

N° 138

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 19 novembre 2020

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances,
adopté par l'Assemblée nationale, pour 2021,*

Par M. Jean-François HUSSON,

Rapporteur général,

Sénateur

TOME III

LES MOYENS DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DISPOSITIONS SPÉCIALES

(seconde partie de la loi de finances)

ANNEXE N° 28

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Christian KLINGER

(1) Cette commission est composée de : M. Claude Raynal, *président* ; M. Jean-François Husson, *rapporteur général* ; MM. Éric Bocquet, Emmanuel Capus, Bernard Delcros, Vincent Éblé, Charles Guené, Mme Christine Lavarde, MM. Dominique de Legge, Albéric de Montgolfier, Didier Rambaud, Jean-Claude Requier, Mmes Sophie Taillé-Polian, Sylvie Vermeillet, *vice-présidents* ; MM. Jérôme Bascher, Rémi Féraud, Marc Laménie, Stéphane Sautarel, *secrétaires* ; MM. Jean-Michel Arnaud, Arnaud Bazin, Christian Bilhac, Jean Bizet, Mme Isabelle Briquet, MM. Michel Canevet, Vincent Capo-Canellas, Thierry Cozic, Philippe Dallier, Vincent Delahaye, Philippe Dominati, Mme Frédérique Espagnac, MM. Éric Jeansannetas, Patrice Joly, Roger Karoutchi, Christian Klinger, Antoine Lefèvre, Gérard Longuet, Victorin Lurel, Hervé Maurey, Sébastien Meurant, Jean-Marie Mizzon, Claude Nougéin, Mme Vanina Paoli-Gagin, MM. Paul Toussaint Parigi, Georges Patient, Jean-François Rapin, Teva Rohfritsch, Pascal Savoldelli, Vincent Segouin, Jean Pierre Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 3360, 3398, 3399, 3400, 3403, 3404, 3459, 3465, 3488 et T.A. 500

Sénat : 137 et 138 à 144 (2020-2021)

SOMMAIRE

Pages

| | |
|--|---|
| LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL | 5 |
|--|---|

PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

| | |
|--|----|
| I. UNE MISSION AU PÉRIMÈTRE RÉDUIT | 10 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| II. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS INÉGALEMENT RÉPARTIE | 13 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 1. La mission enregistre une progression des crédits de 18 % | 13 |
| 2. ... principalement en faveur de l'aide médicale d'État..... | 15 |

| | |
|--|----|
| III. DES OBJECTIFS DE PERFORMANCE AMBITIEUX MAIS DES RÉSULTATS INSUFFISANTS | 16 |
|--|----|

SECONDE PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION « SANTÉ »

| | |
|--|----|
| I. UN NOMBRE D'OPÉRATEURS RÉDUIT | 19 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1. Des transferts vers le budget de la sécurité sociale qui n'ont pas été remis en cause, malgré la crise sanitaire..... | 19 |
| 2. Une majoration des crédits en trompe-l'œil | 20 |
| 3. Une réduction du nombre d'emplois..... | 21 |

| | |
|--|----|
| II. UN PROGRAMME 204 TOURNÉ POUR L'ESSENTIEL VERS LE FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA ET DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE..... | 22 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1. L'augmentation continue de la subvention à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna | 22 |
| 2. Le Fonds d'indemnisation de la Dépakine..... | 24 |
| 3. Des marges de manœuvre réduites | 25 |

| | |
|--|----|
| III. UNE MAJORATION INÉVITABLE DES CRÉDITS VERSÉS AU TITRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT FAUTE DE RÉFORME D'ENVERGURE | 25 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1. Une augmentation continue des dépenses..... | 27 |
| 2. Une progression importante des crédits en 2021 qui vient sanctionner une réforme insuffisante en 2020 | 29 |
| 3. La question de la dette..... | 32 |
| 4. Des solutions insuffisantes pour endiguer le flux | 32 |

| | |
|--|----|
| LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE..... | 35 |
|--|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS | 37 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| • ARTICLE 65 (nouveau) Majoration du taux maximal de pénalité visant les laboratoires considérés comme responsables refusant d'indemniser une victime de la Dépakine ou ayant présenté une offre manifestement insuffisante | 37 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| • ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 65 Transformation de l'aide médicale d'État en aide médicale de santé publique | 40 |
|---|----|

EXAMEN EN COMMISSION.....41

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES49

LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL

1. Les crédits de la mission Santé renouent avec une logique de progression, abandonnée lors de l'exercice précédent. Les crédits de paiement demandés en 2021 s'élèvent à 1 329,2 millions d'euros. À périmètre constant, ce montant correspond à une augmentation de 11,4 % par rapport aux montants inscrits en loi de finances pour 2020.

2. La combinaison des mesures de périmètre enregistrées ces dernières années sur le programme 204 et de la progression sans frein des dépenses d'intervention du programme 183 conduit aujourd'hui à faire de celui-ci le principal poste de dépenses de la mission « Santé ». Celle-ci tend aujourd'hui à se résumer au financement de l'aide médicale d'État (AME), action la mieux dotée du programme 183. 79,8 % des crédits demandés en 2021 au titre de la mission « Santé » sont en effet dédiés à l'AME. La maquette budgétaire apparaît, dans ces conditions, inadaptée.

3. Les indicateurs de performance retenus pour l'ensemble de la mission (espérance de vie et état de santé perçue) s'avèrent non renseignés et peu pertinents. Il y a lieu de s'interroger, dans ces conditions, sur le maintien de tels indicateurs, construits en fonction de réponses à des enquêtes menées auprès de nos concitoyens. Les résultats insuffisants obtenus aux indicateurs de performance retenus dans le cadre du programme 204 (lutte contre le tabagisme, vaccination contre la grippe et dépistage du cancer colorectal) suscitent, quant à eux, des interrogations sur l'efficacité de la dépense publique en matière de prévention.

4. Les transferts de la plupart des opérateurs vers la sécurité sociale entre 2013 et 2019 ont été insuffisamment justifiés et ne sauraient relever de la simple clarification des compétences entre l'État et la sécurité sociale. La crise sanitaire actuelle souligne un peu plus que les missions assignées à l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et à l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ne relèvent pas d'une logique contributive que suppose, pourtant, leur rattachement au budget de la sécurité sociale. Ce transfert n'est, pourtant, pas remis en cause dans le présent projet de loi de finances.

5. Le financement des deux derniers opérateurs de la mission « Santé » - l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) - suscite également des interrogations sur la pertinence de leur maintien au sein du programme 204. Plus de 50 % du budget de l'INCa est ainsi financé via la mission « Recherche » et les dépenses de personnel de l'ANSÈS sont, quant à elles, prises en charge par la mission « Agriculture ».

6. 60 % des crédits du programme 204 sont tournés vers le financement de deux sous-actions – financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et aide aux victimes de la dépakine – ce qui ne laisse que peu de marges de manœuvre budgétaire sur les autres actions.

7. La majoration des crédits du programme 204 – 260,2 millions d'euros en 2021 soit une progression de 29,5 – consiste pour l'essentiel en une mesure de périmètre destinée à répondre aux besoins de financement de l'Agence de Santé de Wallis-et-Futuna. Elle n'est donc pas spécifiquement liée à la crise sanitaire, ce qui peut conduire à s'interroger sur l'utilité du programme en matière de santé publique.

8. L'augmentation des crédits accordés à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna répond aux remarques répétées du Sénat sur la sous-budgétisation observée au cours des derniers exercices. Elle ne saurait cependant constituer une fin en soi et incite à la fois à la mise en œuvre effective de réformes structurelles et interroge quant à l'absence de financements en provenance de la mission « Outre-mer ».

9. Les crédits dédiés à l'aide médicale d'État en 2021 vont progresser de 15,4 % pour atteindre 1,061 milliard d'euros (AE = CP). Après une réforme adoptée en loi de finances pour 2020 en vue de maîtriser son coût, l'AME enregistre donc, un an plus tard, une majoration conséquente des crédits qui lui sont dédiés. Une telle évolution annonce par ailleurs une exécution 2020 délicate.

10. Les crédits dédiés à l'AME de droit commun atteindront 989,5 millions d'euros en 2021, soit une hausse de 12,7 % par rapport à la loi de finances pour 2020. Entre 2012 et 2019, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a déjà progressé de 32 %, induisant une majoration des dépenses de près de 51 %.

11. La dotation pour soins urgents bénéficie d'une mesure de périmètre avec le transfert de 30 millions d'euros en provenance du budget de l'assurance-maladie. Ce transfert permet de financer la mesure de réduction du maintien de droit de l'assurance-maladie de un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré qui devrait se traduire par un effet de déport vers le recours à l'aide médicale d'État. Il ne résout pas la question de la sous-budgétisation et de la dette à l'égard de la Caisse nationale d'assurance-maladie.

12. La part croissante des dépenses d'AME dans la mission « Santé » tend à réduire celle-ci à une enveloppe de financement de ce dispositif et interroge sur l'opportunité de maintenir la mission en tant que telle et de rattacher l'AME à la mission « Immigration, asile et intégration », tant elle constitue un facteur de croissance de l'immigration irrégulière.

13. Le dynamisme des dépenses d'AME incite à l'adoption de mesures structurelles réellement efficaces visant le panier de soins, afin de limiter sa progression, répondre à l'impératif de sincérité budgétaire et garantir la soutenabilité de la mission.

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, 31 % des réponses étaient parvenues à votre rapporteur spécial en ce qui concerne la mission « Santé ».

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

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

Il n'en demeure pas moins que la plupart des dépenses publiques en matière de santé relèvent des lois de financement de la sécurité sociale. Le périmètre de la mission est, en conséquence, limité. Dans ces conditions, deux programmes, coordonnés par le ministère des solidarités et de la santé, la constituent :

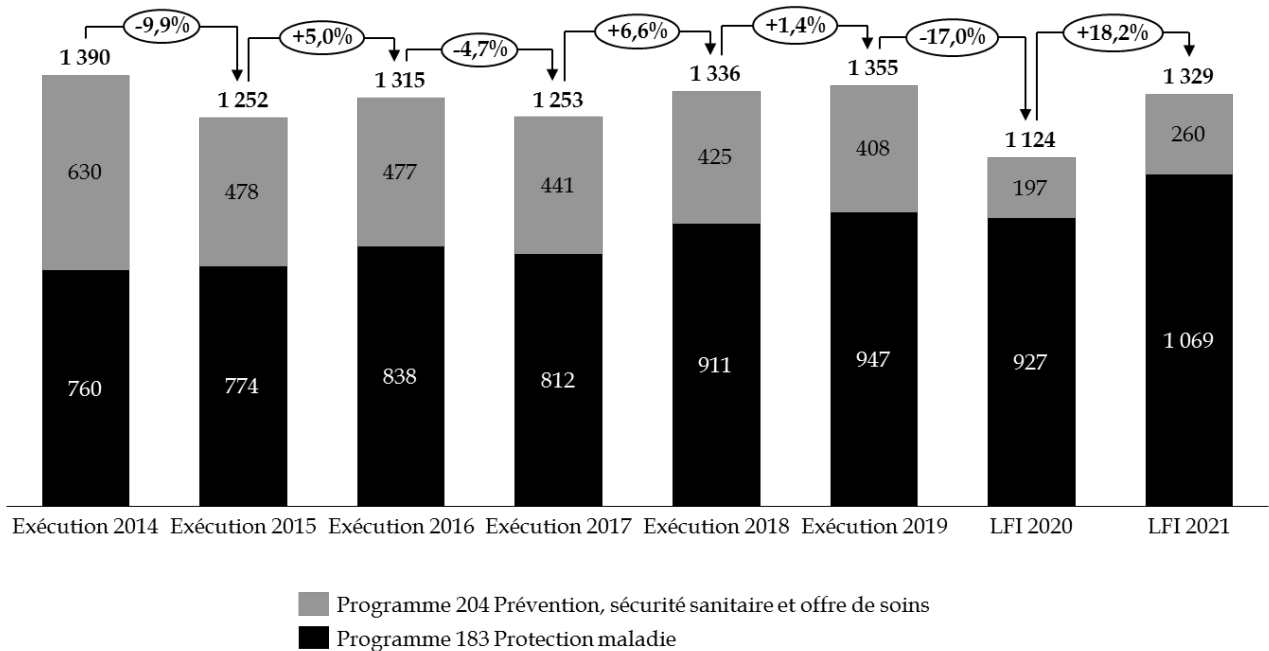
- piloté par la direction générale de la santé, le programme 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Il doit également contribuer à garantir la protection de la population face à des événements sanitaires graves tout en prévenant le développement de pathologies graves. Il regroupe, en outre, les subventions pour charges de service public accordées aux agences sanitaires. Ce programme ne représente plus, dans le projet de loi de finances pour 2021, que 19,6 % des crédits de la mission.

- piloté par la direction de la sécurité sociale, le programme 183 est dédié à la protection maladie. Il tend essentiellement à financer l'aide médicale d'État (AME), destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière en France depuis plus de trois mois et dont les ressources sont insuffisantes pour une prise en charge au titre de la couverture maladie complémentaire universelle. Le programme 183 contribue également, depuis 2015, au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Le programme 183 mobilise 80,4 % des crédits de la mission dans le projet de loi de finances pour 2021.

Les dépenses de la mission relèvent pour l'essentiel du titre 6 « Dépenses d'intervention ».

Évolution des crédits de la mission « Santé » par programme

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, à partir des documents budgétaires

I. UNE MISSION AU PÉRIMÈTRE RÉDUIT

La mission « Santé », et plus particulièrement le programme 204, a connu entre 2015 et 2020 des modifications importantes de son périmètre, avec le transfert de l'État vers l'assurance-maladie du financement de plusieurs agences de santé :

- la loi de finances de 2015 a ainsi procédé à un transfert de 134 millions d'euros vers l'assurance maladie, visant principalement l'attribution du financement de la formation médicale initiale à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ;

- la loi de finances pour 2017 a réduit les crédits de la mission de 51 millions d'euros et supprimé l'action 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins », répartie entre d'autres actions ;

- la loi de finances pour 2018 a procédé à deux transferts de dépenses, réduisant les crédits portés par la mission de 23 millions d'euros, via la suppression du financement de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) par l'État (9 millions d'euros) et l'arrêt du cofinancement de l'Agence de la biomédecine (ABM) par l'État (14 millions d'euros) ;

- la loi de finances pour 2020 a procédé au transfert des dépenses afférentes au fonctionnement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit 156,1 millions d'euros, et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP), soit 112,5 millions d'euros.

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Institut national du cancer (INCa) sont aujourd'hui les deux derniers opérateurs de la mission.

Le présent projet de loi de finances prévoit trois mesures de périmètre :

- le transfert de 45 millions d'euros de l'assurance-maladie vers l'État au titre du plan d'investissement de l'agence de santé de Wallis et Futuna (programme 204) ;

- la rebudgétisation du produit de la taxe sur les déclarations et notifications de produits du tabac affectée à l'ANSES, soit 2 millions d'euros (programme 204) ;

- le transfert de 30 millions d'euros de l'assurance-maladie vers l'État aux fins de mise en œuvre de la mesure de réduction de la période de maintien de droit de l'assurance-maladie pour les assurés dont le titre de séjour a expiré qui devrait se traduire par un effet de déport vers le recours à l'aide médicale d'État (programme 183).

Récapitulatif des mesures de transfert intervenues depuis 2012

(en millions d'euros)

| Exercice | Transfert | Impact financier |
|----------|---|------------------|
| 2013 | Recentralisation de compétences sanitaires. Transfert du financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna du programme 123 « Conditions de vie Outre-mer » vers le programme 204. | + 29,2 |
| 2014 | Recentralisation de compétences sanitaires Budgétisation de taxes précédemment affectées à la Haute Autorité de Santé (HAS) | + 10,9 |
| 2015 | Recentralisation de compétences sanitaires. Transfert vers l'assurance maladie des dépenses liées à la formation médicale, au financement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), de la HAS et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Transfert des crédits d'intervention destinés à la prise en charge des frais de jury des diplômes sanitaires du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » vers le programme 204. | - 133,7 |
| 2016 | Transfert des personnels des Cellules de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) des Agences régionales de santé (ARS). | + 1,1 |
| 2017 | Suppression du cofinancement de l'ANSP et du Fonds d'intervention régional (FIR). | - 51 |
| 2018 | Suppression du cofinancement de l'EHESP et de l'ABM. | - 23 |
| 2019 | Transferts des personnels des CIRE des ARS vers l'ANSP. Transferts de crédits en provenance de l'ANSM vers le programme 148 « Fonction publique » pour assurer le bénéfice de prestations interministérielles aux agents de l'ANSM. | - 0,15 |
| 2020 | Transfert intégral du financement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à l'assurance maladie. Transfert intégral du financement de l'Agence nationale de santé publique. Transfert de crédits du programme 216 « conduite et pilotage des politiques de l'intérieur » vers le programme 204 au titre des soins sans consentement. Transfert de l'assurance maladie à l'État du financement de l'accompagnement des groupes hospitaliers territoriaux (GHT) dans le cadre du programme « Phare » de performance des achats hospitaliers. Transfert du financement du plan Chloricone au programme 162 « interventions territoriales de l'État ». | - 266,1 |
| 2021 | Plan d'investissement de l'agence de santé de Wallis et Futuna. Réduction du maintien de droit de l'assurance-maladie pour les assurés dont le titre de séjour. Rebudgétisation de produit de la taxe sur les déclarations et notifications de produits du tabac. | + 77 |

II. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS INÉGALEMENT RÉPARTIE

1. La mission enregistre une progression des crédits de 18 %

Le montant global des crédits de la mission « Santé » demandés dans le cadre du présent projet de loi de finances s'élève à 1 323,9 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE) et 1 329,2 millions d'euros en crédits de paiement.

L'analyse des crédits demandés doit distinguer la part imputable aux modifications de périmètre :

- à périmètre courant, c'est-à-dire sans tenir compte des effets de périmètre, les crédits de paiement progressent de 17,8 % par rapport au montant inscrit en loi de finances pour 2020 ;

- à périmètre constant, c'est-à-dire corrigé des transferts de dépenses, les crédits de paiement sont majorés de 11,4 % entre les deux exercices.

La mission renoue donc avec une logique de progression, abandonnée lors de l'exercice précédent. La mission avait en effet enregistré des majorations sensibles des crédits de paiement entre les exercices 2017 et 2018 (+ 10 %), entre 2016 et 2017 (+ 4,5 %) et entre 2015 et 2016 (+ 4,6 %).

La trajectoire budgétaire retenue en loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 étant désormais obsolète, il est difficile, faute d'information transmise au Parlement, d'évaluer la soutenabilité de la mission au cours des prochains exercices.

Évolution des crédits de la mission « Santé » à périmètre courant

(en euros)

| | LFI 2020 | PLF 2021 | Évolution |
|--|----------------------|----------------------|------------------|
| Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins | 200 924 173 | 260 246 603 | + 29,52 % |
| Action 11 : Pilotage de la santé publique | 63 721 687 | 74 121 294 | + 16,32 % |
| Action 12 : Santé des populations | 1 010 000 | 1 230 000 | + 21,78 % |
| Action 14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades | 53 624 644 | 52 648 959 | -1,82 % |
| Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation | 25 485 038 | 26 163 046 | + 2,66 % % |
| Action 16 : Veille et sécurité sanitaire | 1 610 000 | 1 610 000 | - |
| Action 17 : Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins | 4 179 000 | 4 179 000 | - |
| Action 19 : Modernisation de l'offre de soins | 51 293 804 | 100 293 804 | + 95,53 % |
| Programme 183 : Protection maladie | 927 350 938 | 1 069 000 000 | + 15,27 % |
| Action 02 : Aide médicale d'État | 919 350 938 | 1 061 000 000 | + 15,41 % |
| Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 8 000 000 | 8 000 000 | - |
| Total | 1 128 275 111 | 1 329 246 603 | + 17,81 % |

Source : commission des finances du Sénat, à partir des documents budgétaires

2. ... principalement en faveur de l'aide médicale d'État

Les deux programmes de la mission « Santé » relèvent de logiques différentes :

- le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offres de soins » est composé à 38 % de dépenses de fonctionnement et de personnel et à 62 % de dépenses d'intervention ;

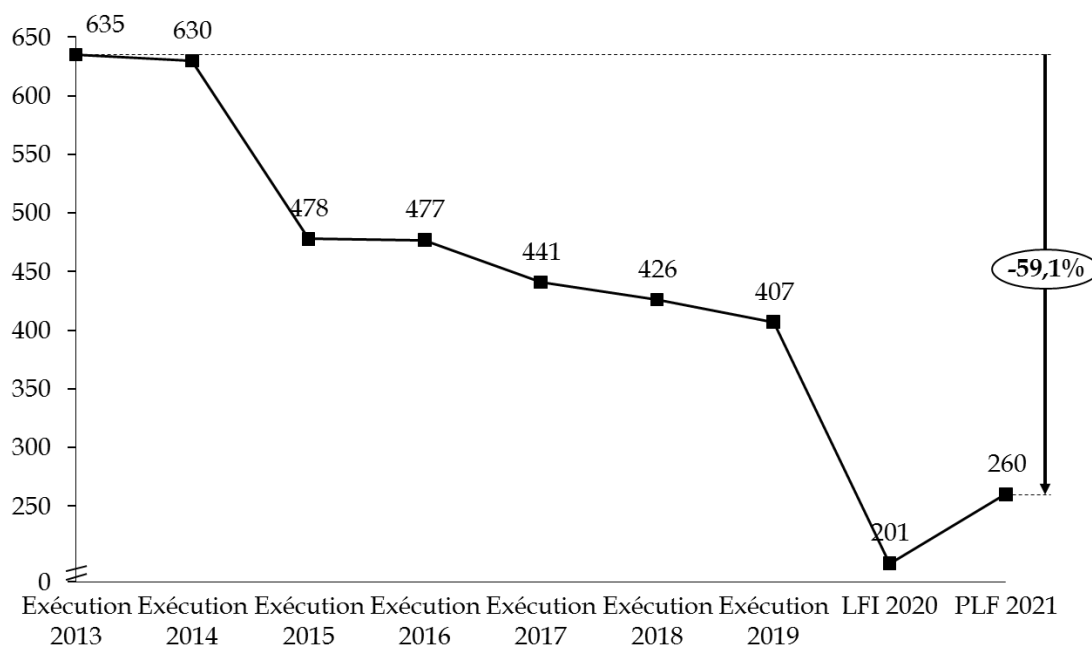
- le programme 183 « Protection maladie » ne porte que sur des dépenses d'intervention, dont le montant ne cesse de croître.

La combinaison des mesures de périmètre enregistrées ces dernières années et de la réduction des dépenses d'intervention conduit à faire du programme 183 le principal poste de dépenses de la mission « Santé ». Celle-ci tend aujourd'hui à se résumer au financement de l'aide médicale d'État (AME), action la mieux dotée du programme 183. 79,8 % des crédits demandés en 2021 au titre de la mission « Santé » sont en effet dédiés à l'AME.

Par ailleurs, si l'on peut observer une réelle maîtrise des dépenses au niveau de l'ensemble de la mission depuis 2018, celle-ci est principalement le fait d'une réduction des moyens alloués au programme 204. Cette diminution atteint, à périmètre courant, 59,1 % des crédits depuis 2013. Le programme 183 a, quant à lui, progressé de 38,4 % sur la même période.

Évolution des crédits du programme 204 à périmètre courant

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, à partir des documents budgétaires

III. DES OBJECTIFS DE PERFORMANCE AMBITIEUX MAIS DES RÉSULTATS INSUFFISANTS

Les objectifs de performance du programme 204 témoignent d'une réelle ambition en matière de santé publique. Les résultats obtenus se révèlent cependant insuffisants.

Les prévisions contenues dans le projet annuel de performances 2020 ne devraient ainsi pas être atteintes en ce qui concerne le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans ou la lutte contre la prévalence du tabagisme quotidien au sein de la population adulte.

La faible progression de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans ou plus en 2020 laisse, de son côté, supposer un retard au regard de la cible pour 2020, définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce résultat n'est pas sans susciter d'interrogation dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, un appel à la vaccination contre la grippe étant largement relayé par le Gouvernement. Un doute existe quant à la pertinence de la politique de prévention mise en œuvre par la direction générale de la santé et donc sur l'efficacité de la dépense publique en la matière.

Les objectifs et indicateurs de performance du programme 204

| | 2017 Réalisation | 2018 Réalisation | 2019 Réalisation | 2020 Prévision PAP | 2020 Prévision actualisée | 2021 Prévision |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Objectif n° 1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé | | | | | | |
| Indicateur 1.1 Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus (en %) | 48,2 | 51 | 50 | 60 | 52 | 60 |
| Indicateur 1.2. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans (en %) | 33,5 | 32,1 | ND | 39,3 | 39,3 | 42,9 |
| Indicateur 1.3 Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (en %) | ND | 25,4 | 24 | 24 | 24 | 23 |
| Objectif n° 2 : Prévenir et maîtriser les risques sanitaires | | | | | | |
| Indicateur 2.1 Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique | 12,2 | 12 | 11 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| Indicateur 2.2 Pourcentage de signalements traités en 1 heure | 82 | 95 | 92 | 95 | 95 | 95 |

Source : projet annuel de performances pour 2021 de la mission « Santé »

Deux indicateurs retenus pour l'ensemble de la mission s'avèrent peu pertinents :

- l'indicateur « état de santé perçue » introduit par le projet annuel de performances 2016 qui correspond au pourcentage de la population de 16 ans et plus se déclarant en bonne ou en très bonne santé générale ;

- l'indicateur « espérance de vie », visant à apprécier dans quelle mesure les années de vie gagnées par l'allongement de l'existence étaient vécues sans altération des capacités fonctionnelles.

Le projet annuel de performances 2021 ne donne aucune information sur ces indicateurs, s'agissant de leur réalisation en 2020 et de la cible définie pour 2021. Il y a lieu de s'interroger, dans ces conditions, sur le maintien de tels indicateurs, construits en fonction de réponses à des enquêtes menées auprès de nos concitoyens.

SECONDE PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION « SANTÉ »

I. UN NOMBRE D'OPÉRATEURS RÉDUIT

1. Des transferts vers le budget de la sécurité sociale qui n'ont pas été remis en cause, malgré la crise sanitaire

Aux termes de la loi de finances pour 2018, le programme 204 ne devait plus financer que quatre opérateurs de l'État contre dix en 2015 : l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de santé publique (ANSP)¹, l'Institut national de lutte contre le cancer (INca) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS). La loi de finances pour 2020 a limité ce financement direct de l'État à deux opérateurs, en transférant l'ANSM et l'ANSP à l'assurance-maladie. Les crédits dédiés à ces agences sont désormais gérés au sein du sixième sous-objectif « Opérateurs financés par l'Assurance maladie » de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie.

Il convient de rappeler que l'ANSP était au cœur de l'action n° 11 du programme 204 « Pilotage de la politique de santé publique ». L'ANSM était, quant à elle, l'outil au service de l'action n°17 du même programme « Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins ». Ces opérateurs concentraient, par ailleurs, plus de la moitié des crédits du programme 183 : 268,6 millions d'euros, soit 56 % de la dotation accordée en loi de finances pour 2019.

Ces transferts ne sauraient être uniquement motivés par une clarification des compétences entre l'État et la sécurité sociale, sauf à conduire à la disparition de la mission « Santé » du budget de l'État. Les missions assignées à l'ANSM et à Santé publique France ne relèvent pas, de prime abord, d'une logique contributive que suppose, pourtant, leur rattachement au budget de la sécurité sociale. Il s'agit là d'un nouvel exemple de confusion des rôles entre les mesures devant être prises en charge par l'État et par la sécurité sociale.

L'argument budgétaire parfois avancé - les crédits dédiés aux agences progresseraient plus rapidement en étant intégrés à l'Ondam qu'en restant attachés à la mission Santé - peut également être remis en cause. L'ANSM a ainsi vu sa dotation diminuée de 0,7 million d'euros entre 2019 et 2020. S'agissant de Santé publique France, la lutte contre la

¹ L'ANSP regroupe depuis 2017 trois anciens opérateurs : l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INpes) et l'Institut de veille sanitaire (INVS).

pandémie a conduit à mettre en œuvre une procédure budgétaire complexe afin de renforcer les capacités financières de l'agence aux fins d'acquisition de matériels médicaux¹. **L'exécution des dépenses est ainsi partagée entre l'établissement public en propre et l'État** – intervention sur les marchés internationaux –, **un fonds de concours abondant le programme 204** « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », rattaché à la mission « Santé » étant ainsi mis en œuvre.

Le présent projet de loi de finances, présenté dans un contexte de crise sanitaire sans précédent, ne remet pas en cause cette architecture. S'il apparaît évident que toutes les administrations publiques doivent prendre leur part dans la gestion de la lutte contre la pandémie, le choix de mettre à la charge des administrations de sécurité sociale des dépenses relevant par principe du domaine de l'État, puisque répondant à un objectif de prévention, interroge. Il ne s'agit pas expressément de mesures relevant de l'assurance-maladie.

2. Une majoration des crédits en trompe-l'œil

La subvention pour charges de service public prévue par le présent projet loi de finances pour l'INCa enregistre une majoration de 4,24 millions d'euros par rapport à la loi de finances pour 2020. Le montant prévu s'élève ainsi à 45,5 millions d'euros. Reste que cette progression intègre une subvention de 5 millions d'euros visant à soutenir la recherche en cancérologie pédiatrique, versée directement par le programme 172 « Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires » rattaché à la mission Recherche et enseignement supérieur. Au-delà de cette mesure de transfert, la subvention pour service public versée par le ministère des solidarités et de la santé atteint 40,5 millions d'euros, soit une baisse de 1,9 %.

Il convient par ailleurs de rappeler que l'INCa perçoit au titre du programme 172 une dotation de 38 millions d'euros versée par l'Agence nationale de recherche. **Dans ces conditions, il y a lieu de s'interroger sur le rattachement de l'INCa à la mission Santé, dès lors que plus de la moitié de ses financements publics (43 millions d'euros) sont rattachés à la mission Recherche et enseignement supérieur.**

L'ANSÈS enregistre de son côté une majoration de crédits de 0,7 million d'euros. Celle-ci s'explique par la rebudgétisation du produit du droit sur les déclarations et notifications de produits du tabac, à hauteur de 2 millions d'euros. La suppression de cette taxe affectée est prévue à l'article 16 du présent projet de loi de finances, en raison d'un rendement jugé insuffisant. Au-delà de cette rebudgétisation, les crédits

¹ Arrêté du 31 mars 2020 fixant le montant pour l'exercice 2020 du financement de l'Agence nationale de santé publique.

versés à l'ANSÈS – sont donc en baisse de 1,3 million d'euros, soit une diminution de 6 % par rapport à la dotation versée en 2020.

Subventions pour charges de service public versées aux opérateurs

(en millions d'euros)

| Opérateur | Exécution 2018 | Exécution 2019 | LFI 2020 | PLF 2021 |
|--|----------------|----------------|-------------|-------------|
| Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) | 14,2 | 15,9 | 21,9 | 22,6 |
| Institut national du cancer (INCa) | 42,1 | 41,1 | 41,3 | 45,5 |
| Total | 53,3 | 57,0 | 63,2 | 68,1 |

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

3. Une réduction du nombre d'emplois

Le présent projet de loi de finances majore de deux unités le plafond global de l'INCa pour le porter à 151 équivalents temps plein travaillé (ETPT). Seul le nombre d'ETPT sous plafond LFI diminue de 3 unités pour atteindre 131 postes, ce qui est quasiment conforme à la baisse de 2,5 % du plafond d'emploi appliquée aux opérateurs.

Reste que le nombre d'ETPT hors plafond est augmenté de 5 unités, recrutées en contrat à durée déterminée à objet défini (CDDOD). De fait, le respect, par l'Institut national du cancer (INCa), de la trajectoire de diminution des emplois sous plafond est compensé par le recrutement de contrats à durée déterminée, afin de faire face à une augmentation des projets traités. La loi du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli a, en effet, confié de nouvelles missions à l'INCa. **Dans ces conditions, il pourrait être opportun de revoir cette contrainte, même si l'INCA reste avant tout une agence de pilotage et non une agence de régulation ou de production qui repose sur des acteurs territoriaux pour sa mise en œuvre.**

Emplois des opérateurs rémunérés par le programme 204

(en ETPT)

| Opérateurs | Réalisation 2019 | LFI 2020 | PLF 2021 | Variation 2021/2020 |
|---|------------------|----------|----------|---------------------|
| Institut national du cancer (INCa) | | | | |
| Emplois sous plafond | 135 | 134 | 131 | - 2,2 % |
| Emplois hors plafond | 11 | 15 | 20 | + 25 % |

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

Les emplois de l'Ansés sont, quant à eux, rémunérés par le programme 206 « Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation » rattaché à la mission Agriculture, ce qui n'est pas sans susciter certaines interrogations.

II. UN PROGRAMME 204 TOURNÉ POUR L'ESSENTIEL VERS LE FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA ET DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

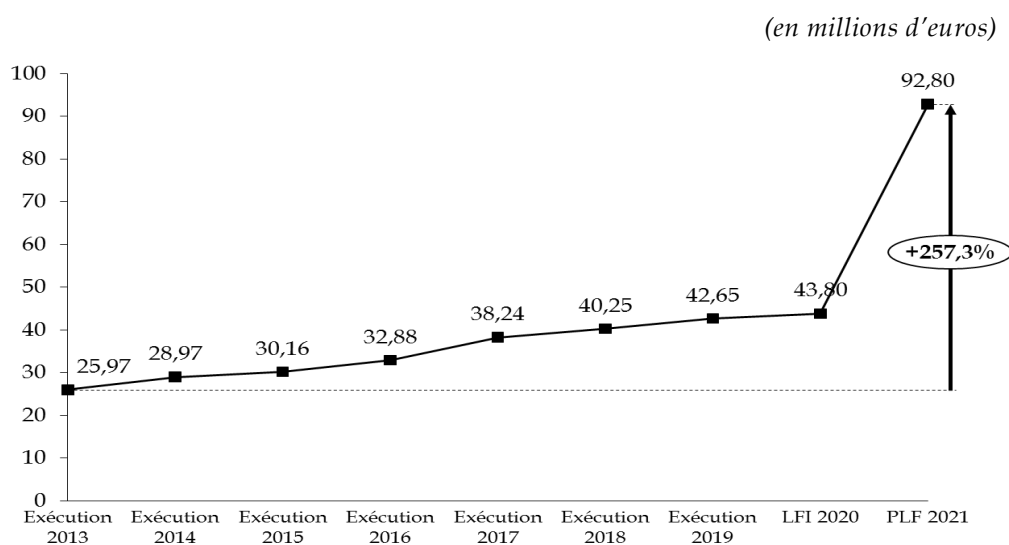
1. L'augmentation continue de la subvention à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna

L'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna, regroupe deux hôpitaux et plusieurs dispensaires. La principale difficulté de cet établissement public tient au coût des évacuations sanitaires vers la Nouvelle Calédonie, les établissements métropolitains, voire les hôpitaux australiens.

Faisant suite à un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et du contrôle général économique et financier d'avril 2019, le Gouvernement a prévu en loi de finances pour 2020 une augmentation en trois temps de la subvention de l'agence. 7 millions d'euros en 2020, puis 4 millions d'euros en 2021 et 1,6 million d'euros en 2022.

Dans le cadre des accords dits de Ségur, le présent projet de la loi de finances ajoute à cette dotation un plan d'investissement de 45 millions d'euros.

Trajectoire de la subvention accordée à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna (2013-2021)



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

La progression conséquente des crédits relève d'une plus grande sincérité budgétaire. À l'occasion de l'examen des projets de loi de règlement pour 2018 et 2019, la commission des finances avait en effet relevé une sous-budgétisation manifeste. La Cour des comptes avait également invité l'État à mieux déterminer les crédits nécessaires à l'agence afin de couvrir ses dépenses et éviter un recours à l'endettement à l'occasion de son examen des exécutions budgétaires 2016 et 2017.

Il apparaît cependant regrettable que seule la mission Santé soit sollicitée pour répondre aux difficultés de l'Agence de Wallis-et-Futuna, un certain nombre de financements pouvant relever du programme 123 « Condition de vie outre-mer », rattaché à la mission Outre-mer.

La simple rallonge budgétaire ne peut constituer, cependant, une option à long terme. La subvention accordée en 2020 à l'agence de santé représente 92 % des crédits de l'action n° 19, qui constitue elle-même 39 % des crédits du programme 204. En 2016, 15 mesures avaient alors été élaborées au sein d'un projet stratégique quinquennal en vue de parvenir à une maîtrise des coûts¹. Elles ne relevaient pas toutes du simple domaine budgétaire : création d'un secrétariat général et d'un pôle de prévention, recrutement d'un diététicien, d'un épidémiologiste et d'un médecin de santé publique ou développement de la télémédecine. Il conviendra d'effectuer un point, en cours d'exercice, sur la mise en œuvre effective de ces mesures et leur incidence sur les comptes de l'Agence.

¹ Agence de santé de Wallis-et-Futuna, Projet stratégique 2016-2020, 15 mesures pour conforter l'Agence dans ses missions et améliorer la santé des Wallisiens et Futuniens.

2. Le Fonds d'indemnisation de la Dépakine

Le présent projet de loi de finances prévoit une majoration de 3,6 millions d'euros des crédits dédiés aux actions juridiques et contentieuses. 57,2 millions d'euros, soit 22 % des crédits du programme, sont prévus à cet effet. Cette somme vise, notamment, le financement de l'indemnisation des victimes de la valproate de sodium et ses dérivés (Dépakine) par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Le montant de l'indemnisation, entièrement prise en charge par l'État, est estimé à 424,2 millions d'euros sur six ans, soit en moyenne 77,7 millions d'euros par an, chiffre retenu par la loi de finances pour 2018. La direction générale de la santé avait indiqué à la Cour des comptes en 2016 que cette estimation constituait une « fourchette basse », réalisée sur des hypothèses de nombre de bénéficiaires remplissant les critères d'indemnisation. Le coût en année pleine de l'indemnisation des victimes de la Dépakine a été estimé sur la base d'un effectif de 10 290 personnes remplissant les critères d'indemnisation, sur un total de 30 000 à 40 000 demandes.

La commission des finances avait relevé lors de l'examen de la loi de règlement pour 2018, que le processus de collecte des informations avait conduit à des retards importants en vue d'indemniser les victimes de la Dépakine. De fait, au 9 juillet 2019, le montant total des offres adressées par l'ONIAM s'élevait à 3 384 903 euros, dont 3 150 088 euros aux victimes directes et 234 815 euros aux victimes indirectes. Les offres acceptées s'élevaient à 1 840 511 euros. Le Gouvernement a également pris acte de ces difficultés en proposant, au sein de la loi de finances pour 2020, un nouveau dispositif à même de réduire les délais d'instruction¹. Il a également proposé l'annulation en loi de finances rectificative pour 2019 de 74 millions d'euros de crédits.

Cette révision du dispositif tend aujourd'hui à porter ses fruits. Le montant total des offres proposées par l'ONIAM au 30 juin dernier s'élevait en effet à 15,60 millions d'euros (dont 12,8 millions d'euros proposés aux victimes directes et 2,8 millions d'euros proposés aux victimes indirectes). 7,30 millions d'euros ont d'ores et déjà été versés aux victimes.

L'approche retenue dans le présent projet de loi de finances s'inscrit dans la continuité de celle élaborée l'an dernier et apparaît plus en phase avec le principe de sincérité budgétaire que les montants provisionnés lors des précédents exercices.

¹ Article 266 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

3. Des marges de manœuvre réduites

60 % des crédits du programme 204 sont tournés vers le financement de deux sous-actions, ne laissant que peu de marges de manœuvre sur les autres actions.

De fait, si le présent projet de loi de finances prévoit une majoration des crédits du programme 204 de 59,3 millions d'euros, 89 % de cette progression est directement fléchée vers l'agence de Wallis-et-Futuna (49 millions d'euros) et le fonds d'indemnisation des victimes de la Dépakine (3,6 millions d'euros). Les 6,7 millions d'euros sont, quant à eux principalement orientés vers le développement et l'exploitation des systèmes d'information de santé publique (3,4 millions d'euros) et le développement de l'Académie de l'Organisation mondiale de la santé - OMS (2 millions d'euros) dont le campus sera installé à Lyon.

La majoration des crédits du programme 204 ne vient donc pas spécifiquement répondre à la crise sanitaire et peut conduire à s'interroger sur l'utilité de la mission en matière de santé publique.

III. UNE MAJORATION INÉVITABLE DES CRÉDITS VERSÉS AU TITRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT FAUTE DE RÉFORME D'ENVERGURE

Détaillée au sein de l'action n° 2, l'aide médicale d'État (AME) représente 99,3 % des crédits du programme 183. Elle comprend cinq volets :

- l'aide médicale d'État de droit commun est dédiée à la protection de la santé des personnes étrangères démunies et vivant en France depuis au moins trois mois consécutifs en situation irrégulière et, de ce fait, non éligibles à la couverture maladie universelle. 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 989,5 million d'euros dans le présent projet de loi de finances, soit 93,6 % des crédits de l'action n° 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 annuelle de 40 millions d'euros versée par l'État. Celle-ci est constamment inférieure aux sommes effectivement versées, conduisant à la création d'une dette de l'État à l'égard de l'assurance-maladie ;

- l'AME humanitaire 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'AME humanitaire donne lieu à une délégation de crédits aux directions départementales chargées de la cohésion sociale pour paiement ;

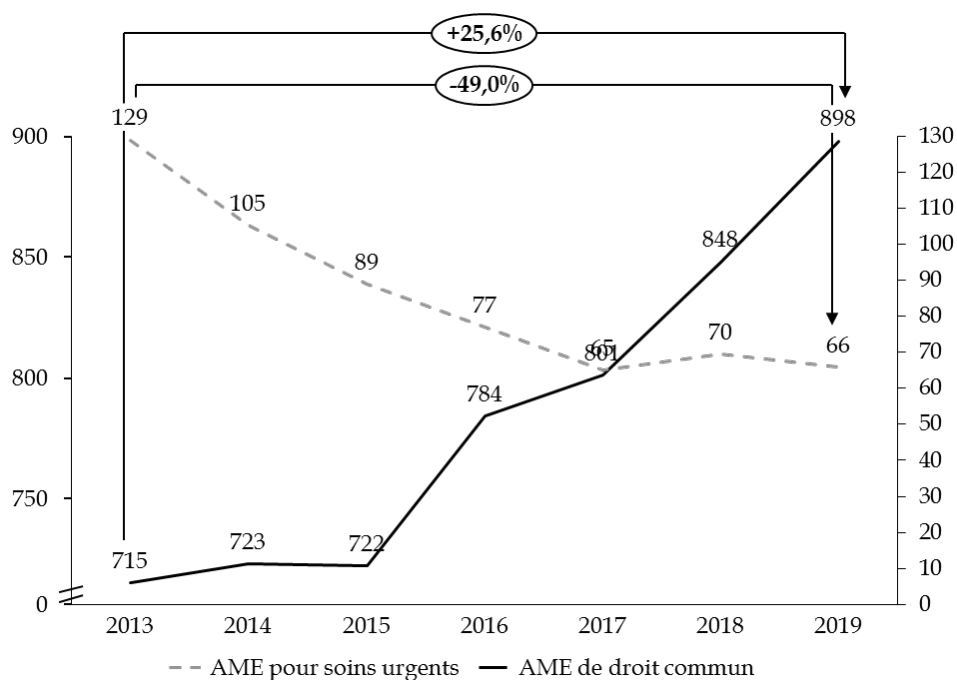
- les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers les hôpitaux de la Réunion voire ceux de la métropole. Elles sont financées via une délégation de crédits aux délégations départementales de la cohésion sociale concernées ;

- l'aide médicale accordée pour les 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. Elle donne également lieu à une délégation de crédits aux directions départementales chargées de la cohésion sociale.

Les derniers exercices sont marqués par une nette progression des dépenses liées à l'aide médicale d'État de droit commun et par une baisse concomitante du dispositif « soins urgents ».

Répartition des dépenses de l'AME 2013-2019

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les rapports annuels de performances

1. Une augmentation continue des dépenses

En 2019, les dépenses d'AME ont représenté 965 millions d'euros soit une augmentation de 46 millions d'euros par rapport au montant enregistré en 2018 (+ 5 %)¹.

Cette progression est principalement imputable à l'AME de droit commun : + 29 millions d'euros d'une année sur l'autre. Depuis 2012, à la progression du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun de 32 % correspond à une majoration des dépenses de près de 51 %. Le nombre de bénéficiaires atteignait 334 456 personnes au 31 décembre 2019.

38 275 bénéficiaires résident en outre-mer. La population des bénéficiaires est, d'après la direction de la sécurité sociale, plutôt jeune : 70,5 % ont moins de 40 ans, 21 % des bénéficiaires étant mineurs. Les hommes représentent 54 % de l'effectif total.

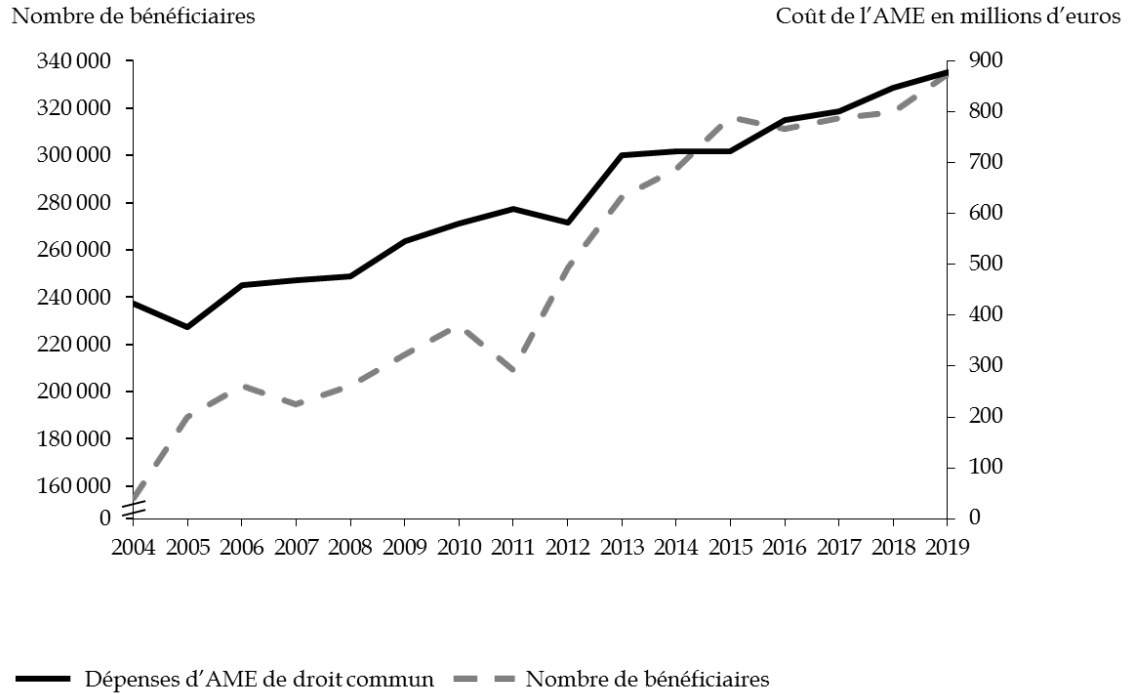
L'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires se conjugue à une forte concentration territoriale. 10 caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) ou caisses générales de sécurité sociale (CGSS) sur 106 concentrent 64,7 % de la dépense d'AME de droit commun. La CPAM de Paris et les autres caisses d'Île-de-France financent 50 % de la dépense totale (20,3 % pour la CPAM de Paris). Les caisses de Cayenne (8,5 %) et Marseille (5,5 %) sont, en dehors de la région parisienne, les plus concernées par l'AME de droit commun.

Le taux de prise en charge hospitalière s'élève à 66 %. 34 % des dépenses concernent des prestations de ville. Médicaments et dispositifs médicaux constituent 40 % des soins de ville.

Le dispositif « soins urgents » n'est pas documenté dans le projet annuel de performances s'agissant de l'exercice 2019. Il couvrait 7 711 séjours hospitaliers et 2 621 séances de soins en 2018. Près des deux tiers des personnes concernées ont moins de 40 ans. Près du tiers des séjours hospitaliers sont effectués dans les services d'obstétrique. Le nombre de bénéficiaires n'est pas, cependant, précisément connu, les soins ne donnant pas lieu à une immatriculation via un numéro de sécurité sociale.

¹ La dépense réelle d'AME de droit commun enregistrée par la CNAM a été moins importante que prévue et s'est élevée à 877 millions d'euros. La prévision budgétaire tablait sur une dépense de 898 millions d'euros. Le solde, 21 millions d'euros, a donc été affecté à la réduction de la dette de l'État auprès de la CNAM au titre de l'AME « soins urgents » (cf infra).

Évolution du nombre des bénéficiaires et du montant des dépenses d'AME de droit commun depuis 2004



Source : commission des finances du Sénat, d'après les rapports annuels de performances

2. Une progression importante des crédits en 2021 qui vient sanctionner une réforme insuffisante en 2020

À l'initiative du Gouvernement, **une réforme limitée de l'aide médicale d'État** a été adoptée à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2020, en vue notamment de maîtriser la dépense¹.

La réforme de l'aide médicale d'État de 2019

À l'initiative du Gouvernement, plusieurs amendements visant à réformer l'aide médicale d'État afin de mieux juguler les risques de fraudes et de détournements abusifs à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2020. Ces amendements reprenaient les préconisations du rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales rendu à la ministre de la santé le 5 novembre 2019.

La réforme vise à :

- clarifier les conditions pour bénéficier de l'aide en modifiant l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. L'ouverture du droit à l'AME ne sera effective qu'au terme d'un délai de trois mois en situation irrégulière. La précédente rédaction pouvait permettre une ouverture du droit dans les semaines suivant l'expiration d'un visa touristique ;

- conditionner la prise en charge de certaines prestations programmées et non urgentes des bénéficiaires majeurs de l'aide médicale d'État à un délai d'ancienneté de bénéfice de cette aide, en modifiant l'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles. Les opérations visant les prothèses de la hanche, de genou, la chirurgie de la cataracte ou encore certaines prestations de transport seraient ainsi concernés. Une dérogation est envisageable si le délai peut avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de la personne. Le délai été fixé à 9 mois maximum.

- limiter les possibilités de dépôt de demande d'AME à une comparution physique en caisse primaire d'assurance-maladie ou en cas d'empêchement, à un dépôt par l'intermédiaire de l'hôpital ou de la permanence d'accès aux soins de santé. Le dispositif existant est néanmoins maintenu en cas de renouvellement de demande d'aide, afin d'éviter un engorgement des caisses d'assurance-maladie et des hôpitaux. Les demandeurs peuvent être accompagnés par un représentant des services sociaux ou des associations agréés dans leurs démarches auprès des organismes d'assurance-maladie.

Source : commission des finances du Sénat

¹ Article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

Le Gouvernement tablait ainsi sur une réduction de la dépense de 15 millions d'euros à l'issue de l'exercice 2020, ce qui peut apparaître modique, au regard des crédits dédiés à l'AME. Cette somme représente en effet 1,6 % des crédits versés en 2019. Reste que cette réforme n'est que partiellement opérante :

- le décret précisant les conditions de dérogation à l'obligation de présence lors de la première demande n'a toujours pas été publié, cette obligation ayant par ailleurs été suspendue jusqu'au 31 juillet 2020, en raison de la crise sanitaire¹ ;

- le décret visant le délai de carence de 9 mois auquel est subordonné la réalisation de certaines prestations ne revêtant pas un caractère d'urgence n'a pas non plus été publié.

Enfin, les droits à l'AME expirant entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 ont été prolongés de trois mois en raison de la crise.

Cette diminution attendue est, de surcroît, contrebalancée par l'impact de l'article 265 de la loi de finances pour 2020 qui vise à limiter le recours à la demande d'asile pour bénéficiaire de la protection universelle maladie (PUMa). La suppression de cette couverture induit un accès à l'AME pour soins urgents. L'ouverture des soins urgents à une nouvelle catégorie de population pourrait conduire à une explosion des coûts - 132 826 personnes ont déposé un dossier de demande d'asile en 2019, soit une progression de 7,4 % par rapport à 2018². Aucun amendement de crédits n'avait été adopté en ce sens à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2020, aucune étude d'impact n'étant, par ailleurs, fournie. La mesure apparaissait pourtant clairement non-financée.

Le présent projet de loi de finances tire les conséquences de cette évolution du droit pour 2021, la dotation passant de 919,35 millions d'euros à 1,061 milliard d'euros (AE = CP), soit une progression de 15,40 %.

Les crédits se répartissent de la façon suivante :

- 989,5 millions d'euros au titre de l'aide médicale d'État de droit commun, soit une progression de 12,7 % par rapport au PLF 2020 ;

- 70 millions d'euros au titre des soins urgents ;

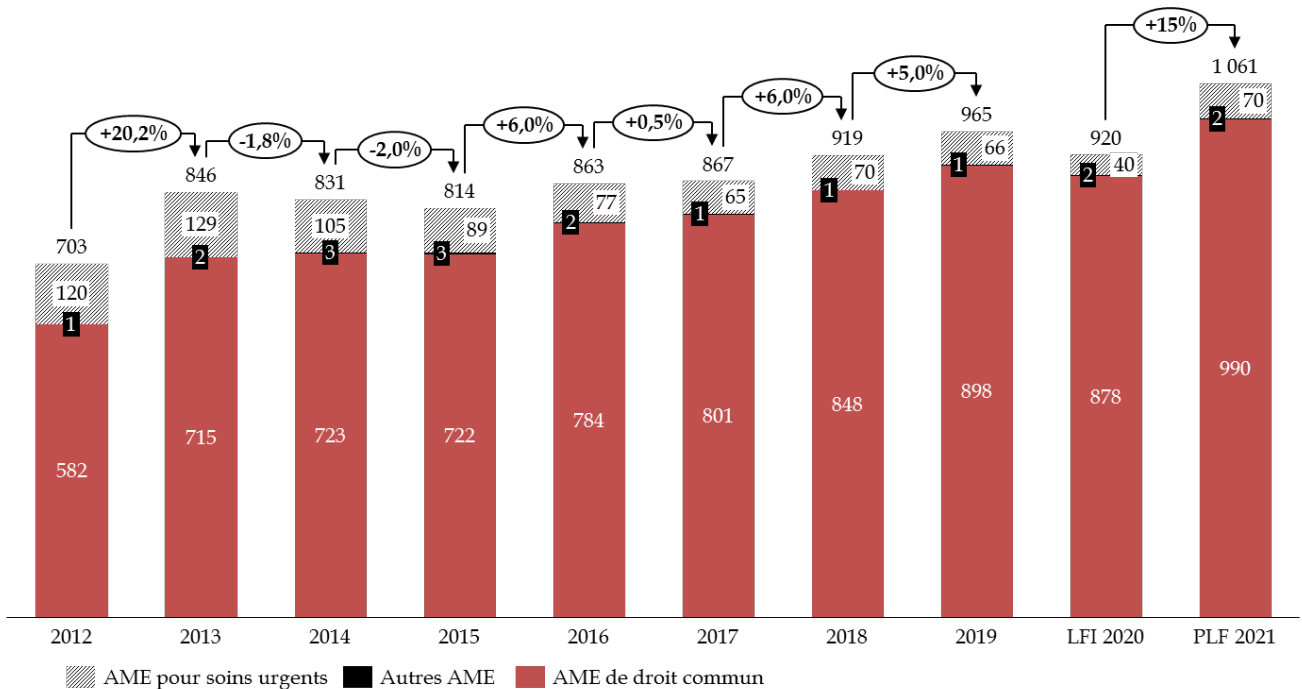
- 1,5 million d'euros au titre des autres dispositifs.

¹ Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020.

² Rapport annuel d'activité 2019 de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides.

Évolution comparée des dépenses d'AME entre 2012 et 2021

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, à partir des données des rapports annuels de performances successifs.

La réforme annoncée de l'AME à la fin de l'année dernière en vue de maîtriser son coût, n'empêche donc pas, un an plus tard, une majoration conséquente des crédits qui lui sont dédiées, vampirisant un peu plus les crédits de la mission « Santé » - 80 % des crédits qu'elle contient sont dédiés à l'AME - au point de réduire ladite mission à une enveloppe de financement de ce dispositif. Une telle évolution annonce par ailleurs une exécution 2020 délicate. 349 844 bénéficiaires de l'AME de droit commun étaient ainsi comptabilisés au 31 mars 2020, soit une progression de 4,6 % en trois mois.

La dotation pour soins urgents bénéficie d'une mesure de périmètre avec le transfert de 30 millions d'euros en provenance du budget de l'assurance-maladie. Ce transfert permet de financer la mesure de réduction du maintien de droit de l'assurance-maladie de un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré qui devrait se traduire par un effet de déport vers le recours à l'aide médicale d'État. La majoration des crédits dédiés aux soins d'urgence ne résout donc en rien la question de la sous-budgétisation et de la dette vis-à-vis de l'assurance-maladie.

3. La question de la dette

La sous-budgétisation affichée des soins urgents, ajoutée à celle constatée lors d'exercices précédents pour l'AME de droit commun, a conduit à la constitution d'une dette de l'État vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance-maladie. Celle-ci avance en effet le remboursement des dépenses des bénéficiaires de l'AME.

En 2019, la sous exécution des crédits dédiés à l'AME de droit commun a permis de dégager 21 millions de crédits fléchés vers la réduction de la dette. La dette atteignait ainsi 15 millions d'euros fin 2019.

L'exécution 2020 pourrait remettre en cause cette trajectoire d'apurement, faute d'avoir anticipé les incidences de la réforme de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

Dette de l'État à l'égard de la Caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'AME

(en millions d'euros)

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|------|------|--------|------|------|--------|------|
| Écart dépenses AME / crédits consommés | 12,9 | 5,7 | 12,5 | - 1 | 38,3 | - 14,5 | -21 |
| Apurement | 0 | 0 | - 57,3 | 0 | 0 | 0 | |
| Dette en fin d'exercice | 51,7 | 57,3 | 12,5 | 11,4 | 49,7 | 35,3 | 15 |

Source : commission des finances du Sénat d'après les données de la Cour des comptes et les réponses au questionnaire budgétaire

4. Des solutions insuffisantes pour endiguer le flux

Au-delà d'une réforme de l'accès à l'AME pas encore véritablement entrée en vigueur et de prime abord insuffisante, le Gouvernement table sur un renforcement des contrôles pour juguler la hausse tendancielle des prestations. Le rapport annuel de performance 2018 tablait sur un objectif de contrôle de 12 % des dossiers AME à l'horizon 2020, facilité par la centralisation attendue cette année de l'instruction des demandes d'AME au sein des caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille. Les caisses devaient ainsi bénéficier, d'ici à la fin de l'année 2019, d'un accès à la base VISABIO, qui permet de détecter en amont les fraudes pour l'accès à l'AME de droit commun et aux soins urgents. Il

s'agit de vérifier si les titulaires d'un visa tentent de bénéficier de ces dispositifs. Reste que la période de confinement a conduit à réviser cette perspective, le taux de dossiers contrôlés ne devrait ainsi s'élever qu'à 10 % à la fin du présent exercice.

À ces enquêtes *a priori*, s'ajoutent des contrôles ciblés sur des soins présentant des montants élevés ou des anomalies, en vue de détecter d'éventuels abus. Un programme national de contrôle rénové a ainsi été mis en œuvre depuis juin 2019 afin de vérifier la stabilité de la résidence, via des enquêtes visant les multi-hébergeurs ou des échanges avec les consulats, les caisses d'allocations familiales ou Pôle emploi. Il s'agit de vérifier que les bénéficiaires résident en France depuis au moins trois mois à l'ouverture des droits puis au moins six mois durant l'année de versement des prestations. 3,2 millions d'euros auraient ainsi été récupérés en 2019, contre 0,5 million d'euros en 2018. **Ce montant peut néanmoins sembler relativement faible au regard des sommes en jeu.**

De manière générale, tout effort en matière de contrôle s'avèrera insuffisant en l'absence de mesure structurelle. Deux audits menés par l'IGF et l'IGAS en 2007 et 2010 avaient ainsi pu déboucher sur des mesures d'économies comprises entre 82 et 197 millions d'euros par an. Ces dispositions visaient la tarification des séjours dans les services d'obstétrique, l'annulation de la prise en charge des médicaments à faible rendement et une réduction des délais de facturation.

La priorité semble devoir aller vers le panier de soins. La réforme adoptée en loi de finances pour 2019 ne conditionne l'accès à l'AME qu'au travers du critère de la durée minimale de résidence, considéré comme un des principaux biais pour la fraude. Elle ne vise en aucun cas l'offre de soins, qui reste un des facteurs déterminants de la progression des crédits budgétaires dédié à l'AME. Une réflexion doit cependant être lancée sur le panier de soins, à la lumière de ce qui a pu être mis en place dans d'autres pays européens :

- au Danemark, en Espagne et en Italie, l'assistance sanitaire pour les étrangers en situation irrégulière est limitée aux cas d'urgence, de maternité ou de soins aux mineurs. Les personnes concernées peuvent également bénéficier, en Espagne et en Italie, des programmes de santé publique, notamment en matière de vaccination ou de prévention des maladies infectieuses ;

- en l'Allemagne, seul l'accès gratuit aux soins urgents est garanti : traitement de maladies graves et de douleurs aiguës, grossesses, vaccinations réglementaires et examens préventifs ;

- en Belgique, les soins dits de confort tels que déterminés dans la nomenclature locale ne sont pas remboursés aux centres publics d'action sociale qui les dispensent aux personnes en situation irrégulière dépourvues de ressources.

À l'aune de ces exemples, il semble nécessaire que le panier de soins soit, en France, circonscrit au traitement des maladies graves, aux douleurs aiguës, aux vaccinations réglementaires, au suivi de grossesse et aux mesures de médecine préventive.

La question d'un rétablissement du droit de timbre supprimé par la loi de finances pour 2012 mériterait également d'être posée.

Ces dispositions n'évident pas, bien évidemment, une réflexion à mener sur la gestion des flux migratoires en France. Au plan budgétaire, il y a d'ailleurs lieu de s'interroger sur le maintien de l'AME au sein de la mission « Santé » à la mission « Immigration, asile et intégration », tant elle constitue un facteur de croissance de l'immigration irrégulière.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a adopté, en première délibération, les crédits de la mission « Santé » avec modifications.

À l'initiative de M. Raphaël Gérard, l'Assemblée nationale a adopté, après avis défavorable du Gouvernement, un premier amendement revalorisant les crédits du programme 204 à hauteur de 90 000 euros afin de sanctuariser le budget alloué aux actions destinées à œuvrer en faveur de la santé sexuelle et revaloriser les subventions versées aux associations menant des actions de réduction des risques en direction des personnes prostituées. Les crédits du programme 183 sont minorés en conséquence de la même somme.

À l'initiative de M. Jean-Louis Touraine, après avis favorable du Gouvernement, un second amendement de crédits, a été adopté, afin de majorer de 20 000 euros les crédits du programme 204 dédiés aux actions destinées à soutenir les orientations stratégiques de la stratégie nationale de santé sexuelle, notamment celles relatives à la lutte contre le Sida. Les crédits du programme 183 sont minorés en conséquence de la même somme.

EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS

ARTICLE 65 (nouveau)

Majoration du taux maximal de pénalité visant les laboratoires considérés comme responsables refusant d'indemniser une victime de la Dépakine ou ayant présenté une offre manifestement insuffisante

Le présent article prévoit de majorer le taux maximal de la pénalité visant les laboratoires considérés comme responsables refusant d'indemniser une victime de la Dépakine ou ayant présenté une offre manifestement insuffisante. Ce taux serait porté de 30 à 50 % et s'appliquerait aux indemnités réévaluées et allouées. Le montant de la pénalité est reversé à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

La commission a décidé d'adopter cet article sans modification.

I. LE DROIT EXISTANT : DES PÉNALITÉS POSSIBLES POUR LES RESPONSABLES EN CAS DE REFUS D'INDEMNISATION OU D'INDEMNISATION MANIFESTEMENT INSUFFISANTE DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

Les articles L. 1142-24-9 à L. 1142-24-18 du code de la santé publique précisent les modalités d'indemnisation des victimes du valproate de sodium ou de ses dérivés (Dépakine). L'article L. 1142-24-10 prévoit ainsi que toute personne s'estimant victime d'un préjudice en raison d'une ou de plusieurs malformations ou de troubles du développement imputables à la prescription, avant le 31 décembre 2015, de valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), en vue d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité de ces dommages à cette prescription. Un collège d'experts placé auprès de l'office procède à toute investigation utile à l'instruction de la demande (article L. 1142-24-11).

Aux termes de l'article L. 1142-24-16, les personnes considérées comme responsables par ledit collège ou les assureurs garantissant la responsabilité civile ou administrative de ces personnes doivent adresser à la victime ou à ses ayants droit une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. Les responsables ou leurs assureurs disposent

d'un délai d'un mois à compter de la réception des conclusions du collège d'experts pour transmettre cette offre.

Le même article prévoit que si une victime estime l'offre manifestement insuffisante, elle peut alors saisir le juge. Celui-ci peut condamner la personne responsable ou l'assureur à verser une indemnité majorée à la victime ainsi qu'une somme au plus égale à 30 % de cette indemnité à l'Oniam.

L'article L. 1142-24-17 prévoit, par ailleurs, qu'en cas de silence ou de refus explicite de la part des personnes responsables ou de leur assureur de faire une offre dans le délai d'un mois ou en cas d'offre manifestement insuffisante, l'Oniam se substitue à la personne responsable ou à son assureur. L'office engage, dans le même temps, une procédure pour récupérer les sommes versées et peut solliciter du juge le paiement d'une somme au plus égale à 30 % de l'indemnité réévaluée et allouée.

II. LE DISPOSITIF ADOPTÉ À L'ASSEMBLÉE NATIONALE : UN RELÈVEMENT DU TAUX MAXIMAL DE PÉNALITÉ

À l'initiative de notre collègue Véronique Louwagie, rapporteure spéciale des crédits de la mission « Santé » au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté, après avis de sagesse du Gouvernement, un article additionnel majorant le taux de la pénalité pouvant être imposée à un laboratoire ou à un assureur qui aurait refusé l'indemnisation ou présenté une offre manifestement insuffisante.

Le taux maximal de 30 % prévu aux articles L. 1142-24-16 et L. 1142-24-17 du code de la santé publique est ainsi porté à 50 %. Le juge pourrait ainsi condamner la personne responsable ou son assureur à verser à l'Oniam une somme pouvant représenter jusqu'à 50 % des indemnités réévaluées et allouées.

III. LA POSITION DE LA COMMISSION DES FINANCES : UNE INCITATION BIENVENUE À PARTICIPER AU PROCESSUS D'INDEMNISATION

Le code de la santé publique privilégie un règlement amiable des conflits autour de l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Il n'en demeure pas moins que le laboratoire Sanofi qui commercialise aujourd'hui le médicament refuse d'y participer, conduisant de fait à une judiciarisation de l'instruction des dossiers.

En portant le taux de pénalité de 30 à 50 %, cet article additionnel devrait dissuader les laboratoires et assureurs de ne pas procéder à une juste indemnisation des victimes.

La commission propose donc d'adopter cet article additionnel sans modification.

Décision de la commission : la commission des finances propose d'adopter cet article sans modification.

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 65

Transformation de l'aide médicale d'État en aide médicale de santé publique

Afin de garantir la soutenabilité des dépenses liée à l'aide médicale d'État, le présent article additionnel propose de remplacer le dispositif actuel par une aide médicale de santé publique.

Cette nouvelle aide reprend les contours du dispositif proposé par nos collègues Roger Karoutchi en juin 2018 à l'occasion de l'examen du projet de loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie et Alain Joyandet à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2020. Des amendements en ce sens avaient été adoptés par le Sénat, avant d'être supprimés par l'Assemblée nationale.

Le présent article additionnel prévoit que la prise en charge soit limitée :

- au traitement des maladies graves et aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ;
- aux soins liés à la grossesse et ses suites ;
- aux vaccinations réglementaires,
- aux examens de médecine préventive.

Le dispositif reprend les conditions de résidence, d'obligation de comparution physique et, pour les soins non-vitaux, de délai d'ancienneté et d'accord préalable introduits l'an dernier en loi de finances. Ces deux derniers critères ne sont, cependant, toujours pas entrés en vigueur faute de décrets d'application.

Décision de la commission : la commission des finances propose d'adopter cet article additionnel.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 3 novembre 2020, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission des finances a procédé à l'examen du rapport de M. Christian Klinger, rapporteur spécial de la mission « Santé ».

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – Les crédits de la mission « Santé » vont renouer en 2021 avec une logique de progression, abandonnée lors de l'exercice précédent. Les crédits de paiement demandés s'élèvent à 1 329,2 millions d'euros. À périmètre constant, ce montant correspond à une augmentation de 11,4 % par rapport aux montants inscrits en loi de finances pour 2020.

Cette mission est composée de deux programmes : le 204, dédié à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, et le programme 183, consacré à la protection maladie, et dont 99,3 % des crédits seront consacrés en 2021 à l'aide médicale de l'État (AME).

La combinaison des mesures de périmètre enregistrées ces dernières années sur le programme 204 et de la progression sans frein des dépenses d'intervention du programme 183 conduit aujourd'hui à faire de celui-ci le principal poste de dépenses de la mission « Santé ». La mission semble donc se résumer au financement de l'AME puisque 79,8 % des crédits demandés en 2021, soit 1,061 milliard d'euros, lui sont dédiés.

Ces crédits devraient ainsi progresser de 15,4 %. Les crédits dédiés à l'AME de droit commun atteindront 989,5 millions d'euros en 2021, soit une hausse de 12,7 % par rapport à la loi de finances pour 2020. Entre 2012 et 2019, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a déjà progressé de 32 %, induisant une majoration des dépenses de près de 51 %.

Je vous rappelle qu'une réforme adoptée en loi de finances pour 2020 à l'initiative du Gouvernement devait en limiter le coût. Notre commission l'avait jugé à l'époque insuffisante. Un an plus tard, une majoration conséquente des crédits nous est proposée. La réforme qui prévoyait une obligation de présence physique lors du dépôt d'une demande d'AME ou la subordination de certaines opérations à un délai de présence sur le territoire n'est toujours pas entrée en vigueur, faute de décrets d'application. Le nombre de bénéficiaires ne fléchit donc pas : 350 000 personnes environ étaient enregistrées fin mars 2020, soit une progression près de 5 % en trois mois. Une telle évolution annonce d'ailleurs une exécution en 2020 délicate.

Plus que jamais, le dynamisme des dépenses d'AME incite à l'adoption de mesures structurelles réellement efficaces visant le panier de soins, afin de limiter sa progression, de répondre à l'impératif de sincérité budgétaire et de garantir la soutenabilité de la mission.

Si la dotation pour soins urgents bénéficie, de son côté, d'une mesure de périmètre avec le transfert de 30 millions d'euros en provenance du budget de l'assurance-maladie, ce transfert permet de financer la mesure de réduction du maintien du droit de l'assurance maladie de un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré. Celle-ci devrait se traduire par un effet de déport vers le recours à l'AME. Ce transfert ne résout pas, en outre, la question de la sous-budgétisation récurrente de la dotation pour soins urgents et de la dette à l'égard de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

La part croissante des dépenses de l'AME dans la mission « Santé » tend, en tout état de cause, à réduire celle-ci à une enveloppe de financement de ce dispositif. Je m'interroge donc sur l'opportunité de maintenir la mission en tant que telle alors qu'il serait possible de rattacher l'AME à la mission « Immigration, asile et intégration », tant elle constitue un facteur de croissance de l'immigration irrégulière.

La majoration des crédits du programme 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, soit 260,2 millions d'euros en 2021, est en progression de 29,5 %. Elle consiste, pour l'essentiel, en une mesure de périmètre destinée à répondre aux besoins de financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Elle n'est donc pas spécifiquement liée à la crise sanitaire, ce qui peut conduire à s'interroger sur l'utilité du programme en matière de santé publique. Deux éléments viennent étayer ce constat.

Le principal opérateur en matière de santé publique, Santé publique France, qui incarne la lutte contre la pandémie, a été transféré vers le budget de la sécurité sociale l'an dernier. La crise sanitaire souligne un peu plus que les missions qui lui sont assignées, comme celles de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), également transférée l'an dernier, ne relèvent pas d'une logique contributive que suppose leur rattachement au budget de la sécurité sociale. Ce transfert n'est pourtant pas remis en cause dans le présent projet de loi de finances. Il n'est pourtant pas logique que les 4,6 milliards d'euros dédiés versés à Santé publique France pour la mise en place d'une politique de prévention contre la covid soient à la charge de la sécurité sociale.

Par ailleurs, 60 % des crédits du programme 204 sont tournés vers le financement de deux sous-actions – financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et aide aux victimes de la Dépakine –, ce qui laisse peu de marges de manœuvre budgétaire pour les autres actions.

L'augmentation des crédits accordés à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna répond aux remarques répétées du Sénat sur la sous-budgétisation observée au cours des derniers exercices. Elle ne saurait cependant constituer une fin en soi et incite à la mise en œuvre effective de réformes structurelles. Elle interroge également quant à l'absence de financements en provenance de la mission « Outre-mer ».

De fait, le déséquilibre entre les deux programmes et le transfert des opérateurs de santé vers le budget de la sécurité sociale posent le problème de la viabilité de la maquette budgétaire.

Celle-ci est également fragilisée par la question du financement des deux derniers opérateurs de la mission, au risque de susciter des interrogations sur la pertinence de leur maintien au sein du programme 204. Plus de 50 % du budget de l'Institut national du cancer (INCa) sont ainsi financés *via* la mission « Recherche ». Les dépenses de personnel de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sont, quant à elles, prises en charge par la mission « Agriculture ».

Ma dernière observation portera sur les indicateurs de performance. Ceux qui sont retenus pour l'ensemble de la mission – espérance de vie et état de santé perçu – s'avèrent insuffisamment renseignés ou peu pertinents. Il y a lieu de s'interroger, dans ces conditions, sur leur maintien.

Les résultats insuffisants obtenus aux indicateurs de performance retenus dans le cadre du programme 204 – lutte contre le tabagisme, vaccination contre la grippe et dépistage du cancer colorectal – suscitent, quant à eux, des interrogations sur l'efficacité de la dépense publique en matière de prévention.

Vous l'aurez compris, compte tenu des éléments que je viens d'évoquer, les crédits de la mission ne peuvent faire l'objet d'une adoption en l'état. Je vais désormais travailler avec la rapporteure pour avis des affaires sociales pour présenter une position commune sur l'aide médicale d'État et vous propose, en attendant, de réserver notre vote sur les crédits de la mission.

M. Jean-François Husson, rapporteur général. – Je partage l'avis de **Christian Klinger** sur cette mission.

L'indemnisation des victimes de la Dépakine se voit dotée d'importants moyens budgétaires au sein du programme 204. Les exercices précédents ont été marqués par une sous-exécution des crédits dédiés. Le montant inscrit pour 2021 respecte-t-il le principe de sincérité budgétaire ?

Quels sont les moyens juridiques mis à disposition de la lutte contre la fraude à l'AME ? Quels sont les montants récupérés ?

M. Roger Karoutchi. – En 2015, j'avais dit à Marisol Touraine que si l'on ne faisait rien pour modifier l'AME, qui représentait alors à peu près 700 millions d'euros, cinq ans plus tard celle-ci dépasserait le milliard. La ministre répondit, me houspillant quelque peu, qu'elle allait visser le système pour éviter les dérapages. Le milliard est aujourd'hui dépassé et on ne s'arrêtera pas là...

Comme il n'y a pas de maîtrise de l'immigration clandestine, l'AME ne saurait être maîtrisée, sauf à changer le système. J'avais ainsi fait adopter

par le Sénat, voilà trois ou quatre ans, un amendement visant à différencier au sein de l'AME les dépenses absolument nécessaires et urgentes, et celles « de confort », même si le terme n'est pas adapté. Nous n'avons pas été suivis.

Les décrets d'application de la timide réforme adoptée l'an dernier ne sont jamais parus à cause des tensions qui existent sur ce sujet au sein de l'administration et du Gouvernement. L'AME devrait être rattachée à la mission « Immigration, asile et intégration » afin de globaliser la dépense. À défaut, ce problème restera incompréhensible et difficile à gérer.

La solution est non pas de supprimer l'AME, mais de la réformer en la cadrant et la régulant pour la rendre supportable financièrement. On en est très loin et je ne vois pas de proposition du Gouvernement en ce sens.

M. Sébastien Meurant. – Je rejoins les propos de Roger Karoutchi au sujet de l'AME. En France, on prodigue des soins aux ressortissants de pays où ces soins n'existent pas. Cette filière d'immigration clandestine ne fera donc inévitablement que croître. Le problème est que, en ce moment, tout particulièrement, on explique aux Français qu'on les confine et qu'on restreint leurs libertés, parce que l'hôpital public n'est plus capable de les accueillir. Immanquablement, la question de l'aide médicale de l'État se pose. L'existence même de cette aide se discute, car, je le rappelle, elle profite à des personnes qui n'ont pas le droit d'être sur le territoire national. Aujourd'hui, alors que l'on ferme des milliers de lits dans les hôpitaux, le poids de cette dépense augmente sans cesse.

Pour finir, je citerai les propos de Fabrice Leggeri, directeur de l'agence Frontex qui, ici même, lors d'une audition devant la commission des affaires européennes en avril 2020, a dit : « La politique de gestion des frontières et la politique migratoire de l'Union européenne auront du mal à être prises au sérieux tant que l'éloignement des étrangers en situation irrégulière ne fonctionne pas pleinement. » Le sujet est brûlant et appelle des réponses urgentes de la part du Gouvernement.

M. Philippe Dallier. – Il y a quelques années, certains hôpitaux se sont trouvés en grande difficulté financière, car ils ne parvenaient pas à se faire rembourser des dépenses d'AME, déjà en forte hausse. À l'époque, des solutions avaient été trouvées pour rééquilibrer leurs comptes. Dispose-t-on d'indicateurs pour savoir si, aujourd'hui, ces dépenses sont bien payées aux hôpitaux, et ce en temps et en heure ?

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – S'agissant de la Dépakine, le présent projet de loi de finances prévoit une majoration de 3,6 millions d'euros des crédits dédiés aux actions juridiques et contentieuses. 57,2 millions d'euros, soit 22 % des crédits du programme sont ainsi prévus à cet effet. Cette somme vise, notamment, le financement de l'indemnisation des victimes de la Dépakine par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam). Le montant de

l'indemnisation, entièrement prise en charge par l'État, est estimé à 424 millions d'euros sur six ans, soit en moyenne 77 millions d'euros par an, chiffre retenu par la loi de finances pour 2018. Reste que le dispositif a peine à être mis en œuvre.

De fait, au 9 juillet 2019, le montant total des offres adressées par l'Oniam s'élevait à 3 384 000 euros, les offres acceptées atteignant 1 840 000 euros. Le Gouvernement a pris acte de ces difficultés en proposant, dans le projet de loi de finances pour 2020, un nouveau dispositif à même de réduire les délais d'instruction. Il a également proposé l'annulation de 74 millions d'euros de crédits en loi de finances rectificative pour 2019.

Ce nouveau mécanisme semble plus efficace. Le montant total des offres proposées par l'Oniam au 30 juin dernier s'élève ainsi à 15,6 millions d'euros. Environ 7,3 millions d'euros ont d'ores et déjà été versés aux victimes.

Le montant retenu dans le présent projet de loi de finances prend acte de cette réforme et apparaît donc davantage en phase avec le principe de sincérité budgétaire que lors des précédents exercices.

S'agissant de l'aide médicale d'État maintenant, sujet qui suscite de nombreux débats, parallèlement à la réforme adoptée l'an dernier, le Gouvernement tablait sur un renforcement des contrôles pour juguler la hausse tendancielle des prestations, avec un objectif de contrôle de 12 % des bénéficiaires de l'AME à l'horizon de 2020. La centralisation attendue de l'instruction des demandes d'AME au sein des caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille et l'accès à la base de données VISABIO, qui permet de détecter en amont les fraudes concernant l'accès à l'AME de droit commun et aux soins urgents devaient permettre d'atteindre cet objectif. Reste que la période de confinement a conduit à réviser cette perspective : le taux de dossiers contrôlés ne devrait ainsi s'élever qu'à 10 % à la fin du présent exercice.

À ces enquêtes *a priori* s'ajoutent des contrôles ciblés sur des soins présentant des coûts élevés ou des anomalies, en vue de détecter d'éventuels abus. Près de 3,2 millions d'euros auraient ainsi été récupérés en 2019 contre 0,5 million d'euros en 2018. Ce montant peut néanmoins sembler relativement faible au regard du coût actuel de l'AME.

Pour répondre plus précisément à mes collègues Karoutchi et Meurant, l'idée serait en effet d'intégrer l'AME à la mission « Immigration, asile et intégration », car il faut régler le problème à la source. Je rappelle ces chiffres : une hausse de 32 % des bénéficiaires conduit à une hausse de 51 % des dépenses... Si l'on ne fait rien, nous verrons l'AME continuer à augmenter d'une centaine de millions chaque année.

Je souhaite désormais travailler avec la rapporteure pour avis de la commission des affaires sociales pour trouver un dispositif permettant de conditionner l'AME à des soins urgents, afin d'en réduire le coût.

Mme Vanina Paoli-Gagin. – Le budget de la mission intègre-t-il les conséquences financières du décret qui reconnaît la covid-19 comme une maladie professionnelle pour les personnels de santé ? Ce budget provisionne-t-il par ailleurs des crédits supplémentaires au cas où cette mesure serait étendue aux personnes travaillant à domicile et aux travailleurs sociaux ?

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – Rien n'est prévu dans le budget de la mission « Santé », car ces dépenses relèvent du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

À l'issue de ce débat, la commission décide de réserver son vote sur les crédits de la mission « Santé ».

Article 65

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – L'article 65, introduit hier par l'Assemblée nationale vise l'indemnisation des victimes de la Dépakine. En l'état actuel du droit, l'Oniam peut se substituer aux laboratoires et aux assureurs qui refusent d'indemniser les victimes de la Dépakine. Une fois le versement effectué, l'Oniam peut se retourner vers les tribunaux pour exiger un remboursement de la part des laboratoires et assureurs concernés. La loi permet d'ajouter à ce remboursement une pénalité de 30 %. L'Assemblée nationale a souhaité porter ce taux de pénalité à 50 %. Cette majoration va incontestablement dans le bon sens et devrait dissuader les laboratoires et assureurs de ne pas procéder à l'indemnisation directe des victimes. Je vous propose donc d'adopter cet article.

La commission décide de proposer au Sénat d'adopter l'article 65.

*

* *

Réunie à nouveau le mercredi 18 novembre 2020, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission a examiné les crédits de la mission « Santé », précédemment réservés.

M. Claude Raynal, président. – Nous passons à la mission « Santé ».

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – Je vous propose de ne pas adopter les crédits de la mission.

La commission décide de proposer au Sénat de ne pas adopter les crédits de la mission « Santé ».

*

* *

Réunie à nouveau le jeudi 19 novembre 2020, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission a confirmé sa décision de proposer au Sénat de ne pas adopter les crédits de la mission. Elle confirme également sa décision d'adopter l'article 65 et de proposer au Sénat d'adopter un amendement n° [II-15](#) tendant à insérer un article additionnel après l'article 65.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Direction de la sécurité sociale

- M. Franck von LENNEP, directeur ;
- Mme Marianne KERMOAL BERTHOMÉ, adjointe.

Direction générale de la Santé

- M. Maurice-Pierre PLANEL, directeur général adjoint.