux personnes en situation irrégulière aux soins urgents, à la maternité et aux mineurs de moins de 18 ans. **Toutefois, ce cadre a été revu en 2018, pour décharger les urgences hospitalières. Les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier des soins gratuits dans les mêmes conditions que les citoyens espagnols. Ils doivent toutefois s'acquitter de 40 % du prix des médicaments**, ne bénéficiant pas d'une réduction de ce ticket modérateur.

En **Belgique**, l'aide médicale d'urgence est définie au niveau fédéral et est mise en œuvre et gérée localement par les centres publics d'action sociale (CPAS). Les CPAS disposent de l'autonomie de décision pour définir l'étendue de la prise en charge, laquelle correspond à tous les soins jugés « nécessaires » par un médecin établissant un certificat médical. **Il n'existe pas de définition préalable des soins nécessaires, qui peuvent donc recouvrir en théorie tous les soins concernés.**

2. Une indispensable réforme structurelle du dispositif à mettre en œuvre

Une réforme de l'AME est donc à la fois possible et absolument nécessaire, comme l'a déjà recommandé à plusieurs reprises le rapporteur spécial. **L'absence d'articulation entre politique de l'immigration et prise en charge des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière** met par ailleurs en cause la pertinence de l'inclusion de l'AME dans la mission « Santé ».

Plusieurs mesures sont entrées en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2020 afin de mieux prévenir les risques de fraudes et de détournements abusifs du dispositif de l'AME.

Une **condition de durée minimale de séjour irrégulier de trois mois** est désormais nécessaire pour obtenir le bénéfice de l'AME¹, afin d'éviter un accès immédiat au dispositif dès l'expiration d'un visa touristique ; de même, une **obligation de dépôt physique de la première demande d'AME²** a été instituée.

Les caisses primaires d'Assurance maladie ont commencé, par l'interrogation de la base Visabio, à **vérifier que les demandeurs ne disposaient pas d'un visa en cours de validité**, situation devant les exclure du bénéfice de l'AME.

¹ Article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles.

Des mesures de lutte contre la fraude, réelles mais pouvant encore être améliorées

De mesures de lutte contre la fraude ont été mises en œuvre. Ainsi, 15,5 % des dossiers d'AME ont fait l'objet d'un contrôle en 2024. Un objectif de 15 % de contrôles est proposé pour 2025. Les dossiers contrôlés font l'objet d'une double instruction vérifiant notamment l'exactitude des ressources déclarées, le respect des critères de résidence ou encore la conformité des pièces justificatives. Environ 2,3 % des dossiers contrôlés ont présenté une anomalie conduisant à un rejet de la demande d'AME. Le préjudice des fraudes détectées s'élève en 2024 à 0,91 million d'euros.

La Caisse nationale d'Assurance maladie conduit également des contrôles ciblés sur les consommations de médicaments présentant des montants élevés ou des anomalies. Un programme national de contrôle mis en œuvre depuis 2019 permet de vérifier la stabilité de la résidence en France des assurés de l'AME, en exploitant les signalements d'organismes ou *via* des échanges avec les consulats.

Des contrôles supplémentaires pourraient toutefois être conduits, par exemple concernant l'attribution des numéros de sécurité sociale.

Source : commission des finances

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le bénéfice de certaines **prestations programmées et non urgentes est subordonné à un délai d'ancienneté de neuf mois de bénéfice de l'AME**¹. Pour les cas les plus urgents ne pouvant attendre le délai d'ancienneté, la prise en charge par l'AME est également possible après accord préalable du service du contrôle médical de la caisse primaire d'Assurance maladie. Selon le rapport² Evin-Stefanini, un peu plus de 20 demandes d'accord préalable avaient été dénombrées par l'Assurance maladie en 2022.

Le rapport Evin-Stefanini, publié en décembre 2023, faisait des recommandations, dont certaines de niveau législatif. Les auteurs préconisent notamment un **régime d'accord préalable permanent par les caisses primaires d'Assurance maladie** pour l'accès au panier de soins défini à l'article R251-3 du code de l'action sociale et des familles, qui comprend en particulier les opérations de la cataracte, la pose de prothèses de genoux et d'épaules, d'implants cochléaires ou les interventions sur le canal carpien.

¹ Articles L. 251-1 et R. 251-4 du code de l'action sociale et des familles.

² Rapport sur l'aide médicale d'État, Claude Evin et Patrick Stefanini, décembre 2023.

Rapport Evin-Stefanini

Le rapport Evin-Stefanini, publié le 4 décembre 2023, propose plusieurs recommandations de réforme de l'Aide médicale d'État, notamment :

- l'émancipation des majeurs ayants-droits pour le bénéfice de l'AME ;
- le resserrement de la vérification des conditions d'accès (présence physique du bénéficiaire à chaque dépôt de dossier et retrait de cartes, amélioration de la formation des agents des CPAM à la détection de faux papiers) ;
- l'exclusion du bénéfice de l'AME des personnes frappées d'une mesure d'éloignement du territoire pour motif d'ordre public ;
- l'extension du recours à l'accord préalable (application au-delà de 9 mois, extension à d'autres actes ou affections).

Source : commission des finances

Le rapporteur spécial, dans son rapport précité, a également fait des recommandations nombreuses, tendant notamment à redéfinir les droits ouverts au titre de l'AME, en s'inspirant du modèle allemand, et à lutter contre la fraude. Celles-ci doivent être mises en œuvre à la fois au niveau réglementaire et législatif.

Les recommandations du rapporteur spécial relatives à la maîtrise du dispositif d'AME

Recommandation n° 1 : Imposer une visite médicale obligatoire, dans le pays d'origine, grâce à un réseau de médecins « agréés » aux personnes souhaitant bénéficier d'un visa de longue durée en France (*direction générale des étrangers de France, ministère des affaires étrangères*).

Recommandation n° 2 : intégrer les demandeurs d'asile au régime de l'AME (*direction de la sécurité sociale - DSS, caisse nationale d'assurance maladie - CNAM*).

Recommandation n° 3 : actualiser chaque mois les remontées de dépenses et de bénéficiaires de l'aide médicale de l'État afin d'améliorer la prévision (*DSS, CNAM*).

Recommandation n° 4 : enregistrer le statut administratif des personnes sollicitant ou bénéficiant d'une greffe (*agence de biomédecine*).

Recommandation n° 5 : limiter le bénéfice de l'aide médicale de l'État aux enfants mineurs à charge du bénéficiaire et prendre en compte les revenus du conjoint lors de la définition du plafond de ressources pris en compte pour le calcul de l'aide (*DSS*).

Recommandation n° 6 : exclure du bénéfice de l'AME les personnes à qui un titre de séjour n'a pas été accordé ou a été retiré pour un motif d'ordre public (*DSS*).

Recommandation n° 7 : étendre le recours à l'accord préalable avant de bénéficier de soins « non urgents » à l'ensemble des bénéficiaires de l'AME (*DSS, CNAM*).

Recommandation n° 8 : limiter le panier de soins pris en charge, sur le modèle de la recommandation cadre de l'Allemagne, en excluant notamment les programmes de soins programmés pour les maladies chroniques, et en soumettant à autorisation préalable les traitements hospitaliers non urgents, la rééducation physique ou encore la psychothérapie (*DSS, CNAM*).

Recommandation n° 9 : mettre en œuvre des campagnes de prévention spécifiques à destination des bénéficiaires de l'AME dans les CPAM, en particulier lors de la délivrance de la carte de bénéficiaire de l'aide (*DSS, CNAM*).

Recommandation n° 10 : exclure l'extrait d'acte de naissance de la liste des documents d'identité valables pour délivrer une carte d'aide médicale de l'État (*DSS, CNAM*).

Source : *rapport d'information n° 841 (2024-2025) sur l'Aide médicale d'État, déposé le 9 juillet 2025 par M. Vincent DELAHAYE au nom de la commission des finances*

Il serait important en particulier de supprimer la possibilité pour un demandeur d'une carte d'AME de présenter un extrait d'acte de naissance, document sur lequel ne figure aucune photo, pour justifier son identité. Un projet de décret a été envisagé en ce sens par le Gouvernement, qu'il faudrait mettre en œuvre urgemment. Si les statistiques du nombre de bénéficiaires de l'AME ayant présenté un extrait d'acte de naissance pour obtenir leur carte AME n'existent pas, en revanche une enquête conduite

pendant 15 jours en Guyane avait permis de montrer que 41 % des demandeurs présentaient un tel document.

Même en supposant que seuls 10 à 20 % des bénéficiaires de l'AME, qui renouvellent leur carte chaque année, présentent un extrait d'acte de naissance, une diminution à due concurrence des dépenses conduirait à une économie comprise en 2026 entre **138 millions d'euros** et **275 millions d'euros**, ce qui pourrait permettre de rapprocher le niveau réel envisagé des dépenses d'AME de leur budgétisation, pour l'instant sous-estimées de près de **240 millions d'euros**. En l'état et sans changement, la budgétisation des dépenses d'AME est insuffisante. Il est indispensable que le gouvernement procède à la réforme réglementaire, permettant également de lutter contre la fraude, pour exclure l'extrait d'acte de naissance de la liste des justificatifs acceptés pour les demandes d'AME.

D'autres mesures, de niveau législatif, déjà adoptées par le Sénat, souvent à l'initiative de sa commission des finances, peuvent permettre de réaliser des économies sur le niveau des dépenses.

En particulier, la prise en charge des frais correspondant à des prestations jugées non urgentes et définies par décret est subordonné à un délai d'ancienneté de neuf mois d'admission à l'AME, sauf lorsque l'absence de réalisation de ces prestations est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne. Dans ce cas, les frais peuvent être pris en charge avant le délai d'ancienneté de neuf mois, sur accord préalable des caisses primaires d'Assurance maladie.

Le rapporteur spécial propose d'appliquer ce dispositif à tous les bénéficiaires d'AME, quelle que soit leur ancienneté. Il recommande également au Gouvernement d'élargir la définition des prestations listées à l'article R.251-3 du code de l'action sociale et des familles, notamment à la prise en charge des soins programmés non-urgents, qui ne sont par exemple pas remboursés en Allemagne aux étrangers en situation irrégulière. Le rapporteur spécial propose également de tirer les conséquences budgétaires de cette recommandation, en minorant de **200 millions d'euros** les dépenses d'AME au PLF 2026.

Pour mémoire, le Sénat a constamment recommandé ces dernières années une révision du panier de soins pris en charge par l'AME, qui se limiterait au traitement des maladies graves et des soins urgents, aux soins liés à la grossesse et ses suites, aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine préventive.

D. UNE DOTATION STABLE AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le programme 183 « Protection maladie » comporte également une dotation de 8 millions d'euros destinée au **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé en 1997**, dont le montant, inchangé depuis 2017, ne représente qu'un très faible part des ressources du fonds (1,3 % des produits en 2025), celles-ci étant majoritairement constituées d'une dotation de la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » de la sécurité sociale. Cette dotation est versée au titre de la prise en charge, par la solidarité nationale, de l'indemnisation des **victimes non professionnelles de l'amiante**.

III. LE PROGRAMME 204 « PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS » : DES FINANCEMENTS DISPERSÉS

Plus de la moitié des crédits de ce programme se concentrent sur quatre actions, dotées des montants suivants en 2026 :

- la subvention à l'**Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna** (66,9 millions d'euros) ;

- les **actions juridiques contentieuses** (41,7 millions d'euros), incluant la subvention de l'État à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des infections iatrogènes (Oniam) ;

- une subvention à l'**Institut national du cancer** (41,8 millions d'euros) ;

- une subvention à l'**Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)** (23,3 millions d'euros).

Selon les prévisions pluriannuelles, le programme 204 connaît une **forte baisse de ses crédits en 2027** (- 6,3 % en CP) et en 2028 (- 2,8 % en AE).

Beaucoup d'actions financées par ce programme sont extrêmement dispersées, pour des montants généralement faibles, si bien qu'elles paraissent **loin de disposer d'une « masse critique » suffisante** pour prétendre produire un réel impact sur la réalisation des objectifs de santé publique poursuivis. Le projet annuel de performances énumère à ce titre de **nombreuses contributions budgétaires à des plans nationaux ou feuilles de route**¹ dans des domaines qui ont été très largement délégués à des opérateurs aujourd'hui surtout financés par l'Assurance maladie.

Par ailleurs, l'action 16, qui comprend les crédits alloués au fonds de concours « Participation de l'Union européenne à la constitution d'un stock de produits médicaux et non médicaux en cas d'événement nucléaire, radiologique, biologique ou chimique » par l'Union européenne, connaît un recul de son enveloppe (voir *supra*).

¹ *Nutrition et santé, santé environnement, santé mentale et psychiatrie, maladie d'Alzheimer...*

A. UNE AUGMENTATION DU FINANCEMENT DES OPÉRATEURS DE LA MISSION

1. Une dotation stable pour l'ANSES

La mission « Santé » ne finance plus que **deux opérateurs** :

- **l'Institut national du cancer (INCa)** ;
- et **l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSeS)**.

Toutefois, l'ANSeS est placée sous la tutelle conjointe de cinq ministères (ceux en charge de l'agriculture, de l'environnement, de la santé, du travail, de la consommation et des finances). Sa subvention pour charges de service public, qui s'élève pour 2026 à 116 millions d'euros, n'est financée qu'à hauteur de 23,3 millions d'euros par la mission « Santé », soit un montant stable par rapport à 2025. La part principale provient du programme 206 « Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation » de la mission « Agriculture » (75,5 millions d'euros en CP).

L'INCa demeure donc l'unique opérateur pleinement rattaché à la mission « Santé » qui seule finance sa subvention pour charges de service public (41,8 millions d'euros pour 2026).

2. L'Institut national du Cancer en difficulté pour financer ses projets, malgré une hausse de sa dotation

Le projet de loi de finances prévoit en particulier une hausse significative de la subvention destinée à **l'Institut national du cancer (INCa)**, à **hauteur de 41,77 millions d'euros en PLF 2026, contre 32,17 millions d'euros en 2025**. Le plafond d'emplois est relativement stable, à 132 équivalents temps pleins travaillés (ETPT). Cette subvention est principalement destinée à financer le fonctionnement de l'opérateur – ses dépenses d'intervention étant financées par une autre dotation provenant de la mission « Recherche » pour un montant de 68 millions d'euros en 2026.

La hausse de la subvention de l'INCa est liée à la mise en œuvre de la loi¹ visant à mettre en place un registre national des cancers. **L'INCa est en effet chargé de la mise en œuvre d'un tel registre, et bénéficie à ce titre d'une hausse de la subvention de 9,6 millions d'euros**. Parallèlement, l'affectation des prélèvements sur les casinos en faveur de Santé publique France, qui était chargé avant l'entrée en vigueur de la loi précitée de maintenir des registres suivant le nombre de cancers en France, est plafonnée non plus à 5 millions d'euros comme en 2025 mais à 400 000 euros, conformément à l'article 36 du présent projet de loi de finances. Cette mesure

¹ Loi n° 2025-596 du 30 juin 2025 visant à mettre en place un registre national des cancers.

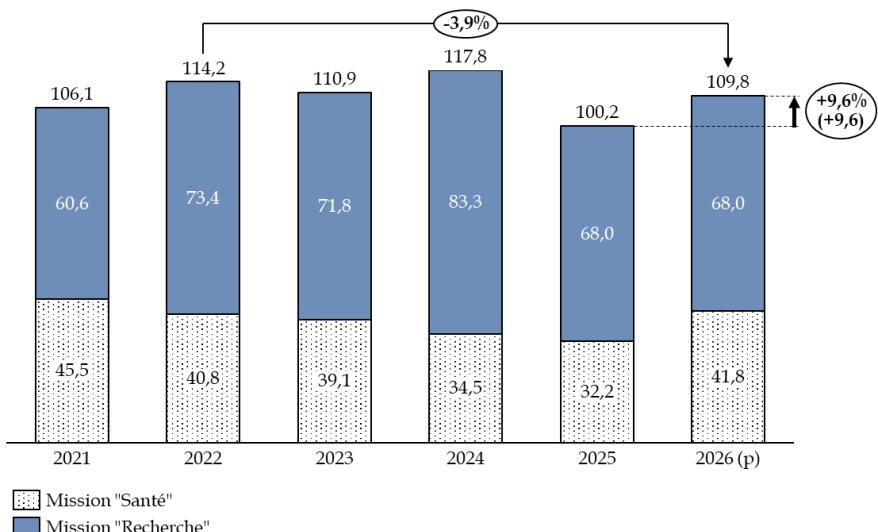
de périmètre permet de dégager une marge de manœuvre de 4,2 millions d'euros, en vue de financer la mise en œuvre du registre national des cancers par l'INCa.

Le « jaune » budgétaire relatif aux opérateurs de l'État¹ montre que l'INCa **enregistrerait un résultat net négatif en 2025, en déficit de 9,5 millions d'euros**, qui conduit à une diminution de 10,25 millions d'euros de son fonds de roulement. De plus, les charges de personnel et de fonctionnement de l'opérateur s'élèvent à 45 millions d'euros, un niveau supérieur à sa subvention du programme 204. Le présent projet de loi prévoit donc un **abondement de 5,2 millions d'euros en 2026, afin de reconstituer la trésorerie limitée de l'INCa**.

La subvention de l'INCa en provenance de la mission « Santé » a significativement diminué depuis 2023, à hauteur de 5 millions d'euros. Ainsi, alors que les besoins en dépenses de fonctionnement s'élèvent à 40 millions d'euros, la dotation du ministère de la santé est limitée à 35 millions d'euros : un effort de rationalisation budgétaire relativement significatif est donc demandé à cet opérateur.

Évolution de la subvention pour service public de l'INCa de 2021 à 2026

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les documents budgétaires

La situation financière de l'INCa constitue un point de vigilance pour le rapporteur spécial : s'il est normal et même souhaitable de ne pas subventionner excessivement un opérateur qui bénéficierait d'un fonds de roulement confortable, il convient également de lui permettre de mener à bien ses missions. Si à l'avenir un niveau d'excédents trop important était constaté,

¹ Annexe au projet de loi de finances pour 2025, « Opérateurs de l'État ».

le rapporteur soutiendrait une diminution de sa subvention ; dans l'hypothèse inverse, il recommanderait *a minima* de la maintenir à un niveau inchangé.

B. UNE ACCÉLÉRATION DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

La dotation pour actions juridiques et contentieuses constitue une part importante des crédits du programme 204. Elle est constituée :

- d'une provision destinée aux **frais de justice** de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'offre de soins, fixée à 8,2 millions d'euros pour 2026, soit un montant équivalent à 2025 ;

- d'une **dotation versée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)** qui s'élève à 34,5 millions d'euros en 2026, contre 30,8 millions d'euros en LFI 2025, soit une hausse de 3,8 millions d'euros.

L'objectif de cette revalorisation est de couvrir la révision du barème d'indemnisation des victimes de la Dépakin, qui fait suite à une décision¹ de la Cour d'appel administrative de Paris, ainsi que l'accélération de l'indemnisation des victimes de la Dépakin.

En ce qui concerne la dotation versée à l'ONIAM, elle doit permettre de couvrir pour 2026 :

- l'indemnisation des accidents vaccinaux liés aux vaccinations obligatoires survenus depuis le 1^{er} janvier 2006 ainsi que l'indemnisation des victimes des mesures sanitaires d'urgence, y compris l'indemnisation des éventuelles conséquences dommageables de la vaccination contre le Sars-Cov-2. Au 31 août 2025, ce sont 217 victimes qui ont été indemnisées pour un montant de 2 millions d'euros, au total, dont 700 000 euros en 2025 ;

- l'**indemnisation des victimes de la Dépakin** (valproate de sodium).

Comme l'a souligné le contrôle présenté par le précédent rapporteur spécial le 28 septembre 2022 devant la commission des finances², le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakin se caractérise par une **sous-exécution des crédits qui témoigne d'un non recours significatif**.

Il demeure difficile d'établir des prévisions de dépenses résultant de ce dispositif d'indemnisation. Les indemnités varient fortement selon les types de préjudices subis. La réforme du processus d'évaluation des dossiers intervenue en 2020, notamment la mise en place d'un collège unique d'experts, constitue une avancée positive, mais, sans qu'il soit nécessaire d'entreprendre une nouvelle réforme, des améliorations doivent être apportées pour accélérer le traitement des dossiers et accroître le recours au

¹ Décision n° 21PA04398.

² Le dispositif d'indemnisation pour les victimes de la Dépakin : mieux anticiper pour mieux indemniser – Rapport d'information n° 904 (2021-2022) de M. Christian Klinger.

dispositif. Le rapport précité a émis plusieurs recommandations en ce sens, notamment pour renforcer le collège d'experts et les capacités d'analyse juridique des dossiers et mieux accompagner les familles.

Le **niveau de budgétisation** ne paraît pas toujours cohérent avec les dernières prévisions de consommation. En 2023, par exemple, 57,8 millions d'euros ont été versés par l'ONIAM à 1 649 personnes. En 2024, le versement de 30,7 millions d'euros, soit un montant inférieur à ce qui était initialement décidé en LFI pour 2024 en raison du décret d'annulation du 21 février 2024, devrait se révéler insuffisant pour finir l'année. Le projet de loi de fin de gestion pour 2024 avait permis l'ouverture de 13,8 millions d'euros sur le programme 204 à ce titre, ainsi que pour compléter la dotation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Pour 2025, ce sont même 18 millions d'euros qui pourraient manquer pour indemniser les victimes de la Dépakine.

Toutefois, comme il est très difficile de prévoir les besoins de l'ONIAM, maintenir la dotation à ce niveau, quitte à ajuster en cours d'année si besoin, paraît une solution sensée.

La direction générale de la santé a par ailleurs indiqué au rapporteur qu'aucun **nouveau contentieux susceptible de donner lieu à la mobilisation de la provision des frais de justice** n'était identifié pour 2026.

S'agissant des frais de justice, il faut rappeler qu'une ouverture de crédits de paiement de 33,7 millions d'euros était intervenue lors de la seconde loi de finances rectificative pour 2021 en prévision d'un éventuel aboutissement de la **requête du laboratoire Servier** visant à obtenir le remboursement par l'État de 30 % des sommes versées dans le cadre de l'indemnisation des victimes du Médiator. Ces crédits ont été reportés sur 2022, mais à la suite de la décision favorable au laboratoire Servier rendue par le tribunal administratif de Paris le 25 mars 2022, le montant du remboursement incombant à l'État a finalement été fixé à 56,7 millions d'euros. Toutefois, la Cour¹ d'appel administrative de Paris a annulé en juillet 2024 cette décision. La somme a été versée par le laboratoire, mais le contrôleur budgétaire et comptable ministériel n'a pour l'instant pas débloqué la somme.

C. UNE DOTATION EN HAUSSE POUR L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA, À LA SANTÉ FINANCIÈRE FRAGILE

Collectivité d'outre-mer de 11 500 habitants, les îles Wallis-et-Futuna présentent la particularité de ne pas disposer de système de sécurité sociale. **Les soins y sont directement pris en charge par l'État**, en application d'un principe posé par l'article 68 de la loi de finances pour 1972, **et gratuitement délivrés dans les établissements hospitaliers et dispensaires qu'il administre et finance**.

¹ CAA de PARIS, 8ème chambre, 04/07/2024, 22PA02445.

Ces fonctions relèvent depuis 2000¹ d'une **agence de santé**, établissement public national à caractère administratif. L'agence de santé dispose d'un centre hospitalier et de trois dispensaires à Wallis, ainsi que d'un établissement hospitalier, incluant un dispensaire, à Futuna. L'agence assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, leur délivre les médicaments et dispositifs médicaux et **procède si nécessaire à leur transfert dans un établissement hors du territoire**. Elle est également chargée d'élaborer un programme de santé publique.

Pour 2026, le projet de loi de finances prévoit une hausse de 3 millions d'euros de la dotation de fonctionnement, qui s'établirait à 55,3 millions d'euros en AE et à 56,6 millions d'euros en CP.

La situation financière de l'agence est difficile : comme l'a régulièrement souligné la Cour des comptes, **l'agence de santé a longtemps connu une situation de sous-budgétisation chronique**. Elle avait notamment contracté vis-à-vis du centre hospitalier de Nouméa et de la caisse de sécurité sociale pour la Nouvelle-Calédonie une **dette liée aux évacuations sanitaires** qui atteignait plus de 20 millions d'euros fin 2014. Celle-ci a pu être remboursée grâce à un **prêt de l'Agence française de développement** de 26,6 millions d'euros. La dotation intègre chaque année un **montant de 1,3 million d'euros correspondant à l'annuité du remboursement** de ce prêt qui s'étale sur 20 ans.

Par ailleurs, les **évacuations sanitaires** représentent une part très importante des dépenses de l'agence (près de 35 %). Elles interviennent de Futuna vers Wallis, distantes de 200 kilomètres. Elles s'effectuent également vers la Nouvelle-Calédonie, et plus exceptionnellement vers l'hexagone, pour les soins relevant de spécialités médicales qui ne sont pas assurées sur l'archipel.

Des efforts ont été entrepris ces dernières années pour **améliorer l'offre de soins sur le territoire** : acquisition de nouveaux équipements, création de trois postes de médecins, développement de missions de médecins spécialistes pour assurer le suivi des patients sur le territoire, développement de la télémédecine en partenariat avec le CHU de Rennes. La réalisation d'une unité d'hémodialyse sur Futuna, plusieurs fois reportée en raison de marchés déclarés infructueux, est engagée. Ces mesures sont de nature à améliorer les réponses aux besoins de santé des populations du territoire, mais n'atténueront que modestement le recours aux évacuations sanitaires, qui demeureront nécessaires et vouées à représenter un des postes de dépenses principaux de l'agence de santé.

Le Ségur de la Santé finance en particulier un **programme de modernisation de reconstruction de l'hôpital de Futuna**, à hauteur de 45 millions d'euros, qui se poursuit en 2025. Ce nouvel équipement immobilier n'a pas vocation à couvrir la totalité des prises en charges,

¹ *Ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 portant création d'une agence de santé et extension ou adaptation de certaines dispositions du code de santé publique aux îles Wallis-et-Futuna.*

notamment la chirurgie qui continuera de nécessiter un transfert vers l'hôpital situé à Wallis ou, en fonction de la gravité du cas, une évacuation sanitaire sur la Nouvelle-Calédonie ou l'Hexagone.

Cependant, la modernisation du plateau technique de l'hôpital de Futuna, notamment en termes d'imagerie avec l'installation d'un mammographe et d'un scanner, devrait générer une baisse notable du nombre de transferts entre Futuna et Wallis. Cette diminution peut être estimée, en année pleine, à environ 300 pour une économie globale de 120 000 euros.

Le plan de maîtrise des dépenses, déjà mis en œuvre par l'Agence (déploiement de nouveaux systèmes d'information de ressources humaines ; mise en place d'un pilotage budgétaire par service ainsi que d'un service facturier etc.), doit absolument être poursuivi et consolidé. Un rapport est attendu des inspections générales des finances et des affaires sociales, qui pourrait permettre de guider la modernisation de l'Agence.

L'Agence de santé doit disposer d'une santé financière suffisamment bonne pour être en mesure de faire face aux crises successives.

IV. LE PROGRAMME 379 « REVERSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE » : UN RÉABONDEMENT PAR LES FONDS EUROPÉENS

Dans le cadre de la Facilité pour la relance et la résilience (FRR) européenne, la France devait recevoir un montant global de 6 milliards d'euros destinés à soutenir l'investissement dans le secteur hospitalier ; dont 2,5 milliards d'euros pour soutenir les projets d'investissement dans les établissements de santé, 1,5 milliards d'euros pour l'investissement des établissements médico-sociaux et 2 milliards d'euros pour l'amélioration des outils numériques en santé.

Un **premier versement** européen de 778 millions d'euros est intervenu en 2021. Il a été transféré à l'Assurance maladie sous la forme de l'affectation d'une fraction de TVA en application de l'article 1^{er} de la seconde loi de finances rectificative pour 2021¹.

Depuis la loi de finances rectificative du 1^{er} décembre 2022², ces versements transitent, avant d'être reversés à l'Assurance maladie sous forme de crédits budgétaires, **par le présent programme 379 de la mission « Santé », créé pour l'occasion.**

Ce programme a également vocation à **assurer la compensation à la sécurité sociale des éventuels dons de vaccins effectués à des pays tiers**. En 2021, cette compensation avait également été effectuée par affectation d'une fraction de TVA, à hauteur de 600 millions d'euros, dans le cadre de la seconde loi de finances rectificative.

Les versements européens via le programme 379 devaient se tarir en 2025. La LFI pour 2025 avait reconduit ce programme 379, doté d'un montant de **54 millions d'euros** pour 2025.

Le plan initial de reversement des fonds européens sur la période 2021-2026 a fait l'objet d'une convention entre le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention. Cette convention est révisée, à partir de 2026, pour rééchelonner les versements de la FRR jusqu'à expiration en 2028. Le programme 379 est ainsi doté de 242 millions d'euros en 2026 pour permettre d'opérer l'intégralité des versements de la FRR aux établissements de santé et médico-sociaux d'ici 2028.

C'est ainsi la hausse des versements européens au programme 379 qui explique l'augmentation de 11,4 % des crédits de la mission en CP. Il ne s'agit toutefois pas d'une hausse réelle des dépenses de l'État, mais simplement d'un transfert de fonds européens vers l'assurance maladie.

¹ Loi n° 2021-1549 du 1^{er} décembre 2021 de finances rectificatives pour 2022.

² Programme 379, « Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) ».

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Direction générale de la santé (DGS)

- Mme Sarah SAUNERON, directrice générale adjointe ;
- Mme Claire MARIN, adjointe à la cheffe de bureau budget et performance) ;
- Mme Florence LYS, chargée de mission auprès du sous-directeur appui au pilotage et ressources.

Direction de la sécurité sociale

- M. Thomas RAMILJAONA, sous-directeur du financement de la Sécurité sociale ;
- Mme Marion MUSCAT, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail ;
- Mme Marie-Agnès PARIAT-POMMERY, cheffe de bureau à l'accès aux soins et prestations de santé ;
- Mme Cindy RIVIÈRE-MARBOIS, chargée de mission du financement de la Sécurité sociale, synthèse financière, relations État/Sécurité sociale : champ emploi.