RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SÉNAT

COMMISSION
DES
FINANCES

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2027

NOTE DE PRÉSENTATION

Mission
« SANTÉ »

Examen par la commission des finances le mardi 3 novembre 2026

Rapporteur spécial :

M. Vincent DELAHAYE

SOMMAIRE

Pages

I. DES CRÉDITS QUI DIMINUENT EN 2027 5

A. UNE MAQUETTE BUDGÉTAIRE PRESQUE INCHANGÉE 5

B. LES CRÉDITS DE LA MISSION DIMINUENT, CE QUI MASQUE LA HAUSSE DES DÉPENSES RÉELLES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT 6

1. Une diminution des crédits, due à la réduction de moitié du soutien aux formations en soins infirmiers 6

2. Une programmation pluriannuelle insincère, qui fige les crédits de l'AME jusqu'en 2029 .. 7

II. LE PROGRAMME 183 « PROTECTION MALADIE » : DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT SOUS-BUDGÉTÉES ET NON MAÎTRISÉES 8

A. UNE BUDGÉTISATION ENCORE INSINCÈRE DES DÉPENSES RÉELLES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT 8

1. Une stabilisation en trompe-l'œil des dépenses d'aide médicale d'État 9

2. Une augmentation conséquente de la dette vis-à-vis de la sécurité sociale 11

B. DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EN CONSTANTE AUGMENTATION 13

1. Une progression continue des dépenses réelles d'AME 13

2. Une augmentation des dépenses d'AME désormais expliquée par le coût des soins plutôt que par le nombre de bénéficiaires 14

C. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT 15

1. Un système français très généreux par rapport aux autres pays européens 15

2. Une indispensable réforme structurelle du dispositif à mettre en œuvre 16

D. UNE DOTATION STABLE AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE 20

III. LE PROGRAMME 204 « PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS » : DES FINANCEMENTS DISPERSÉS EN DIMINUTION 22

A. UNE DIMINUTION DU FINANCEMENT DES OPÉRATEURS DE LA MISSION 23

1. Une dotation relativement stable pour l'ANSES, dans le contexte d'un financement global en légère baisse 23

2. L'INCa : un opérateur bien géré, qui doit financer le registre national des cancers 24

B. UNE DOTATION À L'ONIAM EN LÉGÈRE BAISSE, ALORS QUE LES INDEMNISATIONS DE LA DEPAKINE DÉPASSENT LES PRÉVISIONS 27

C. UNE DOTATION STABLE POUR L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA, À LA SITUATION FINANCIÈRE FRAGILE 28

D. UN SOUTIEN AUX PLACES DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS RÉDUIT DE MOITIÉ 29

IV. LE PROGRAMME 379 « REVERSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE » : UN PROGRAMME APPELÉ À DISPARAÎTRE EN 2029..... 31

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES 33

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 la date d'examen en commission de la mission « Santé », le 3 novembre, le rapporteur spécial avait obtenu 78 % des réponses.

I. DES CRÉDITS QUI DIMINUENT EN 2027

A. UNE MAQUETTE BUDGÉTAIRE PRESQUE INCHANGÉE

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

La mission comprend trois programmes :

- le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », placé sous la responsabilité du directeur général de la santé. Il finance des plans et des 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). Depuis 2026, il finance aussi l'ouverture de places de formation en soins infirmiers ;

- le programme 183 « Protection maladie », placé sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale. Il finance principalement l'aide médicale de l'État (AME), destinée aux étrangers en situation irrégulière présents en France depuis plus de trois mois et disposant de faibles ressources. Il contribue aussi au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ;

- le programme 379, également placé sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale. Ce programme temporaire reverse à la sécurité sociale des recettes européennes destinées au volet « investissement » du Ségur de la santé. Il ne comprend plus qu'une seule action depuis 2025 et doit être supprimé en 2029.

La maquette évolue peu en 2027. Une nouvelle action 20 « Recherche et innovation en santé » est créée au sein du programme 204, à la suite de la création de la direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé (DGRINES) en 2026. Ses crédits, soit 5,15 millions d'euros, proviennent pour l'essentiel de transferts internes depuis les actions 11 et 19 du programme. Ils financent notamment les comités de protection des personnes, dont l'enveloppe passe de 2,98 millions d'euros en 2026 à 3,7 millions d'euros en 2027.

Le périmètre de la mission s'est fortement réduit depuis 2014. Le financement de la plupart des agences sanitaires, notamment de Santé publique France, a été transféré à l'Assurance maladie. Seul l'Institut national du cancer reste pleinement rattaché à la mission. La mission « Santé » sert donc avant tout à financer l'AME, qui représente **68 %** de ses crédits de paiement dans le PLF 2027.

B. LES CRÉDITS DE LA MISSION DIMINUENT, CE QUI MASQUE LA HAUSSE DES DÉPENSES RÉELLES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

1. Une diminution des crédits, due à la réduction de moitié du soutien aux formations en soins infirmiers

La mission « Santé » est dotée de 1 767,6 millions d'euros en AE et de 1 769,0 millions d'euros en CP dans le PLF 2027. Par rapport à la LFI 2026, ses crédits baissent de 117,2 millions d'euros en AE (-6,2 %) et de 119,1 millions d'euros en CP (-6,3 %).

Évolution des crédits des programmes et actions de la mission « Santé » entre 2026 et 2027

(en millions d'euros)

Programme / action	LFI 2026		PLF 2027		Évolution PLF 2027 / LFI 2026	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	**426,5**	**429,8**	**309,3**	**310,7**	**-27,5%**	**-27,7%**
11 – Pilotage de la politique de santé publique	44,9	44,9	41,0	41,0	-8,7%	-8,7%
12 – Santé des populations	0,9	0,9	0,6	0,6	-32,7%	-32,7%
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	53,1	53,1	49,4	49,4	-7,0%	-7,0%
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	28,1	28,1	27,8	27,8	-1,2%	-1,2%
16 – Veille et sécurité sanitaire	2,6	2,6	8,7	8,7	229,7%	229,8%
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4,3	4,3	2,0	2,0	-52,9%	-52,9%
18 – Projets régionaux de santé	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–
19 – Modernisation de l'offre de soins	292,5	295,8	174,7	176,1	-40,3%	-40,5%
20 – Recherche et innovation en santé (nouvelle action)	0,0	0,0	5,2	5,2	n.s.	n.s.
Programme 183 – Protection maladie	**1 216,3**	**1 216,3**	**1 216,3**	**1 216,3**	**0,0%**	**0,0%**
02 – Aide médicale de l'État	1 208,3	1 208,3	1 208,3	1 208,3	0,0%	0,0%
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8,0	8,0	8,0	8,0	0,0%	0,0%
Programme 379 – Reversement à la sécurité sociale des recettes de la FRR au titre du volet « Ségur investissement » du PNRR	**242,0**	**242,0**	**242,0**	**242,0**	**0,0%**	**0,0%**
02 – Ségur investissement du PNRR	242,0	242,0	242,0	242,0	0,0%	0,0%
Total à périmètre courant	**1 884,8**	**1 888,1**	**1 767,6**	**1 769,0**	**-6,2%**	**-6,3%**
Total hors programme 379	**1 642,8**	**1 646,1**	**1 525,6**	**1 527,0**	**-7,1%**	**-7,2%**

Source : commission des finances d'après les documents budgétaires

Toute la baisse porte sur le programme 204. Elle s'explique surtout par la réduction de moitié du soutien de l'État aux régions, qui gèrent les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). **Depuis 2022, l'État les aide à financer l'ouverture de places supplémentaires, afin de former davantage d'infirmiers. Ce soutien est porté par la mission « Santé » depuis 2026.** Il n'était pas prévu dans le PLF 2026 : le Gouvernement l'a ajouté par amendement, en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale. Il passe de 215 millions d'euros en LFI 2026 à 105,7 millions d'euros en CP dans le PLF 2027

Cette diminution doit donc être relativisée. Par rapport au PLF 2026, les crédits de paiement de la mission augmentent de 97 millions d'euros. Hors programme 379 et hors soutien aux formations en soins infirmiers, ils sont presque stables entre la LFI 2026 et le PLF 2027 (– 0,7 %).

Les programmes 183 et 379 sont reconduits au même niveau qu'en LFI 2026. Pour le programme 183, cette stabilité ne reflète pas l'évolution réelle des dépenses d'AME, qui continuent d'augmenter (voir infra).

En 2025, la mission a consommé **1 537 millions d'euros** de crédits de paiement, soit 98 % des crédits disponibles[1].

2. Une programmation pluriannuelle insincère, qui fige les crédits de l'AME jusqu'en 2029

Les crédits de paiement de la mission baisseraient encore de 5,9 % en 2028, à **1 664,5 millions d'euros**, puis de 14,0 % en 2029, à 1 431,3 millions d'euros[2]. La baisse de 2028 porterait sur le programme 204, et celle de 2029 sur le programme 379, qui doit alors disparaître.

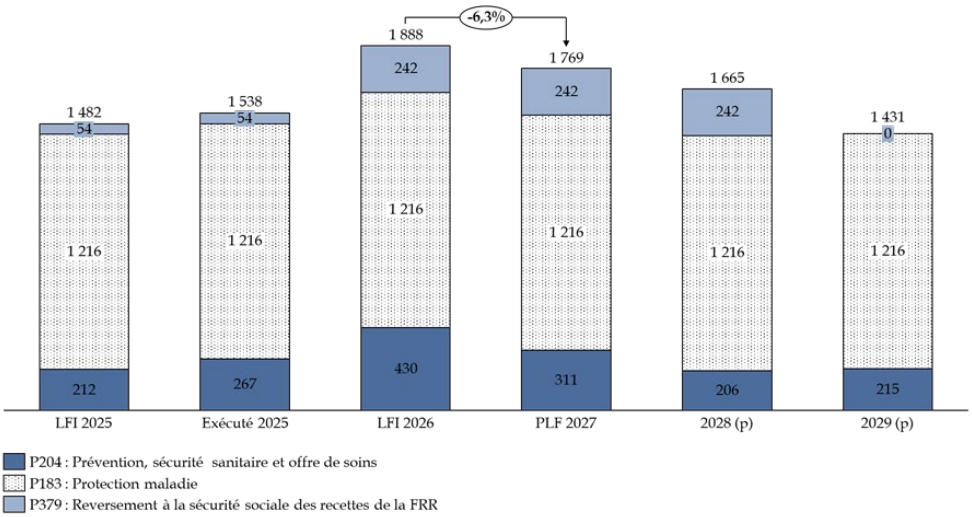
Les crédits du programme 183 restent fixés à **1 216,3 millions d'euros** chaque année jusqu'en 2029. Or les dépenses réelles d'AME atteindraient environ 1,6 milliard d'euros dès 2026, selon la direction de la sécurité sociale. En l'absence de réforme, la dette de l'État envers la sécurité sociale au titre de l'AME continuera donc de croître, pour atteindre plus d'un milliard d'euros fin 2027. La programmation budgétaire de la mission apparaît insincère.

[1] *Cour des comptes, Note d'exécution budgétaire 2025, Mission « Santé », avril 2026*

[2] *Projet annuel de performances de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2027.*

Évolution des crédits de la mission « Santé »

(en millions d'euros, en CP)



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 NON MAÎTRISÉES

Le programme 183 est doté de **1 216,3 millions d'euros en AE et en CP dans le PLF 2027**, soit le même montant qu'en LFI 2026. Le programme est quasi-exclusivement destiné au financement de l'aide médicale d'État (AME). En PLF 2027, les crédits du programme 183 se répartissent comme suit :

- 1 208,3 millions d'euros pour l'aide médicale de l'État ;

- 8 millions d'euros pour le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

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

Les crédits de l'AME s'élèvent à **1 208,3 millions d'euros en PLF 2027**. Ils se répartissent comme suit :

- 1 137,3 millions d'euros pour l'AME de droit commun ;

- 70 millions d'euros pour la dotation forfaitaire de l'État au titre des soins urgents, inchangée ;

- 1 million d'euros pour les autres dispositifs (AME humanitaire, personnes gardées à vue ou placées en rétention administrative).

L'aide médicale de l'État recouvre plusieurs dispositifs

Créée par la loi en 1999[1], l'AME recouvre **trois dispositifs différents :**

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, qui ne doivent pas disposer de ressources dépassant un certain plafond annuel[2], ont ainsi accès à des soins préventifs et curatifs. Il s'agit notamment de juguler le risque d'extension d'affections contagieuses non soignées au sein de la population.

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 ;

3. d'autres dispositifs, donnant lieu à des délégations de crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités :

- 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.

Source : commission des finances du Sénat

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

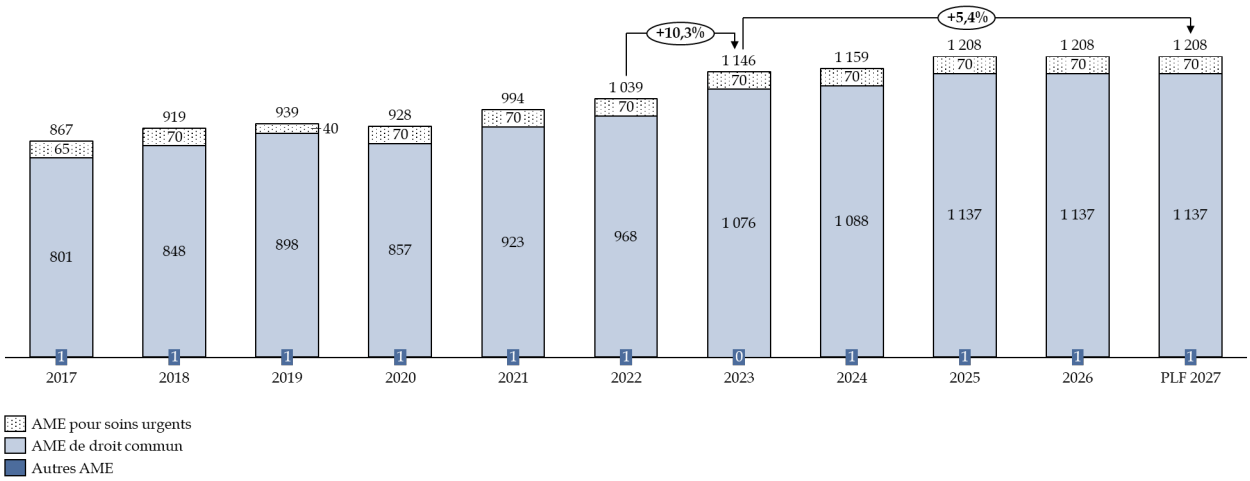
Les crédits de l'AME sont reconduits pour la troisième année consécutive à **1 208,3 millions d'euros** dans le PLF 2027.

En 2025, les crédits ont été entièrement consommés, à hauteur de 1 208,75 millions d'euros, dont 1 137,8 millions d'euros pour l'AME de droit commun[3]. Le léger dépassement provient d'un redéploiement de crédits destinés au FIVA.

[1] *Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 concernant la couverture maladie universelle.*
[2] *10 339 euros pour une personne seule en métropole en 2025*
[3] *Cour des comptes, Note d'exécution budgétaire, mission « Santé » du budget général de l'État, avril 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, **les dépenses réelles d'AME de droit commun ont atteint 1 340 millions d'euros en 2025**, soit 202 millions d'euros de plus que les crédits consommés. Elles ont progressé de 6,7 % par rapport à 2024[1]. Le Gouvernement avait pourtant prévu 1 248,6 millions d'euros dans le PLF 2025, avant que les crédits ne soient ramenés à 1 137,3 millions d'euros en LFI. Selon la Cour des comptes, des prévisions fiables étaient disponibles dès le printemps 2025[2]. Elles auraient dû conduire à ouvrir des crédits supplémentaires en loi de fin de gestion, ce qui n'a pas été fait.

D'autre part, l'État ne prend en charge **qu'une partie de l'AME pour soins urgents**. Sa dotation forfaitaire de 70 millions d'euros n'a pas été revalorisée depuis 2020, alors que les dépenses réelles sont passées de 107,3 millions d'euros en 2023 à 131,8 millions d'euros en 2024. Elles ont légèrement baissé en 2025 (124,7 millions d'euros, soit - 5,4 %), mais repartent à la hausse au premier semestre 2026 (+ 15 % par rapport au premier semestre 2025). La dotation ne couvre donc qu'environ la moitié de ces dépenses. Le reste, soit **154** millions d'euros cumulés de 2023 à 2025, est à la charge de l'Assurance maladie.

Au total, les dépenses effectives d'AME **de droit commun et de soins urgents ont atteint 1 465 millions d'euros en 2025**, contre 1 208,3 millions d'euros votés en LFI 2025, soit un écart de **21 %.**

[1] *D'après les réponses au questionnaire budgétaire du rapporteur spécial.*

[2] *Cour des comptes, Note d'exécution budgétaire, mission « Santé » du budget général de l'État, avril 2026.*

Dépenses réelles de l'AME et montant de la dette contractée à l'égard de l'assurance maladie en 2025 et 2026

(en millions d'euros)

Provenance de la dépense	Exécution 2025	Prévision 2026	Écart 2026/2025
AME de droit commun financée par la mission "Santé"	1138,0	1137,8	-0,2
AME pour soins urgents financée par la mission "Santé"	70,0	70,0	0,0
AME humanitaire financée par la mission "Santé"	0,7	1,0	0,3
AME de droit commun financée par l'assurance maladie	202,0	294,2	92,2
AME pour soins urgents financée par l'assurance maladie	54,7	63,2	8,5
Total des dépenses de l'AME	1465,4	1566,2	100,8

Dette contractée par l'État à l'égard de l'assurance maladie*	202,0	294,2	92,2

* La dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale ne concerne pas l'AME pour soins urgents.

Source : commission des finances du Sénat d'après les documents budgétaires, la Cour des comptes et les réponses de la direction de la sécurité sociale

2. Une augmentation conséquente de la dette vis-à-vis de la sécurité sociale

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, **ces dépenses ne sont pas intégralement prises en charge par l'État**. Or l'AME est une dépense de guichet. **Les remboursements sont effectués quel que soit le niveau des crédits votés, et l'État doit rembourser à la sécurité sociale les frais qu'elle a avancés.** Si les crédits votés sont insuffisants, une **dette à l'égard de la sécurité sociale est créée**.

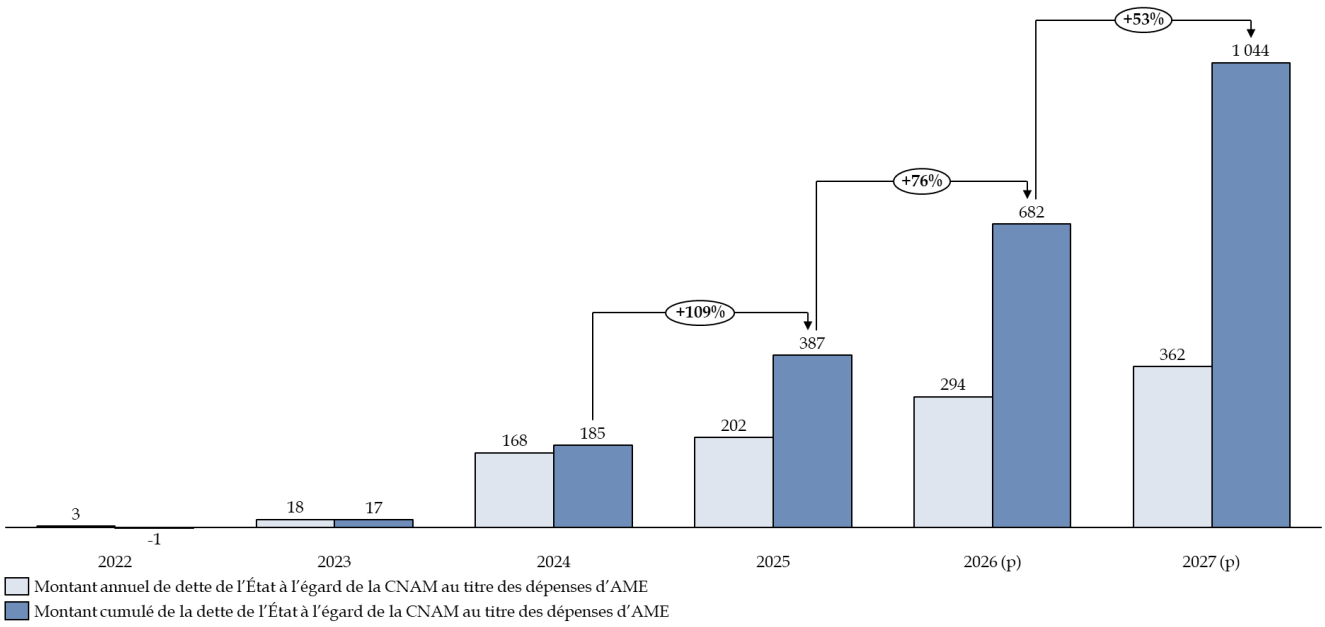
Selon la DSS, la dette de l'État envers l'Assurance maladie au titre de l'AME atteint **387 millions d'euros** au 31 décembre 2025. La Cour des comptes, sur des données provisoires, l'estimait à 399 millions d'euros[1].

Cette dette s'est constituée en trois ans : **17,3 millions d'euros** au titre de 2023, **167,8 millions d'euros** au titre de 2024 et **202 millions d'euros** au titre de 2025. Elle représente **34 % des crédits votés en LFI 2025**. Fin 2022, l'État détenait encore une créance de 1 million d'euros sur l'Assurance maladie.

[1] *Cour des comptes, Note d'exécution budgétaire, mission « Santé » du budget général de l'État, avril 2026.*

Montant annuel et cumulé de dette de l'État vis-à-vis de la CNAM au titre de l'aide médicale de l'État depuis 2022

(en millions d'euros)



Note : les prévisions pour 2026 et 2027 sont celles de la DSS (octobre 2026), sous l'hypothèse d'un dégel de la réserve de précaution.

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

La situation devrait encore s'aggraver. La DSS prévoit une dépense d'AME de droit commun **de 1 432 millions d'euros en 2026, puis de 1 566,3 millions d'euros en 2027**. **La dette atteindrait 681,5 millions d'euros fin 2026, puis 1 043,6 millions d'euros fin 2027.** Les crédits du PLF pour 2027 restent pourtant fixés au même niveau.

Le PLF 2027 s'écarte même de la trajectoire prévue par le projet de loi de programmation des finances publiques. Celui-ci prévoyait 1 439,3 millions d'euros pour le programme 183 en 2027, soit 223 millions d'euros de plus que le PLF.

Une telle situation n'est pas acceptable : le montant de la dette contractée à l'égard de la CNAM atteindra prochainement l'équivalent des dépenses de l'AME prévues en projet de loi de finances. Une budgétisation sincère et fiable des dépenses réelles d'aide médicale de l'État est indispensable. Le rapporteur spécial s'associe aux deux recommandations formulées cette année par la Cour des comptes[1] : budgétiser les dépenses d'AME en LFI sur la base des prévisions de dépenses les plus récentes, et mettre en place un plan de remboursement de la dette constituée envers la CNAM.

[1] *Cour des comptes, Note d'exécution budgétaire, mission « Santé » du budget général de l'État, avril 2026.*

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

1. Une progression continue des dépenses réelles d'AME

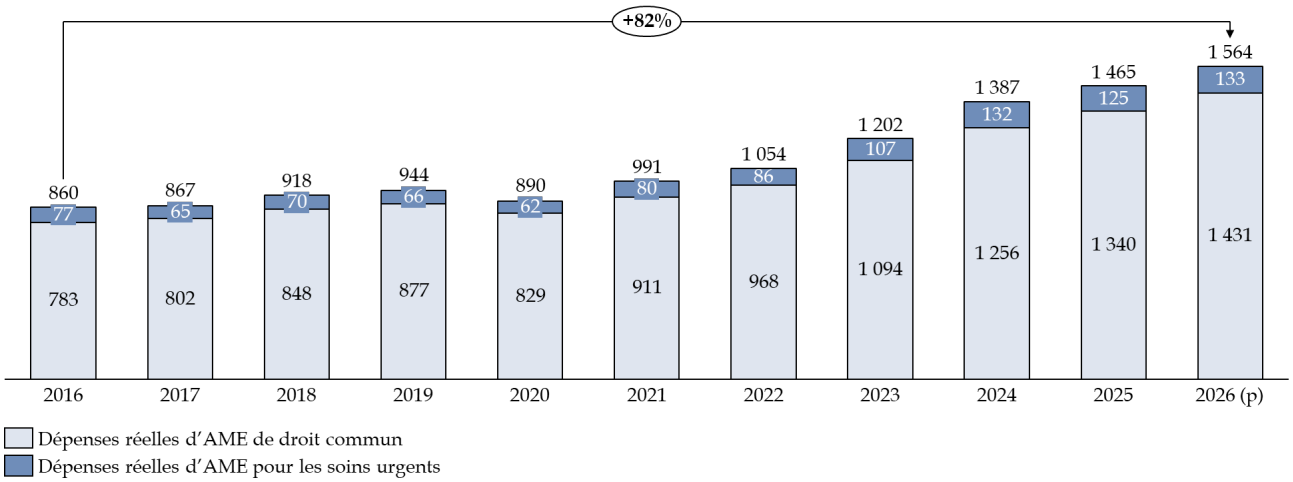
Les dépenses réelles d'aide médicale d'État s'élèvent à **1 465 millions d'euros en 2025,** dont :

- **1 340 millions d'euros** pour l'AME de droit commun, qui doit être financée intégralement par l'État ;

- **124,7 millions d'euros** pour l'AME pour soins urgents, qui n'a pas à être prise en charge intégralement par l'État.

Évolution des dépenses réelles d'AME entre 2016 et 2026

(en millions d'euros)



Source : commission des finances d'après les documents budgétaires

Selon les prévisions de la DSS, les dépenses réelles d'AME atteindraient **1 565** millions d'euros en 2026, dont **1 432** millions d'euros pour l'AME de droit commun et **133,2** millions d'euros pour les soins urgents.

Après une baisse ponctuelle en 2020, liée à la crise sanitaire, la hausse s'est fortement accélérée : les dépenses ont progressé de 50 % entre 2021 et 2025. Leur croissance ralentit en 2025 (+ 5,6 %), mais reste soutenue. Au total, les dépenses d'AME auraient progressé de près de 82 % depuis 2016, soit une hausse **de 705 millions d'euros.**

2. Une augmentation des dépenses d'AME désormais expliquée par le coût des soins plutôt que par le nombre de bénéficiaires

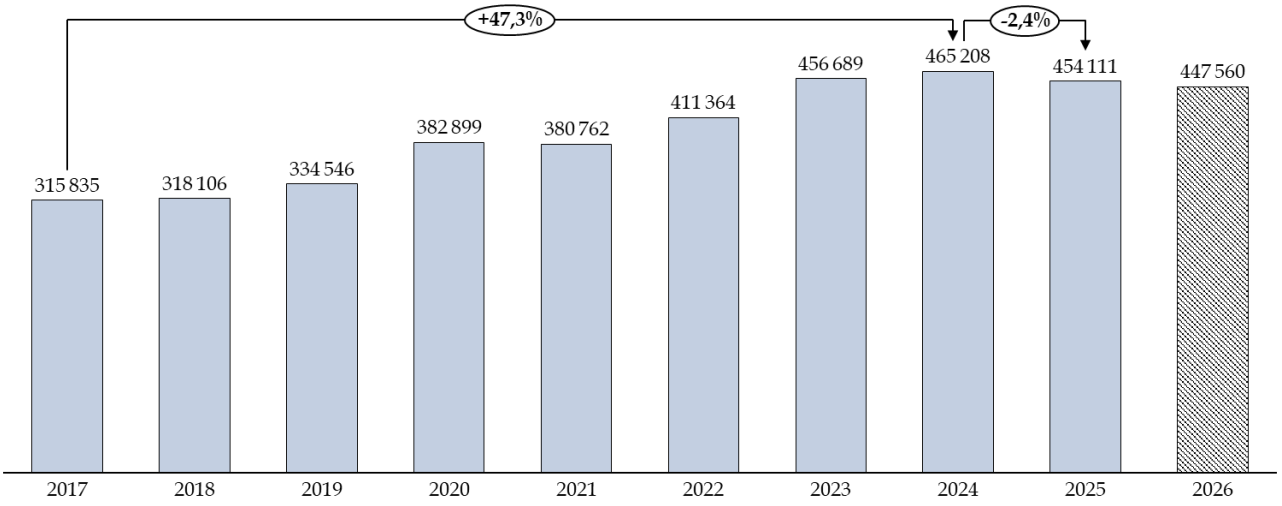
La hausse des dépenses entre 2021 et 2024 s'expliquait surtout par la hausse du nombre de bénéficiaires, et dans une moindre mesure par celle de la dépense moyenne par personne.

Ce n'est plus le cas en 2025, où, pour la première fois, le nombre de bénéficiaires diminue. Au 31 décembre 2025, l'AME de droit commun comptait 454 111 bénéficiaires, soit 2,4 % de moins qu'un an plus tôt (465 208). Cette baisse concerne surtout l'outre-mer, où le nombre de bénéficiaires a reculé de 20 %, à 32 679. Elle fait suite à une hausse ralentie en 2024 (+ 1,9 %), après + 11 % en 2022 et en 2023.

La baisse se poursuit en 2026 : l'AME de droit commun comptait 447 560 bénéficiaires au 31 mars 2026, soit 3,1 % de moins qu'un an plus tôt. Les entrées dans le dispositif ralentissent : 43 383 nouveaux bénéficiaires au premier trimestre 2026, contre 51 377 au premier trimestre 2025.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun au 31 décembre de chaque année

(en nombre de bénéficiaires)



Note : pour l'année 2026, il s'agit de données provisoires, au 31 mars 2026, transmises par la DSS.

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

Pourtant, les dépenses continuent d'augmenter. La dépense moyenne par bénéficiaire a atteint 2 912 euros en 2025, en hausse de 7,5 %[1]. Elle progresse surtout à l'hôpital (+ 8,3 %), plus qu'en ville (+ 6,3 %). Cette tendance s'accentue en 2026 : les dépenses hospitalières ont augmenté de 14 %

[1] *D'après les réponses au questionnaire budgétaire du rapporteur spécial.*

au premier semestre 2026 par rapport au premier semestre 2025. Elles représentent désormais 69 % des dépenses, contre 65 % en 2025.

Pour 2027, la DSS prévoit une hausse de 9,4 % des dépenses d'AME de droit commun, à 1 566,3 millions d'euros. Les prestations hospitalières augmenteraient de 11,8 %, les produits de santé de 5 % et les autres soins de ville de 5,4 %. Le nombre de bénéficiaires, après une baisse de 2,6 % en 2026, resterait presque stable (+ 0,4 %). Aucune mesure d'économie n'est envisagée pour 2027.

La hausse touche tous les postes de dépenses, en particulier les produits de santé et l'hôpital.

Évolution des dépenses d'AME de droit commun par poste

(en millions d'euros)

Poste	2024	2025	Évolution
Prestations hospitalières	767	824	+ 7,5 %
Autres soins de ville	331	344	+ 3,9 %
Produits de santé	157	172	+ 9 %
Total	**1 255**	**1 340**	**+ 6,7 %**

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

La structure des dépenses reste stable : les prestations hospitalières représentent 61 % des dépenses, les autres soins de ville 26 % et les produits de santé 13 %[1]. Les dépenses hospitalières ne concernent pourtant que 15 % des bénéficiaires.

La dépense est très concentrée géographiquement : sur 106 caisses, sept représentent plus de la moitié de la dépense. La CPAM de Paris en représente 18 %, celle de Bobigny 9 % et celle de Cayenne 6 %. Le dispositif n'est pas applicable à Mayotte.

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

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

L'essentiel des pays étudiés par le rapporteur spécial, dans le cadre de son rapport d'information de 2025 consacré à l'AME[2], prend en charge les

[1] *Projet annuel de performances de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2027.*
[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.*

soins urgents des étrangers en situation irrégulière. Cependant, le **panier de soins pris en charge est généralement plus restrictif qu'en France.**

Au Danemark, les soins non urgents ne sont couverts qu'au cas par cas, et une participation financière peut être demandée, y compris pour la grossesse ou la vaccination. **Au Royaume-Uni**, la médecine de ville est gratuite, mais les soins hospitaliers non urgents doivent être payés à l'avance, à l'exception de quelques soins définis par la loi (maladies infectieuses, planning familial, soins aux victimes de violences).

L'Allemagne offre un modèle intermédiaire. Elle prend en charge les urgences, les maladies et douleurs aiguës, le suivi de la grossesse et les vaccinations. En revanche, elle exclut la plupart des soins programmés pour les maladies chroniques et soumet à autorisation préalable les traitements hospitaliers non urgents, la rééducation, la psychothérapie ou certains soins dentaires.

À l'inverse, **l'Espagne et la Belgique** accordent aux étrangers en situation irrégulière un accès aux soins proche de celui des assurés sociaux, comme la France. L'Espagne a d'ailleurs rétabli cet accès en 2018, après l'avoir restreint en 2012.

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, notamment dans son rapport précité. **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 le 1er janvier 2020 afin de mieux prévenir les fraudes et les détournements du dispositif : une condition de durée minimale de séjour irrégulier de trois mois, l'obligation de déposer en personne la première demande et la vérification, dans la base Visabio, que les demandeurs ne disposent pas d'un visa en cours de validité.

Deux décrets publiés le 6 février 2026 renforcent ces contrôles. Ils répondent en partie aux recommandations du rapporteur spécial :

- le décret n° 2026-67 n'accepte plus comme justificatifs d'identité que des documents comportant une photographie. Ce décret répond à l'une des recommandations du rapporteur spécial, qui demandait d'exclure l'extrait d'acte de naissance de la liste des pièces acceptées. Une enquête menée en Guyane avait montré que 41 % des demandeurs présentaient un tel document ;

- le décret n° 2026-66 permet aux agents chargés des demandes de visa de consulter le fichier des bénéficiaires de l'AME. Une personne qui bénéficie de l'AME et demande un visa pourrait chercher à venir se faire soigner en France aux frais de l'AME. Le visa peut alors lui être refusé.

Le rapporteur spécial se félicite de la publication de ces décrets, dont le premier met en œuvre une de ses recommandations. En 2026, il estimait que l'exclusion de l'acte de naissance pourrait réduire les dépenses de **138 à 275 millions d'euros par an.** Le Gouvernement n'envisage toutefois pas d'aller plus loin : selon la DSS, aucune nouvelle mesure réglementaire n'est prévue et aucune économie n'est chiffrée.

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

En 2025, 16,2 % des dossiers d'AME ont été contrôlés, au-delà de l'objectif de 15 %. Sur les 50 601 dossiers contrôlés, **1 028 ont présenté une anomalie conduisant à un rejet, soit 2 % (contre 2,3 % en 2024). Les préjudices évités sont estimés à 2,2 millions d'euros, contre 2,8 millions d'euros en 2024.** Les dossiers contrôlés font l'objet d'une double instruction vérifiant notamment l'identité, les ressources déclarées et la résidence.

La Caisse nationale d'assurance maladie conduit également des contrôles ciblés sur les consommations de soins 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 bénéficiaires.

La Cour des comptes relève toutefois des limites persistantes. Les vérifications n'exploitent pas toutes les informations dont disposent les administrations sur l'identité, les titres de séjour, les ressources ou la résidence des demandeurs. Les erreurs d'attribution ne conduisent ni à fermer le droit, ni à réclamer les sommes indûment versées.

Source : commission des finances du Sénat, d'après le projet annuel de performances de la mission « Santé » annexé au PLF pour 2027, et les réponses au questionnaire budgétaire du rapporteur spécial.

Depuis le 1er janvier 2021, le bénéfice de certaines prestations programmées et non urgentes est subordonné à une ancienneté de neuf mois dans l'AME[1]. Pour les cas les plus urgents, la prise en charge reste possible avant ce délai, après accord préalable du service du contrôle médical de l'Assurance maladie.

Le rapport Évin-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 R. 251-3 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.*

Rapport Évin-Stefanini

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

- l'émancipation des majeurs ayants droit 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 formulé des recommandations 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 *(mise en œuvre par le décret n° 2026-67 du 6 février 2026).*

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

Si les deux décrets de février 2026 renforcent les contrôles, le panier de soins pris en charge reste inchangé. Or les dépenses continuent d'augmenter, et la dette de l'État envers la sécurité sociale devrait atteindre **plus d'un milliard d'euros fin 2027**. Des mesures plus structurelles restent donc nécessaires.

En particulier, le rapporteur spécial propose à nouveau d'appliquer le régime d'accord préalable pour les soins non urgents à tous les bénéficiaires de l'AME, quelle que soit leur ancienneté. Il recommande également au Gouvernement d'élargir la liste des prestations concernées, fixée à l'article R. 251-3 du code de l'action sociale et des familles, notamment aux 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 2027.**

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 à 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 comporte également une dotation de 8 millions d'euros en AE et en CP destinée au **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001[1]. Son montant, inchangé depuis 2017, est reconduit dans le PLF 2027. Après mise en réserve, 7,56 millions d'euros ont été effectivement versés en 2025. Cette dotation est versée au titre de la solidarité nationale, pour l'indemnisation des victimes non professionnelles de l'amiante (exposition familiale, domestique ou environnementale).

La dotation du programme 183 ne représente qu'une très faible part des ressources du fonds : 1,4 % de ses produits en 2025. Le FIVA est financé principalement par une dotation de la branche « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) de la sécurité sociale, ainsi que par les sommes qu'il récupère auprès des employeurs responsables de l'exposition à l'amiante.

D'après les éléments communiqués au rapporteur spécial par la direction de la sécurité sociale, **la situation financière du FIVA s'est nettement améliorée.** En 2025, ses produits (555,8 millions d'euros) ont largement dépassé ses charges (460 millions d'euros), grâce à une dotation de la branche AT-MP portée à 465 millions d'euros. Le résultat atteint 95,5 millions d'euros et le fonds de roulement 117,5 millions d'euros fin 2025. En 2026, le résultat serait de nouveau légèrement négatif (environ -15 millions d'euros) et le fonds de roulement s'établirait à 107,7 millions d'euros.

---

[1] *Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.*

Pour 2027, les dépenses d'indemnisation du FIVA sont estimées à **408 millions d'euros**, contre 424 millions d'euros prévus en 2026. Compte tenu de son fonds de roulement, la dotation de la branche AT-MP serait réduite de 62 millions d'euros, à 325 millions d'euros. Le fonds de roulement serait ainsi ramené à 50,1 millions d'euros fin 2027, un niveau jugé satisfaisant par le Gouvernement.

Le FIVA a reçu 9 225 demandes au premier semestre 2026, soit 1,3 % de moins qu'un an plus tôt. Le montant moyen d'indemnisation prévu pour 2027 est d'environ 83 100 euros pour les victimes directes et 13 700 euros pour leurs ayants droit.

Enfin, **le décret du 14 avril 2026** permet au FIVA de contacter les personnes susceptibles d'être atteintes d'une maladie liée à l'amiante, afin de lutter contre le non-recours à l'indemnisation. Le Gouvernement anticipe que cette démarche compensera la baisse des demandes spontanées, avec un nombre de demandes stable en 2027.

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

Le programme 204 est doté de 309,3 millions d'euros en AE et de **310,7 millions d'euros en CP** dans le PLF 2027. Ses crédits baissent de 117,2 millions d'euros en AE (- 27,5 %) et de 119,1 millions d'euros en CP (- 27,7 %) par rapport à la LFI 2026, qui prévoyait 426,5 millions d'euros en AE et 429,8 millions d'euros en CP.

Cette diminution s'explique essentiellement par la **réduction de moitié du soutien de l'État aux Régions pour les places de formation en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).** Le programme transfère par ailleurs 3,57 millions d'euros en AE et 3,5 millions d'euros en CP au programme 162 pour le plan « Eau Mayotte », ainsi que 1,4 million d'euros au programme 155 pour les systèmes d'information de la nouvelle **direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé**.

Plus de la moitié des crédits du programme 204 se concentrent sur cinq postes, dotés des montants suivants en 2027 :

- le **soutien aux places de formation en IFSI (**105,7 millions d'euros en CP) ;

- la subvention à **l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna** (62,6 millions d'euros en CP) ;

- les **actions juridiques et contentieuses** (39,3 millions d'euros), qui incluent la subvention de l'État à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) qui s'élève à 33,5 millions d'euros ;

- une subvention à l'**Institut national du cancer** (39,3 millions d'euros) ;

- une subvention à l'**Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)** (23,8 millions d'euros).

Selon les **prévisions pluriannuelles**, le programme 204 connaîtrait une **nouvelle forte baisse de ses crédits en 2028** (- 33,6 % en CP), avant une légère remontée en 2029 (+ 4,3 %).

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 avoir un réel impact sur les 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 dans des domaines qui ont été très largement délégués à des opérateurs aujourd'hui surtout financés par l'Assurance maladie.

En 2026, le programme a fait l'objet d'un gel supplémentaire de 40 millions d'euros en CP sur les crédits destinés aux IFSI, et d'annulations de près de 9 millions d'euros en AE et 7,3 millions d'euros en CP. À ce jour, 10,1 millions d'euros en AE et 50,3 millions d'euros en CP sont mis en réserve.

A. UNE DIMINUTION DU FINANCEMENT DES OPÉRATEURS DE LA MISSION

Le programme 204 ne finance plus que deux opérateurs : l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Institut national du cancer (INCa).

Les subventions pour charges de service public versées à ces opérateurs passent de **65,1 millions d'euros** en LFI 2026 à **63,1 millions d'euros** en PLF 2027, en AE comme en CP.

1. Une dotation relativement stable pour l'ANSES, dans le contexte d'un financement global en légère baisse

L'ANSES est placée sous la tutelle conjointe de quatre ministères : les ministères de l'agriculture, de l'environnement, de la santé et du travail. Ainsi, sa subvention pour charges de service public est financée par quatre programmes budgétaires.

Subvention pour charges de service public versée à l'ANSES par programme

(en millions d'euros, CP)

Programme financeur	LFI 2026	PLF 2027
P206 - Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation	75,1	69,9
P204 - Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	**23,3**	**23,8**
P181 - Prévention des risques	9,4	10,9
P111 - Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	7,8	7,8
Total des subventions pour charges de service public	**115,5**	**112,4**

Note : P signifie programme budgétaire

Source : commission des finances du Sénat, d'après le projet annuel de performances du programme 206 annexé au projet de loi de finances pour 2027

Ainsi, la subvention pour charge de service public versée à l'ANSES diminue de 3,1 millions d'euros entre la LFI 2026 et le PLF 2027.

La part de la mission « Santé » s'élève à **23,8 millions d'euros, soit 21 % de la subvention globale de l'Agence.** À périmètre constant, la subvention du programme est stable. La hausse de 0,5 million d'euros par rapport à la LFI 2026 résulte de l'intégration dans la subvention de crédits jusqu'ici versés à l'agence dans le cadre d'une convention avec la direction générale de la santé.

Selon la direction générale de la santé (DGS), entendue par le rapporteur spécial, le fonds de roulement de l'agence s'élèverait à 30,2 millions d'euros fin 2026, d'après son budget rectificatif de juin 2026. Mais une grande partie de sa trésorerie est déjà réservée à des opérations fléchées. La trésorerie disponible ne représenterait que 6,5 millions d'euros fin 2026, soit 14 jours de fonctionnement. Cette situation pourrait compliquer le paiement des travaux de réhabilitation du bâtiment Roux à Maisons-Alfort, estimés à 13,6 millions d'euros, pour lesquels seuls 0,3 million d'euros de crédits de paiement sont prévus chaque année.

2. L'INCa : un opérateur bien géré, qui doit financer le registre national des cancers.

Créé en 2004 sous la forme d'un groupement d'intérêt public, l'Institut national du cancer (INCa) coordonne la lutte contre les cancers. Il est placé sous la double tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, qui le financent tous les deux.

Cette double tutelle reflète ses deux missions : piloter la stratégie décennale de lutte contre les cancers et financer la recherche en cancérologie. La recherche représente 63 % de ses dépenses en 2025.

Subventions versées à l'INCa par programme

(en millions d'euros, CP)

Programme financeur	LFI 2026	PLF 2027
P204 - Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	**41,8**	**39,3**
P172 - Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires	68	73,2
Total	**109,8**	**112,4**

Note : P signifie programme

Source : commission des finances du Sénat, d'après le projet annuel de performances du programme 204 annexé au projet de loi de finances pour 2027

La subvention pour charges de service public versée par le programme 204 diminue de 2,5 millions d'euros. Cette diminution tient compte des économies sur les dépenses de communication mises en œuvre par

l'INCa, à la demande du Gouvernement.[1] En effet, les dépenses de communication de l'INCa sont passées de 11,4 millions d'euros en 2025 à 9 millions d'euros en 2026.

Cependant, en exécution, la subvention effectivement versée en 2026 est nettement inférieure au montant voté. Après une réduction de 2,2 millions d'euros au titre des dépenses de communication et une réduction supplémentaire de 1,58 million d'euros, elle s'établit à 35,95 millions d'euros, contre 41,8 millions d'euros en LFI 2026.

Par ailleurs, les crédits de transfert versés par le programme 172 du ministère de la recherche augmentent de **5,2 millions d'euros.** Cette hausse ne correspond pas à des moyens nouveaux. À compter de 2027, 5 millions d'euros destinés à la lutte contre les cancers pédiatriques, jusqu'ici inscrits sur une autre action du programme 172, sont intégrés au financement de l'INCa. **À périmètre constant, le financement du ministère de la recherche est donc stable.**

Dans son rapport paru en juillet 2026[2], le rapporteur spécial souligne que la gestion de l'INCa est globalement maîtrisée. La situation financière de l'Institut s'est fragilisée ces dernières années, sans devenir alarmante.

En effet, les dépenses de l'INCa sont passées de 85 millions d'euros en 2019 à 125 millions d'euros en 2025, sous l'effet de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Toutefois, les recettes de l'opérateur ont progressé moins vite, générant une forte baisse de la trésorerie disponible de l'Institut. Ainsi, la part non fléchée de la trésorerie de l'INCa est passée de **22 millions** d'euros fin 2022 à un niveau anticipé à - **7 millions** d'euros fin 2026. De ce fait, l'institut utilise sa trésorerie fléchée pour ses opérations courantes. Cependant, la direction du budget et le contrôleur budgétaire et comptable ministériel ont indiqué au rapporteur spécial que cette pratique est courante et ne constitue pas un risque si elle reste ponctuelle.

Le principal enjeu pour l'INCa est la création du registre national des cancers, dont la loi[3] lui a confié la charge, à l'initiative du Sénat. Le coût réellement nouveau de ce projet est estimé entre 3 et 4 millions d'euros par an d'ici 2028.

Le rapporteur spécial note avec intérêt que le PLF 2027 relève le plafond d'emplois de l'institut de 132 à 137 ETPT, sans effet sur la masse salariale. Cette hausse du plafond d'emplois, qui s'accompagne d'une diminution à due concurrence des effectifs hors plafond, permet à l'institut de pérenniser ses effectifs actuellement consacrés au développement du registre national des cancers. En effet, ces effectifs étaient employés dans le

---

[1] *Circulaire n° 6506/SG du 4 octobre 2025 relative à la politique de communication de l'État.*

[2] *Rapport d'information n° 857 (2025-2026) sur l'Institut national du cancer, déposé le 7 juillet 2026 par M. Vincent DELAHAYE au nom de la commission des finances.*

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

cadre de contrats à durée déterminée arrivant à échéance. Le rapporteur spécial avait formulé une recommandation en ce sens dans son rapport précité (recommandation n° 5).

Les recommandations du rapporteur spécial relatives à l'Institut national du cancer

Recommandation n° 1 : poursuivre les efforts entrepris pour suivre les projets de recherche afin d'identifier plus tôt lesquels n'aboutiront pas. Dans un objectif de sincérité budgétaire, cela permettrait de diminuer les abandons de versement à chaque exercice, et d'évaluer de façon plus fiable les restes à payer (*INCa*).

Recommandation n° 2 : transférer l'ensemble des compétences de communication sur la prévention des cancers au ministère de la santé. Un tel transfert permettrait d'arbitrer les priorités de communication à l'échelle nationale et de rationaliser les dépenses publiques de communication *(ministère de la santé).*

Recommandation n° 3 : relancer les réflexions visant à mutualiser des fonctions supports (infrastructures numériques, logiciels, commande publique) et métiers (suivi épidémiologique, évaluation des programmes de dépistage) avec d'autres agences sanitaires et de recherche. De telles mutualisations constituent une bonne pratique susceptible, à moyen terme, de générer des économies en gestion (*ministère de la santé, ministère de la recherche, INCa*).

Recommandation n° 4 : publier sans délai une instruction ministérielle sur les modalités de transmission à l'INCa des données nécessaires au registre national des cancers et mettre en place un mécanisme de suivi permettant d'identifier les producteurs ne transmettant pas leurs données dans les délais prévus et d'y remédier *(ministère de la santé, INCa).*

Recommandation n° 5 : pérenniser les effectifs consacrés au registre national des cancers en augmentant le plafond d'emplois de l'INCa à compter de 2027, à hauteur des postes en contrats à durée déterminée hors plafond arrivant à échéance. Diminuer à due concurrence les emplois hors plafond correspondants, de manière à assurer la neutralité financière de l'opération *(ministère de la santé, direction du budget, INCa).*

Recommandation n° 6 : inviter les partenaires privés de l'INCa, membres du groupement d'intérêt public (GIP), à savoir la Ligue nationale contre le cancer et la Fondation ARC, à contribuer au financement du registre national des cancers dans le cadre de conventions, sur le modèle des cofinancements existants *(INCa).*

Source : Rapport d'information n° 857 (2025-2026) sur l'Institut national du cancer, déposé le 7 juillet 2026 par M. Vincent Delahaye au nom de la commission des finances

B. UNE DOTATION À L'ONIAM EN LÉGÈRE BAISSE, ALORS QUE LES INDEMNISATIONS DE LA DEPAKINE DÉPASSENT LES PRÉVISIONS

La dotation pour actions juridiques et contentieuses constitue une part importante des crédits du programme 204. Dans le PLF 2027, 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 5,8 millions** d'euros, contre 8,2 millions d'euros en PLF 2026. Cette diminution tient notamment à une sous-consommation constatée depuis plusieurs années ;

- d'une **dotation versée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes (Oniam)** qui s'élève à 33,5 millions d'euros, contre 34,5 millions d'euros en LFI 2026. Cette diminution tire les conséquences de la reprise par l'Assurance maladie du coût des campagnes de communication à destination des victimes du valproate de sodium (Dépakine).

La **dotation versée à l'Oniam** doit permettre de couvrir pour 2027 :

- **l'indemnisation des accidents vaccinaux liés aux vaccinations obligatoires** survenus depuis le 1er janvier 2006 ainsi que l'indemnisation des victimes des mesures sanitaires d'urgence, y compris l'indemnisation des conséquences dommageables de la vaccination contre la Covid-19. Au 31 décembre 2025, l'Oniam avait reçu 2 059 demandes à ce titre. Il s'était prononcé sur 1 054 dossiers, dont 21 % en faveur d'une indemnisation, et 226 victimes avaient été indemnisées à l'amiable, pour un montant total de 3,3 millions d'euros. En 2026, 2,3 millions d'euros avaient été versés au 30 septembre. La DGS, interrogée sur ce point par le rapporteur spécial, ne dispose pas encore de prévision pour 2027 ;

- l'**indemnisation des victimes de la Dépakine** (valproate de sodium), ainsi que les frais de fonctionnement des dispositifs d'indemnisation des victimes de la Dépakine et du Médiator.

Le contrôle présenté par le précédent rapporteur spécial le 28 septembre 2022 devant la commission des finances[1] avait relevé une sous-exécution des crédits consacrés à la Dépakine, qui témoignait d'un non-recours significatif. Ce n'est plus le cas : les indemnisations versées dépassent désormais largement la dotation de l'État.

En 2025, l'État a versé 31,6 millions d'euros au titre de la Dépakine, et 228 dossiers ont été indemnisés. La dotation a été complétée en fin de gestion de 4,75 millions d'euros, pour atteindre 39,7 millions d'euros.

L'écart s'est creusé en 2026. Au 30 septembre, l'Oniam avait déjà **versé 49 millions d'euros,** dont 39,2 millions d'euros au titre de la Dépakine.

---

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

La dotation versée par l'État en 2026 n'est pourtant que de 32,6 millions d'euros. Selon la DGS, aucun complément ne paraît possible en 2026, compte tenu des crédits disponibles sur le programme. Après mise en réserve, la dotation versée en 2026 ne couvre donc pas les indemnisations déjà versées, avec un écart de plus de 16 millions d'euros au 30 septembre. Cet écart augmentera d'ici la fin de l'année.

Lors de son audition, la DGS a souligné les fortes incertitudes qui pèsent sur ces prévisions. Le montant des indemnisations dépend de chaque dossier, ce qui rend les dépenses difficiles à estimer pour l'Oniam. La DGS estime toutefois que le pic des demandes d'indemnisation est probablement passé. Dans ses réponses écrites, elle reconnaît néanmoins que la dotation de 33,5 millions d'euros prévue pour 2027 « *pourrait, de nouveau, être insuffisante si les décaissements restent à un niveau similaire de celui de 2026* ». De nouvelles prévisions sont en cours de préparation par l'Oniam.

La Cour des comptes a par ailleurs contrôlé les comptes et la gestion de l'Oniam. À la suite de ses observations provisoires, la DGS siège désormais au conseil d'administration de l'office en tant que financeur.

Le rapporteur spécial fait le même constat que pour l'AME, à une autre échelle : la dotation à l'Oniam est sous-budgétée. Les indemnisations versées en 2026 dépassent déjà de plus de 16 millions d'euros la dotation de l'État, et le PLF 2027 la réduit encore. Le rapporteur spécial demande que cette dotation soit fixée au niveau des dépenses prévues.

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

Les îles Wallis-et-Futuna ne disposent pas de système de sécurité sociale. Les soins y sont directement pris en charge par l'État **et gratuitement délivrés par une** agence de santé**, établissement public national créé en 2000.** L'agence n'a aucune ressource propre : **elle est entièrement financée par une dotation du programme 204.** Elle gère les hôpitaux et dispensaires de l'archipel et organise, si nécessaire, le transfert des patients vers la Nouvelle-Calédonie ou l'Hexagone. Ces évacuations sanitaires constituent l'un de ses principaux postes de dépenses.

La dotation de l'agence est reconduite dans le PLF 2027 au niveau de la LFI 2026, soit 61,3 millions d'euros en AE et 62,6 millions d'euros en CP. En effet, la dotation avait été augmentée de 9 millions d'euros en LFI 2026 par rapport à l'année précédente**.** L'écart de 1,3 million d'euros entre AE et CP correspond au remboursement annuel d'un prêt de 26,67 millions d'euros, accordé fin 2015 par l'Agence française de développement pour apurer les dettes de l'agence.

Malgré ces hausses successives, l'agence reste en déficit structurel. Des crédits complémentaires ont dû lui être accordés en cours d'année : **5,15 millions d'euros en 2023, 8,3 millions d'euros en 2024 et 7,24 millions**

d'euros en 2025. Ce déficit s'explique d'abord par les évacuations sanitaires, dont le nombre a augmenté de 38 % au premier semestre 2026 par rapport au premier semestre 2025. Les dépenses de personnel ont aussi augmenté de 5 millions d'euros entre 2022 et 2024.

L'agence a engagé des mesures d'économies : limitation des recrutements en contrat à durée déterminée, renouvellement du marché des évacuations sanitaires et achat d'un scanner pour éviter certaines évacuations. Elle en attend une économie d'environ 2 millions d'euros par an. Cet effet n'est pas encore visible, en raison de la forte hausse des évacuations sanitaires.

Par ailleurs, le programme d'investissement hospitalier a pris du retard. Sur l'enveloppe de 45 millions d'euros accordée en 2021 au titre du Ségur de la santé, seuls **2,3 millions d'euros** ont été délégués à l'agence. Face à la hausse des coûts, notamment pour la reconstruction de l'hôpital de Futuna, le Gouvernement a décidé en juin 2026 de procéder par tranches. Les urgences et l'imagerie seront traitées en priorité dans les deux îles. Un nouveau plan directeur des investissements a été adopté par le conseil d'administration de l'agence le 1er octobre 2026.

Le rapporteur spécial souligne que la stabilisation de la dotation doit s'accompagner de la poursuite du plan de maîtrise des dépenses engagé par l'agence. Il suivra avec attention ses effets sur le coût des évacuations sanitaires.

D. UN SOUTIEN AUX PLACES DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS RÉDUIT DE MOITIÉ

Depuis 2026, le programme 204 finance l'ouverture de places supplémentaires dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Ces instituts relèvent des régions, qui financent leur investissement, leur fonctionnement et leur équipement. Le soutien de l'État vise à augmenter le nombre d'infirmiers formés, dans un contexte de tensions sur les effectifs du système de santé.

Ce soutien trouve son origine dans le protocole signé le 14 mars 2022 entre le Premier ministre et Régions de France. L'État s'y engageait à aider financièrement les régions jusqu'en 2025, pour investir dans les IFSI et créer 5 870 places de formation par an. Depuis 2022, près de 0,9 milliard d'euros ont ainsi été versés aux régions pour créer des places en IFSI et en instituts de formation d'aides-soignants (IFAS).

Le PLF 2026 ne prévoyait aucun crédit à ce titre. Le Gouvernement a finalement décidé de reconduire ce soutien par un amendement déposé en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, qui a ouvert 215 millions d'euros en AE et en CP sur l'action 19 du programme 204. Le PLF 2027 le reconduit à nouveau, mais pour 105,6 millions d'euros en AE et 105,7 millions d'euros en CP, soit une baisse de moitié. Il est recentré sur le seul financement des places

en IFSI. La compensation du Ségur et l'aide à l'investissement ne sont plus financées. Les places en IFAS ne sont plus concernées depuis 2025.

La baisse de 109,3 millions d'euros en CP s'explique donc surtout par la fin du financement de la compensation du Ségur (42,4 millions d'euros) et de l'aide à l'investissement (50,3 millions d'euros), soit 92,7 millions d'euros. Les crédits destinés aux places elles-mêmes baissent de 16,4 millions d'euros, de 122,1 millions d'euros en 2026 à 105,7 millions d'euros en 2027.

Cette réduction correspond l'essentiel de la baisse des crédits du programme 204 entre la LFI 2026 et le PLF 2027 (- 109,3 millions d'euros sur - 119,1 millions d'euros en CP).

Les régions ouvrent par ailleurs moins de places que prévu. À la rentrée 2026, 4 077 places éligibles au financement ont été ouvertes, contre 5 296 à la rentrée 2025, pour un objectif de 5 870 places par an. Le nombre de places financées en 2027 dépendra des ouvertures à la rentrée 2027.

L'engagement de l'État ne court que jusqu'en 2027, dernière année de formation de la promotion entrée en 2025. Selon la DGS, « les modalités d'une éventuelle poursuite du soutien de l'État en 2028 ne sont pas définies à ce stade ». Cela confirme la baisse des dépenses d'intervention du programme prévue en 2028. **Le rapporteur spécial suivra avec attention les choix du Gouvernement sur l'avenir de ce dispositif.**

IV. LE PROGRAMME 379 « REVERSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE » : UN PROGRAMME APPELÉ À DISPARAÎTRE EN 2029

Le plan de relance avait prévu **6 milliards d'euros** pour soutenir l'investissement dans le système de santé au titre du Ségur de la santé :

- 2,5 milliards d'euros pour les établissements de santé ;

- 1,5 milliard d'euros pour les établissements médico-sociaux ;

- 2 milliards d'euros pour le numérique en santé.

L'Union européenne en finance la plus grande partie, par la Facilité pour la relance et la résilience (FRR). L'État reçoit ces fonds européens, puis les reverse à la sécurité sociale. Les sommes reversées atteignent **5,7 milliards** d'euros[1]. En 2021, elles ont pris la forme d'une fraction de TVA, évaluée à **765 millions d'euros**. Depuis 2022, elles passent par le programme 379, sous forme de crédits budgétaires.

Le programme 379 est doté de 242 millions d'euros de crédits en AE et en CP dans le PLF 2027, comme en LFI 2026. Ce programme représente **13,7** % des crédits de paiement de la mission. Le même montant est prévu pour 2028, puis plus aucun crédit en 2029.

En effet, le programme a vocation à être supprimé à compter de 2029, une fois les derniers reversements effectués. La direction de la sécurité sociale indique qu'aucun reliquat significatif n'est identifié au-delà de cette échéance.

S'agissant de l'exécution du programme, **l'exécution 2025 s'est écartée du calendrier initial.** Un reversement de 434 millions d'euros était prévu en 2025. Seuls 54 millions d'euros avaient été ouverts en LFI 2025, et 227,5 millions d'euros ont finalement été versés. Le complément de 173,5 millions d'euros provient d'une procédure inhabituelle : un « rétablissement de crédits » à partir du programme 360, lié aux aides aux entreprises pendant la crise sanitaire et clos depuis 2023. Selon la Cour des comptes[2], cette recette aurait dû être inscrite en loi de finances, avec une ouverture de crédits à due concurrence. L'opération n'a pu aboutir que par dérogation de la direction du budget.

Ces écarts s'expliquent par un report des reversements décidé en 2025. Le calendrier initial prévoyait de reverser 434 millions d'euros en 2025 et 519,4 millions d'euros en 2026, pour achever les reversements à cette date. Le calendrier révisé les étale jusqu'en 2028 : 227,5 millions d'euros en 2025, puis environ 242 millions d'euros par an de 2026 à 2028. Le montant total reversé reste inchangé, à **5,7 milliards d'euros.**

---

[1] *Projet annuel de performances de la mission « Santé » annexé au projet de loi de finances pour 2027.*

[2] *Cour des comptes, Note d'exécution budgétaire 2025, Mission « Santé », avril 2026.*

Calendrier de reversements à la sécurité sociale au titre du « Ségur investissement »

(en millions d'euros)

	2025	2026	2027	2028
Calendrier initial	434	519,4	-	-
Calendrier révisé	227,5	242	242	241,9

Source : commission des finances du Sénat, d'après la note d'exécution budgétaire 2025 de la Cour des comptes (données de la direction de la sécurité sociale).

Selon la direction de la sécurité sociale, ce report tient compte du rythme réel des paiements aux établissements de santé et médico-sociaux. Il répond aussi à la nécessité d'un « effort financier national » sur la mission « Santé ». La Cour des comptes relève que ce choix revient à faire porter à la sécurité sociale l'effort financier de l'État, par une hausse de la dette de l'État à son égard. **Le rapporteur spécial partage ce constat. Comme pour l'aide médicale de l'État, l'État réduit ses dépenses en reportant leur charge sur la sécurité sociale. Ce report n'est pas une économie, mais un simple décalage dans le temps.**

Le rapporteur spécial rappelle que ce programme ne traduit pas une dépense réelle de l'État, mais un simple transfert de fonds européens vers l'Assurance maladie. Il améliore la traçabilité de ces fonds, mais ne doit pas servir à porter des opérations sans lien avec son objet, comme ce fut le cas en 2025.

La direction de la sécurité sociale indique que, sur le terrain, les investissements financés progressent, mais les versements aux établissements restent en retard sur les engagements :

- dans le secteur sanitaire, sur **1 milliard d'euros** destiné aux projets d'investissement prioritaires, 753 millions d'euros avaient été contractualisés à fin août 2026, mais seulement 122 millions d'euros versés. Pour les investissements du quotidien, 1,2 milliard d'euros ont été versés sur 1,46 milliard d'euros contractualisés ;

- dans le secteur médico-social, la totalité des 1 065 millions d'euros destinés aux EHPAD a été contractualisée, mais seuls 335 millions d'euros avaient été versés fin 2025 ;

- dans le numérique, les programmes de mise à jour des logiciels se poursuivront jusqu'en 2027 ou 2028, voire 2029 pour le secteur médico-social.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées - Direction générale de la santé (DGS)

- Mme Cécile LAMBERT, directrice générale ;

- M. Émilien ROGER, sous-directeur.

Ministère du Travail et des Solidarités - Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Morgan DELAYE, adjoint du directeur-chef de service ;

- Mme Marie-Agnès PARIAT-POMMERAY, cheffe de bureau « Accès aux soins et prestations de santé ».