

N° 131

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 novembre 2023

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, pour 2024,

TOME IV

SANTÉ

Par Mme Florence LASSARADE,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, président ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouleau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 1680, 1715, 1719, 1723, 1745, 1778, 1781, 1805, 1808, 1820 et T.A. 178

Sénat : 127 et 128 à 134 (2023-2024)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
I. LE PROGRAMME 204 : UN FINANCEMENT SAUPOUDRÉ POUR DES ACTIONS FRAGMENTÉES ET UN PÉRIMÈTRE QUI MANQUE TOUJOURS DE COHÉRENCE.....	7
A. DES DÉPENSES LARGEMENT CONTRAINTES QUI NE LAISSENT QUE PEU DE PLACE À DES CHOIX POLITIQUES AFFIRMÉS.....	7
B. LA PRÉVENTION DEMEURE DE FAÇON REGRETTABLE LE PARENT PAUVRE DU PROGRAMME 204.....	8
C. L'ÉPARPILLEMENT DES CRÉDITS POSE LA QUESTION DE LA LISIBILITÉ ET DE L'EFFICIENCE DE L'ACTION PUBLIQUE	10
II. LE PROGRAMME 183 : UNE VOLONTÉ DE MAÎTRISE DES DÉPENSES QUI FAIT ÉCHO AU DÉBAT SUR L'ÉVOLUTION DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT ..	12
A. UNE CROISSANCE ININTERROMPUE DU COÛT DE L'AME MALGRÉ UNE POLITIQUE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES.....	12
B. L'AVENIR INCERTAIN DE L'AME NE DOIT PAS FAIRE OBSTACLE À LA LEVÉE DES CONTRAINTES ACTUELLES QUI PÈSENT SUR LES ACTEURS DU SOIN	14
C. LA SITUATION DU FIVA STABILISÉE AU PRIX D'UNE AUGMENTATION CONSÉQUENTE DE LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AT-MP	16
III. LE PROGRAMME 379 : UN PROGRAMME TEMPORAIRE DÉDIÉ AU REVERSEMENT DE CRÉDITS EUROPÉENS AU TITRE DU VOLET INVESTISSEMENT DU SÉGUR.....	17
EXAMEN EN COMMISSION.....	19
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES.....	29

L'ESSENTIEL

Réunie le 29 novembre 2023 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission a adopté le rapport pour avis de Florence Lassarade sur les crédits de la mission « Santé ».

Dans la continuité de ses observations des années précédentes, la commission a regretté une nouvelle fois l'hétérogénéité du contenu de la mission « Santé » et l'absence de vision stratégique traduisant des choix politiques pour la santé publique.

La commission a adopté un amendement maintenant le montant de la dotation de l'INCa pour 2024. Elle a par ailleurs pris acte de l'amendement de la commission des finances diminuant les crédits du programme 183 « Protection maladie » à hauteur de 410 millions d'euros afin de tirer les conséquences du rebasage de l'AME opéré par le Sénat au sein du projet de loi Immigration.

*

* *

Depuis 2023, la mission « Santé » est composée de trois programmes. En 2024, le montant total des crédits qui lui sont consacrés s'élève à **2 343,28 millions d'euros¹**, soit **une diminution de 30,3 %** par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale pour 2023.

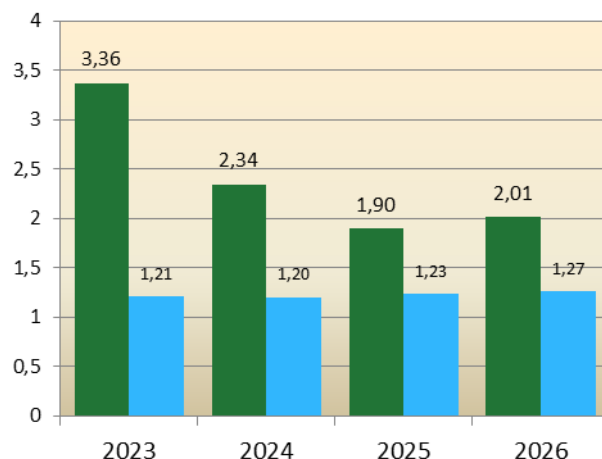
Alors que l'aide médicale d'État représente une part prépondérante du budget de cette mission – 51,5 % dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2024, 65 % au titre des prévisions pour 2025 et 63 % pour les prévisions 2026 –, les autres actions, notamment celles relevant du champ de la prévention en santé, ne bénéficient que d'un financement marginal et souffrent d'une fragmentation préjudiciable à l'efficacité des politiques conduites.

L'année 2024 marque la clôture définitive du fonds de concours « Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins », créé en mars 2020 dans le cadre de la lutte contre la covid-19 et rattaché au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». Toutefois, depuis le PLF pour 2023, l'arrimage à la mission « Santé » d'un nouveau programme 379 n'améliore pas la lisibilité des actions financées. Entre 2023 et 2024, les variations du montant des crédits de la mission sont en effet principalement dues à la compensation de coûts non lissés via ce troisième programme temporaire, qui correspond à un tunnel de financement portant des crédits européens dédiés à l'investissement en santé.

¹ Montant correspondant aux autorisations d'engagement pour 2024, contre 3 363,49 millions d'euros dans la loi de finances initiale pour 2023.

Évolution des dépenses de la mission « Santé » et proportion des dépenses d'aide médicale d'État (en milliards d'euros)

À l'exception de 2023, les dépenses d'AME représentent une part prépondérante du budget de la mission « Santé » : elles s'établissent à 51,5 % du total des dépenses de la mission dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2024, et respectivement à 65 % puis 63 % au titre des prévisions pour 2025 et 2026. En 2023, elles ne représentaient que 36 % du budget de la mission en raison d'un abondement exceptionnel du nouveau programme 379, qui enregistre des coûts temporaires.



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

(en millions d'euros)

N° et intitulé du programme	LFI 2023	PLF 2024	Évolution PLF 2024 / LFI 2023
204 - Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	212,79	220,08	+ 3,43 %
11 - Pilotage de la politique de santé publique	66,48	69,49	+ 4,53 %
12 - Santé des populations	1,23	1,01	- 17,89 %
14 - Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52,07	46,99	- 9,76 %
15 - Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	29,87	30,45	+ 1,94 %
16 - Veille et sécurité sanitaire	3,61	10,81	+ 199,45 %
17 - Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4,38	4,38	-
18 - Modernisation de l'offre de soins	55,15	56,95	+ 3,26 %
183 - Protection maladie	1 220,30	1 216,30	- 0,33 %
02 - Aide médicale d'État	1 212,30	1 208,30	- 0,33 %
03 - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8,00	8,00	-
379 - Compensation à la sécurité sociale des dons de vaccins et "Séjour investissement"	1 930,40	906,90	- 53,02 %
TOTAL (hors P379)	1 433,09	1 436,38	+ 0,23 %
TOTAL (périmètre courant)	3 363,49	2 343,28	- 30,33 %

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

I. LE PROGRAMME 204 : UN FINANCEMENT SAUPOUDRÉ POUR DES ACTIONS FRAGMENTÉES ET UN PÉRIMÈTRE QUI MANQUE TOUJOURS DE COHÉRENCE

L'intitulé du programme, qui pourrait prétendre à la présentation d'une politique structurée et ambitieuse en matière de santé publique, dissimule en réalité une **absence de priorisation** et une relative dispersion entre les sept actions du programme des **220,08 millions d'euros** qui lui sont alloués. Ce format ne permet malheureusement pas d'y lire une vision politique volontariste et affirmée.

A. DES DÉPENSES LARGEMENT CONTRAINTEES QUI NE LAISSENT QUE PEU DE PLACE À DES CHOIX POLITIQUES AFFIRMÉS

1. Le financement de trois opérateurs de santé

Si l'on s'intéresse aux principales masses financières de ce programme, on constate qu'il contribue en priorité à financer le fonctionnement de trois opérateurs :

- **l'Institut national du cancer (INCa)** à hauteur de 34,51 millions d'euros (action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades »),
- **l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)** qui reçoit une dotation de 25 millions d'euros (action 15 « Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation »), en hausse de 2 millions d'euros par rapport à 2023, pour tenir compte des nouvelles missions qui lui sont confiées concernant les produits cosmétiques et de tatouage, et pour appuyer l'évolution du rôle de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur,
- **l'agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna**, à laquelle 50,9 millions d'euros sont versés (action 19 « Modernisation de l'offre de soins »), soit une hausse de 1,5 million d'euros pour couvrir des dépenses de revalorisation salariale, conformément à la convention collective révisée mise en œuvre à compter de 2023.

Au total, les crédits délégués à ces trois organismes représentent 110,41 millions d'euros soit près de 50 % du coût du programme.

Il convient ici de rappeler que d'autres agences sanitaires qui concourent à la politique de santé publique (par exemple, Santé Publique France ou l'ANSM) sont financées via le sixième sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) « autres prises en charge » et par des

crédits des caisses de sécurité sociale (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire).

La situation de l'INCa, qui subit une diminution de 6 millions d'euros de sa subvention, est abordée plus loin, en lien avec les politiques menées en matière de prévention en santé.

2. Des dépenses juridiques et contentieuses incompressibles

Les dépenses attachées à cette sous-action pèsent de façon non négligeable dans l'enveloppe globale du programme. Elles représentent 41,58 millions d'euros, soit un montant parfaitement stable par rapport à l'an dernier.

Ces crédits intègrent le montant de **la subvention versée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)** au titre des dispositifs d'indemnisation de certains accidents vaccinaux et médicaux. Depuis 2021, les conséquences dommageables d'une vaccination contre la covid-19 font l'objet d'une indemnisation par l'Oniam pour le compte de l'État. L'indemnisation des victimes de la Dépakine représente à elle seule 24,379 millions d'euros.

Les **actions juridiques et contentieuses qui engagent l'État** au titre des décisions prises par les administrations centrales (DGS, DGOS) et les autorités déconcentrées (préfets, ARS¹) sont également financées dans ce cadre, pour un montant de 9,2 millions d'euros.

L'addition des dépenses consacrées aux trois opérateurs précités et des dépenses relatives aux actions juridiques et contentieuses de l'État représente **68% du total des crédits de paiement du programme 204.**

B. LA PRÉVENTION DEMEURE DE FAÇON REGRETTABLE LE PARENT PAUVRE DU PROGRAMME 204

1. La réduction problématique de la subvention allouée à l'INCa

L'INCa, qui assure notamment une mission de prévention, voit sa subvention amputée de 6 millions d'euros alors même que de nouvelles missions lui ont été confiées par la loi du 8 mars 2019², en particulier celle d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les actions prévues par cette stratégie ont d'ailleurs été largement initiées, puisque plus de

¹ Les contentieux relevant de la DGOS et des ARS concernent principalement des recours dirigés contre des décisions d'autorisation ou de refus d'autorisation relatives aux activités de soins, aux officines de pharmacie ou à l'exercice des professionnels de santé.

² Loi n° 2019-180 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.

la moitié de celles inscrites dans la feuille de route 2021-2025 avaient été engagées courant 2023 (131 actions sur 237, soit 55 %).

La direction générale de la santé justifie cette réduction de crédits par l'évolution de la trésorerie de l'INCa, qui s'est développée très confortablement ces dernières années en raison d'une non-consommation de budgets dédiés à des projets de recherche. En particulier, 20 millions d'euros supplémentaires ont été attribués à l'INCa en 2023 au titre de la recherche sur les cancers pédiatriques. Ces crédits ont été temporairement mis en réserve, faute de pouvoir engager à court terme des appels à projets structurés impliquant des organismes en capacité de conduire des projets de recherche exigeants.

La diminution de la subvention de l'État à l'INCa imposera à l'Institut des arbitrages dans la conduite de ses actions, se traduisant par exemple par un moindre investissement dans les campagnes de communication ou dans le déploiement d'actions « d'aller vers » pour inciter au dépistage. En conséquence, elle pourrait engendrer des retards dans la mise en œuvre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

La diminution de la subvention de l'État à l'INCa imposera à l'Institut des arbitrages dans la conduite de ses actions.

Parmi les actions emblématiques conduites par l'INCa, figurent notamment la mise en œuvre d'une feuille de route « Priorité dépistages » qui s'appuie sur une réorganisation du dépistage des cancers en lien avec l'évolution du rôle des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route pour améliorer l'accès à la reconstruction mammaire ou encore, la mise en œuvre d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon par scanner faible dose.

La commission s'est inquiétée des coupes budgétaires réalisées à l'égard de l'acteur chargé de porter la stratégie nationale de lutte contre les cancers. Par un amendement de crédits à hauteur de 6 millions d'euros, elle propose un maintien du montant de la subvention allouée à l'INCa.

2. Un financement marginal pour les actions de prévention et de promotion de la santé

Les enveloppes consacrées aux politiques publiques relevant du champ de la prévention sont pour le moins réduites et **ne permettent pas de dessiner une ambition politique quelconque**. Les montants les plus substantiels sont consacrés à la prévention des addictions que sont le tabac, l'alcool et les drogues illicites (4,26 millions d'euros) et à la prévention en matière de santé sexuelle (4,94 millions d'euros).

Concernant **la prévention et la lutte contre les addictions**, les crédits permettent d'appuyer l'action des associations agissant dans le champ des addictions ainsi que la mise sur le marché de trousse de prévention pour usagers de drogues, conformément au décret n° 2021-1766 du 22 décembre 2021 instituant une aide d'État sous forme de compensation de service public à la mise sur le marché de ces trousse. Ils contribuent en outre à financer le fonctionnement de l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). L'ensemble de ces actions s'inscrit dans le cadre de la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027.

Concernant **la santé sexuelle**, une première stratégie nationale de santé sexuelle a été formalisée en 2017 ; elle fait l'objet d'une déclinaison dans une feuille de route 2021-2024. Les crédits du programme soutiendront la réalisation de plusieurs mesures de cette feuille de route au titre de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales B et C, ainsi que des actions de la feuille de route tuberculose.

Enfin, l'énumération des thématiques bénéficiant d'un financement accessoire est symptomatique de **l'éparpillement des crédits de ce programme** : une dotation de 1,80 million d'euros est prévue au titre de la lutte contre les « autres » maladies chroniques ; la santé mentale bénéficie de 1,17 million d'euros pour soutenir des acteurs du champ associatif ; 0,30 million d'euros contribue aux actions de lutte contre les maladies neurodégénératives et maladies liées au vieillissement ; 1,6 million d'euros est alloué à la prévention des risques liés à l'alimentation.

C. L'ÉPARPILLEMENT DES CRÉDITS POSE LA QUESTION DE LA LISIBILITÉ ET DE L'EFFICIENCE DE L'ACTION PUBLIQUE



Dépenses du programme 204

Le programme 204, s'il a vocation à rassembler des dépenses relatives à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins relevant du budget de l'État, regroupe un amas de mesures sans colonne vertébrale dont on peine à saisir la structure et la cohérence d'ensemble. La commission des affaires sociales a souligné ce défaut de lisibilité et regretté l'absence d'évolution au regard des observations qu'elle formule chaque année.

Au titre de l'action 11 « **Pilotage de la politique de santé publique** » (71,48 millions d'euros), une enveloppe de 14,4 millions d'euros est consacrée au développement et à l'exploitation des systèmes d'information de santé publique. L'agence du numérique en santé assure la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage pour les trois projets suivants soutenus

par cette enveloppe : financement du programme de gestion des données recueillies et traitées par les centres anti-poisons ; maintenance du portail de signalement des évènements indésirables graves ; financement de l'exploitation du SI-VIC mobilisé en cas d'évènement sanitaire grave ou d'attentat pour faciliter le recensement des victimes.

L'action 12 « **Santé des populations** » (1,01 million d'euros) regroupe des crédits ayant pour objet à la fois de financer des actions en direction des populations en difficulté, notamment des personnes migrantes et en situation d'exclusion, et de contribuer au déploiement de mesures en faveur de la santé de la mère et de l'enfant (par exemple, inciter au travail en réseau via la coordination nationale des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité).

L'action 16 « **Veille et sécurité sanitaire** » (10,8 millions d'euros) concentre l'effort financier sur l'appel à projet européen RescUE, piloté par la direction générale de la santé, qui vise à constituer un stock et à assurer un déstockage urgent en cas de crise pour se prémunir et agir contre les risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques).

Dans le cadre de l'action 17 « **Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins** » (4,379 millions d'euros), le financement vise essentiellement le fonctionnement des comités de protection des personnes qui veillent à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine.

Enfin, le choix des objectifs et indicateurs retenus pour ce programme peut interroger : il ne correspond en effet que partiellement aux principales destinations des crédits budgétaires. Un renouvellement des indicateurs, plus directement liés à l'emploi des crédits du programme, apparaîtrait opportun.

Objectif 1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

- Indicateur 1.1 : Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus
- Indicateur 1.2 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans
- Indicateur 1.3 : Prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans

Objectif 2 : Prévenir et maîtriser les risques sanitaires

- Indicateur 2.1 : Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique
- Indicateur 2.2 : Pourcentage de signalements traités en 1h

II. LE PROGRAMME 183 : UNE VOLONTÉ DE MAÎTRISE DES DÉPENSES QUI FAIT ÉCHO AU DÉBAT SUR L'ÉVOLUTION DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

Le programme 183 « Protection maladie » représente un **montant total de 1,216 milliard d'euros** et regroupe deux actions : le financement du dispositif de l'aide médicale de l'État (AME), qui garantit sous condition de ressources l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et l'indemnisation des victimes de l'amiante au travers d'un fonds national dédié.

A. UNE CROISSANCE ININTERROMPUE DU COÛT DE L'AME MALGRÉ UNE POLITIQUE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

1. Un nombre de bénéficiaires en hausse constante

Le principal déterminant des dépenses d'AME dépend du **nombre de bénéficiaires**, lui-même lié à l'évolution des flux migratoires et aux politiques menées en la matière. Pour 2024, le montant de l'AME est estimé à **1,208 milliard d'euros**, soit une relative stabilité par rapport à 2023 (baisse de 0,33%) ; les prévisions de dépenses pour 2025 s'établissent à 1,240 milliard d'euros et à 1,274 milliard d'euros pour 2026.

Le nombre de demandeurs et de bénéficiaires de l'AME connaît une croissance continue. Ainsi, le nombre de demandes d'AME traitées par la CNAM a augmenté de **36,6 % entre 2019 et 2022**, pour s'établir à 490 875. Quant au nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun¹, il s'établit à 411 364 au 31 décembre 2022, soit **une augmentation de 62,9 % entre 2012 et 2022**. Parmi ces bénéficiaires, 46 193 sont résidents d'un territoire ultra-marin, 70 % ont moins de 40 ans et 25 % sont des mineurs.

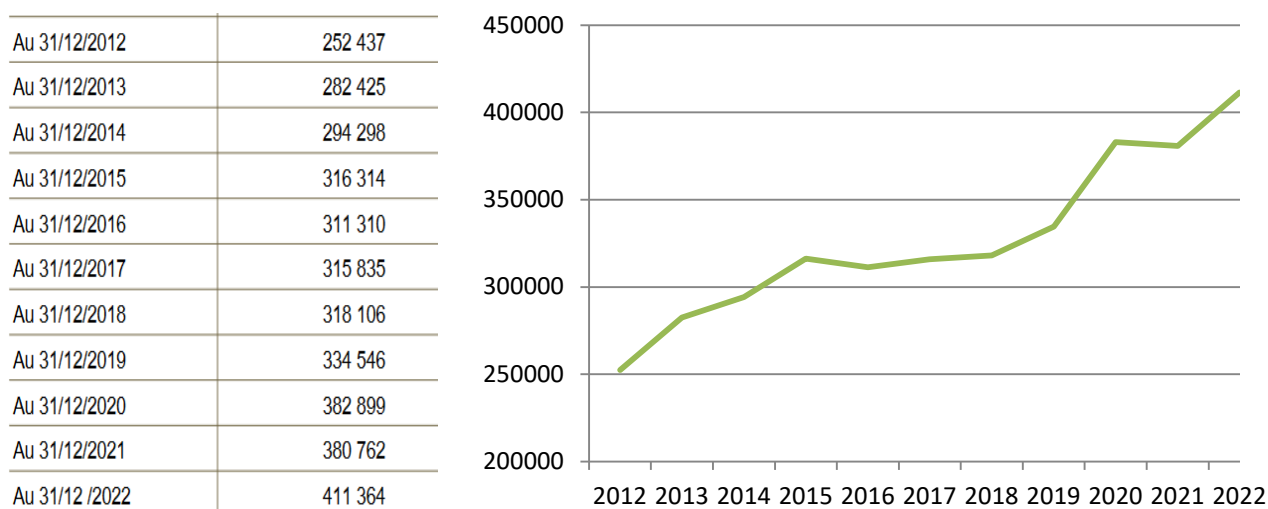
Environ deux tiers des dépenses de l'AME relèvent d'une prise en charge hospitalière et 36 % des soins de ville. L'obstétrique représente 27 % des séjours hospitaliers.

Enfin, 64 % des dépenses d'AME se concentrent sur dix CPAM seulement, 21 % sur la CPAM de Paris, 10 % sur celle de Bobigny et 8 % sur celle de Cayenne.

Le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a augmenté de 62,9 % entre 2012 et 2022 pour s'établir à 411 364.

¹ Il convient de distinguer l'AME de droit commun de l'AME humanitaire et de l'AME pour les personnes gardées à vue. En 2024, l'AME de droit commun représente 1,137 milliard d'euros (contre 1,208 milliard d'euros pour l'ensemble du dispositif AME).

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME (France entière)¹



Pourtant, l'AME pose la question de l'effectivité de l'accès aux droits des personnes, dès lors que le taux de non-recours à cette prestation est évalué à environ 50 %². D'un point de vue économique, des prises en charge précoces peuvent permettre d'éviter des retards de soins se traduisant par une aggravation de l'état de santé des personnes et donc, au final, par des soins plus coûteux pour la collectivité. Cette hypothèse, bien qu'assez largement partagée, n'en reste pas moins insuffisamment documentée.

2. Des dispositifs de contrôle visant à contenir les dépenses

Diverses actions tendant à une meilleure maîtrise des dépenses ont été menées ces dernières années, en agissant sur **l'efficacité des procédures de gestion** d'une part, sur **le contrôle des demandes d'AME** d'autre part.

L'instruction des demandes d'AME a fait l'objet d'une centralisation progressive jusqu'en 2021, au sein des caisses de Paris, Bobigny, Marseille et Poitiers. Une centralisation a également été mise en œuvre pour le traitement des factures de soins urgents depuis 2018 auprès des caisses de Paris et de Calais.

Par ailleurs, une stratégie de renforcement des contrôles a été déployée, non seulement lors de l'attribution des droits, mais aussi *a posteriori* dans une optique de lutte contre la fraude. 15,3 % des dossiers d'AME ont ainsi fait l'objet d'un contrôle en 2022. Un ciblage particulier est réalisé sur les factures de soins urgents ainsi que sur celles présentant des montants particulièrement élevés.

¹ Source : Annexe au projet de loi de finances pour 2024, Mission ministérielle Santé

² Ce constat est multifactoriel ; les raisons régulièrement invoquées sont la méconnaissance du dispositif par les personnes concernées, la barrière de la langue et la complexité des procédures administratives.

Concernant l'attribution des droits, un programme national de contrôle permet désormais aux caisses d'assurance maladie de vérifier la condition de résidence irrégulière en France en accédant à la base VISABIO. Cette opération reprend l'une des recommandations du rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales d'octobre 2019¹. Au total, le montant des indus détectés s'est élevé à 0,5 million d'euros en 2022 et à 0,9 million d'euros en 2021. Le dépôt physique des demandes initiales d'AME à la CPAM, à l'hôpital ou auprès d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), constitue une autre mesure permettant de lutter contre la fraude.

La prévision de dépenses pour l'AME de droit commun en 2024 intègre **20 millions d'euros d'économies au titre de ces diverses mesures de contrôle.**

B. L'AVENIR INCERTAIN DE L'AME NE DOIT PAS FAIRE OBSTACLE À LA LEVÉE DES CONTRAINTES ACTUELLES QUI PÈSENT SUR LES ACTEURS DU SOIN

1. Des procédures administratives toujours complexes et chronophages

Les établissements de santé relèvent les difficultés persistantes en matière d'ouverture des droits à l'AME pour les patients qu'ils accueillent ; l'envoi d'un courrier pour notifier l'octroi ou le refus de l'AME au domicile de la personne n'apparaît pas pleinement adapté, s'agissant de situations individuelles souvent instables et précaires. La complexité du circuit de traitement des factures pour les soins urgents doit également être soulignée, malgré l'amélioration notable permise par la dématérialisation de la facturation.

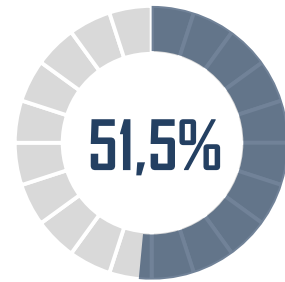
Concernant les soins de ville, les difficultés de recouvrement des frais sont liées à l'absence de facturation dématérialisée, imposant un traitement manuel des dossiers.

Face à ce constat, dans la continuité des mesures déjà adoptées, il est recommandé de poursuivre les efforts permettant de simplifier et de fluidifier le processus de facturation des soins².

¹ *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostics et propositions, octobre 2019*

² *Plusieurs pistes de travail ont pu être évoquées, notamment : communication aux hôpitaux des décisions des CPAM d'ouverture des droits ; création d'une carte à puce de type carte Vitale en substitution à la carte d'AME.*

L'AME représente un montant de recettes non négligeable pour les établissements de santé. Entre 2012 et 2021, le montant des recettes associées aux prestations de l'AME est ainsi passé de 282,5 millions d'euros à 393,2 millions d'euros soit une augmentation de 39 %. Cette évolution suit la même dynamique que celle des recettes issues de l'Assurance maladie (+37 % sur la même période). C'est la raison pour laquelle la Fédération hospitalière de France et la Fédération de l'hospitalisation privée se sont inquiétées d'une **fragilisation de la situation financière de leurs établissements** en cas de suppression de l'AME. La prise en charge de patients insolvable et dépourvus de droits est une réalité quotidienne des établissements, à laquelle il conviendra d'être attentif dans la perspective d'une évolution du dispositif de l'AME.



Proportion des dépenses d'AME dans le budget de la mission

2. L'AME : des évolutions passées, et à venir ?

Dans le cadre de l'examen du projet de loi Immigration, le Sénat a adopté le 7 novembre par amendement la suppression de l'AME, remplacée par une aide médicale d'urgence (AMU)¹. Celle-ci serait accessible après acquittement d'un droit annuel, dont le montant serait fixé par décret, et restreindrait le périmètre des soins accessibles à la prophylaxie, aux maladies graves et aux soins urgents et vitaux, aux soins liés à la grossesse, aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine prédictive. Après une lecture par l'Assemblée nationale et le Sénat et engagement de la procédure accélérée par le gouvernement, le texte a été transmis à l'Assemblée nationale le 14 novembre 2023.

L'AME de droit commun, instaurée en janvier 2000, a connu plusieurs évolutions. La condition d'une durée minimale de séjour irrégulier de trois mois pour l'obtention du bénéfice de l'AME est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020. De même, depuis janvier 2020, la prise en charge de certaines prestations programmées et non urgentes pour les majeurs est soumise à un délai d'ancienneté de bénéfice de l'AME fixé à 9 mois². Il ne peut être dérogé à ce délai qu'après accord du service du contrôle médical de l'assurance maladie, sollicité au cas par cas. De plus, pour mémoire, la loi de finances pour 2011 avait créé un droit d'entrée à l'AME de 30 € à compter du 1^{er} mars 2011 ; ce droit a été supprimé par la loi de finances rectificative du 16 août 2012. Si cette contribution a permis de générer des recettes fiscales supplémentaires, elle a également

¹ Amendement n° 624 de Muriel Jourda et amendement n° 358 rect. bis de Christian Klinger.

² La liste de ces prestations réalisées en établissement de santé et liées à des pathologies non sévères est précisée dans le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020

conduit à une augmentation du coût moyen des soins par bénéficiaire de l'AME et à un constat de report des prises en charge sur les soins urgents.

Établir des estimations chiffrées d'une économie potentielle générée par la restriction du panier de soins accessible sans frais aux personnes en situation irrégulière relève d'un exercice complexe, compte tenu des effets de bord qu'une telle évolution peut engendrer, en particulier les retards de prise en charge et le report sur les soins urgents.

Dès à présent, la commission des finances a souhaité tirer les conséquences de l'adoption de l'AMU et proposé, dans le cadre de l'examen de la présente mission, un amendement tendant à réduire de 410 millions d'euros le montant des crédits alloués au programme 183 en 2024.

Extrait du texte adopté par le Sénat dans le cadre de l'examen du projet de loi Immigration (article 1^{er} I)

« Art. L. 251-1. – Tout étranger résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné au 1^o de l'article L. 861-1 du même code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge, à l'aide médicale d'urgence, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge, d'un droit annuel dont le montant est fixé par décret.

« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale d'urgence dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du présent code. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées au même article L. 251-2 peut être partielle.

[...]

« Art. L. 251-2. – I. – La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :

« 1^o La prophylaxie et le traitement des maladies graves et les 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 ;

« 2^o Les soins liés à la grossesse et ses suites ;

« 3^o Les vaccinations réglementaires ;

« 4^o Les examens de médecine préventive.

C. LA SITUATION DU FIVA STABILISÉE AU PRIX D'UNE AUGMENTATION CONSÉQUENTE DE LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AT-MP

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) assure l'indemnisation des préjudices subis par les personnes victimes de l'amiante, qu'elles soient ou non reconnues atteintes d'une maladie professionnelle. Le montant cumulé des dépenses d'indemnisation du FIVA depuis 2002 atteint, au 31 décembre 2022, près de 7 milliards d'euros.

Les ressources publiques du Fiva sont constituées à plus de 95 % d'une dotation de la branche AT-MP, complétée subsidiairement par une dotation de l'État de 8 millions d'euros. Le résultat du fonds à fin 2023 sera dégradé par une révision à la hausse des prévisions de dépenses liée d'une part à la revalorisation du barème d'indemnisation, et d'autre part aux effets financiers du revirement de jurisprudence de la Cour de cassation sur la dualité de la rente AT-MP¹. En conséquence, le déficit est estimé à 86,2 millions d'euros, ramenant le fonds de roulement à environ un mois de dépenses d'indemnisation.

Le maintien d'un fonds de roulement à un niveau prudentiel d'un mois de dépenses d'indemnisation n'est permis, en 2024, que grâce au rebasage de la dotation versée par la branche AT-MP.

Le maintien d'un fonds de roulement équivalent à ce niveau prudentiel ne sera possible en 2024 que grâce au rebasage de la dotation versée par la branche AT-MP au Fiva, qui atteindra 335 millions d'euros, soit une hausse de plus de 50 % par rapport à 2023. Malgré la responsabilité de l'État dans l'affaire de l'amiante et l'effort conséquent demandé à la branche AT-MP, le programme 183 n'indique aucune augmentation prévisionnelle des crédits attribués au Fiva.

En 2024, les nouvelles demandes prévisionnelles resteraient stables par rapport à 2023, autour de 17 000 dossiers par an : la baisse tendancielle du nombre de nouvelles victimes serait en effet compensée par une politique active d'accès aux droits.

III. LE PROGRAMME 379 : UN PROGRAMME TEMPORAIRE DÉDIÉ AU REVERSEMENT DE CRÉDITS EUROPÉENS AU TITRE DU VOLET INVESTISSEMENT DU SÉGUR

Le PLF pour 2023 a introduit dans la mission Santé un nouveau programme 379 « Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) ».

En 2024, **906,9 millions d'euros sont alloués** à ce programme au titre du volet investissement du Ségur. Aucune dépense n'est prévue au titre de la première action relative à la compensation du coût des dons de vaccins à des pays tiers.

¹ Cass. ass. plen., 20 janvier 2023, n° 20-23.673 et n° 21-23.947, voir rapport Sénat n° 84 (2023-2024), Tome II, commentaire de l'article 39.

Pour relancer l'investissement en santé dans le cadre du Ségur de la santé, une enveloppe de 6 milliards d'euros sur cinq ans a été annoncée, en lien avec le plan « France Relance » présenté en septembre 2020. Trois volets sont identifiés : le soutien aux projets d'investissement dans les établissements de santé (2,5 milliards d'euros) ; le soutien à l'investissement dans les établissements médico-sociaux (1,5 milliard d'euros) ; le soutien aux projets d'amélioration des outils numériques en santé (2 milliards d'euros).

Ces priorités, formalisées en un « plan national pour la relance et la résilience » (PNRR), ont reçu un avis favorable de la Commission européenne en juin 2021. Sous réserve de l'atteinte des cibles qu'elle s'est fixée, la France reçoit une dotation de l'Union Européenne reversée via le programme 379 à la sécurité sociale. Le programme 379 ne constitue donc qu'un outil de mécanique budgétaire, c'est-à-dire un vecteur permettant de faire transiter par le budget de l'État un financement européen vers la sécurité sociale.

On enregistre, « pour la première fois depuis 2013, un infléchissement du taux de vétusté des équipements ».

Ce fonds a déjà autorisé la concrétisation de nombreux projets puisque 1 680 établissements de santé ont bénéficié d'un appui financier au titre de la dotation « investissements du quotidien » au 31 mars 2023. Le projet annuel de performance annexé au PLF pour 2024 indique enregistrer, dans le budget de la mission Santé, une « hausse de +13 % du volume des investissements en 2021, portée par une hausse de l'investissement courant avec, pour la première fois depuis 2013, un infléchissement du taux de vétusté des équipements »¹.

Néanmoins, avec une diminution de 53,02 % du budget alloué au programme entre 2023 et 2024, le volume des crédits concernés et leur caractère non linéaire **biaisent inévitablement la lecture du budget global de la mission Santé.**

Réunie le mercredi 29 novembre 2023 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a donné un avis favorable aux crédits de la mission sous réserve d'un amendement de crédits.

¹ *Projet annuel de performances, Annexe au projet de loi de finances pour 2024, Mission ministérielle Santé (page 94).*

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 29 novembre 2023, sous la présidence de Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport pour avis de Mme Florence Lassarade sur le projet de loi de finances pour 2024 (mission « Santé »).

Mme Florence Lassarade, rapporteure pour avis – Rapporteure pour la première fois cette année de la mission « Santé », cet examen me conduit à formuler une appréciation d'ensemble qui s'inscrit dans la droite ligne des observations de la commission au cours de ces dernières années : un constat de manque de lisibilité des actions financées et une absence de vision stratégique pour la santé publique.

En 2024, le montant des crédits consacrés à cette mission s'élèvera à 2 343,28 millions d'euros, ce qui représente une diminution de 30,3 % par rapport aux crédits votés loi de finances initiale (LFI) de 2023, mais une relative stabilité si l'on raisonne sur le périmètre antérieur à 2023.

En effet, le dernier exercice budgétaire a modifié le visage de la mission « Santé » par la création d'un troisième programme permettant d'enregistrer la compensation de coûts divers à la sécurité sociale *via* le budget de l'État. Désormais, la mission « Santé » se compose donc de trois programmes déséquilibrés : le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » qui dispose d'un budget de 220 millions d'euros ; le programme 183 « Protection maladie », qui représente 1,216 milliard d'euros, soit plus de 50 % du coût total de la mission, et qui comporte le financement de l'aide médicale de l'État (AME) ; enfin, le programme 379 « Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la facilité pour la relance et la résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) », dont le budget s'élève à 906,7 millions d'euros et qui permet de réceptionner des crédits européens devant être reversés à la sécurité sociale.

C'est la réduction importante du montant des crédits versés au titre de ce dernier programme – environ 1 milliard d'euros entre 2023 et 2024 – qui explique la baisse du budget global de la mission « Santé ».

Derrière des intitulés de programmes presque alléchants, je dois donc vous faire part de ma relative déception quant au contenu de cette mission : peu ou pas de propositions ambitieuses, un empilement de programmes et d'actions sans colonne vertébrale, qui fait malheureusement écho au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). L'éparpillement des crédits ne comble pas le sous-investissement dans le champ de la prévention ; au mieux, il répartit la pénurie. C'est ce constat qui me conduira à vous proposer un amendement de crédits et qui me semble, par ailleurs, devoir appeler une réflexion sur l'identité et les objectifs de cette mission.

Le premier programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » se décompose en sept actions d'ampleur inégale. Plus de la moitié des crédits de ce programme est consacrée au financement de trois opérateurs de la politique de santé en France : l'Institut national du cancer (INCa), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), et l'agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna. Dans la continuité des années précédentes, un budget de plus de 100 millions d'euros leur est dédié. Si l'Anses et l'agence de Wallis-et-Futuna bénéficient d'une augmentation du montant de leur subvention, celle de l'INCa subit en revanche une coupe non négligeable.

En effet, celle-ci est amputée de 6 millions d'euros soit une baisse de 15 % des crédits. De nouvelles missions ont pourtant été attribuées à l'INCa par la loi du 8 mars 2019, en particulier celle de mettre en œuvre la stratégie décennale 2021-2030 de lutte contre le cancer. Lors des auditions, l'INCa nous a alertés sur l'impact de cette coupe budgétaire en 2024, qui la conduira à prioriser ses actions annuelles et à réduire l'envergure de certaines d'entre elles. La direction générale de la santé a justifié cette réduction de dotation par l'augmentation notable de la trésorerie de l'institut, qui n'a pas consommé la totalité des crédits alloués en 2023. Des financements supplémentaires ont en effet été versés à l'INCa après que l'Assemblée nationale a voté, fin 2021, une enveloppe de 20 millions d'euros dédiée à la recherche sur les cancers pédiatriques.

Si l'on peut évidemment se réjouir que des moyens importants soient consacrés à la recherche, il faut garder à l'esprit qu'une stratégie de recherche médicale s'inscrit dans un temps long : les projets d'envergure ne peuvent pas se concrétiser dans des horizons de court terme. En l'espèce, les crédits non consommés ont été mis en réserve par l'INCa et ne peuvent servir au financement de ses autres actions. C'est pourquoi je vous proposerai un amendement de crédits tendant à un abondement de 6 millions d'euros de la dotation de l'INCa.

Au-delà de ces trois opérateurs, le programme 204 finance encore les dépenses juridiques et contentieuses qui engagent l'État au titre des décisions prises par les administrations centrales et déconcentrées, qui grèvent à hauteur de 41,58 millions d'euros son budget global. Dans cette somme, plus de 24 millions d'euros sont consacrés à l'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) des victimes de la Dépakine.

Au final, le reste de crédits, à peine plus de 30 % de l'enveloppe, soit moins de 70 millions d'euros, vise à soutenir des actions de santé publique, notamment dans le champ de la prévention. Force est pourtant de constater que l'ambition affichée excède la faiblesse du budget qui lui est dédié. L'énumération de la liste des actions et des sommes allouées témoigne d'une incapacité à prioriser et à structurer une politique volontariste. Je n'en citerai que quelques exemples : 1 million d'euros pour la santé des populations, un intitulé regroupant des actions en direction des publics précaires et relatives à la santé de la mère et de l'enfant ; 4,1 millions d'euros pour le fonctionnement des comités de protection des personnes ; ou encore 4,26 millions d'euros pour la prévention des addictions liées au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites.

J'en viens au deuxième programme « Protection maladie », d'un montant total de 1,216 milliard d'euros, presque exclusivement consacré aux dépenses de l'AME. Seuls 8 millions d'euros sont attribués au financement du fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante.

Les dépenses de l'AME connaissent une hausse continue et ininterrompue depuis la création du dispositif en 2000. Sur la période de 2012 à 2022, le nombre de bénéficiaires a augmenté de près de 63 %, pour s'établir à plus de 410 000 personnes. Environ les deux tiers des dépenses de l'AME se concentrent sur dix caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dont 21 % à Paris, 10 % à Bobigny et 8 % à Cayenne. Les deux tiers des dépenses de l'AME relèvent également d'une prise en charge hospitalière. Pourtant, il faut rappeler qu'environ la moitié des personnes éligibles à l'AME n'y ont pas recours. Les raisons sont multiples.

Cela nous conduit quoi qu'il en soit à deux constats : d'une part, l'effectivité des droits des personnes n'est pas suffisamment garantie ; et, d'autre part, le coût des dépenses de l'AME pourrait être largement supérieur à celui que nous connaissons aujourd'hui si tous les éligibles y recouraient.

Les dépenses de l'AME sont d'abord conditionnées par les politiques d'immigration, qui déterminent le nombre de bénéficiaires potentiels. Or ce débat sur les politiques migratoires se déroule actuellement au Parlement ; il ne nous revient pas de le mener au sein de la commission des affaires sociales.

Pour autant, il est nécessaire de s'interroger sur la place que la solidarité nationale entend réserver à cette prestation non contributive, aux dépens d'autres choix. Il est légitime de questionner le panier de soins que la collectivité prend en charge, à titre gratuit et sans avance de frais, pour les personnes en situation irrégulière. En responsabilité, nous ne pouvons esquiver ces questions complexes et délicates. Ces choix politiques doivent s'inscrire dans un dialogue franc et apaisé, qui permette d'appréhender les multiples enjeux de l'AME : exigence humanitaire, protection de la santé publique pour tous, efficience de la dépense publique.

Toutes ces questions doivent être posées, sans frilosité ni pudeur. Celle de la fraude fait l'objet d'un traitement renforcé depuis quelques années. Les contrôles sont réalisés au moment de l'attribution des droits, notamment par la vérification de la condition de séjour irrégulier de trois mois, et ciblent des prestations présentant des montants particulièrement élevés. Leurs effets peuvent paraître limités, puisqu'ils ne permettent d'envisager que 20 millions d'euros de moindres dépenses en 2024. Ils n'en demeurent pas moins indispensables parce que tout abus peut faire peser un soupçon d'illégitimité sur les ayants droit.

L'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) ont également souligné sans ambiguïté l'existence d'une forme de tourisme médical dans leur rapport sur l'AME datant d'octobre 2019. Ces inspections décrivent diverses atypies dans la consommation de soins des bénéficiaires de l'AME, qui renforcent l'hypothèse d'une migration pour soins pour certaines pathologies telles que l'insuffisance rénale, les cancers et les maladies du sang.

Il ne faut pas non plus sous-estimer les effets de transfert d'un dispositif à un autre. Ainsi, des mesures entrées en vigueur en 2020 restreignant l'accès à la protection universelle maladie (PUMa) pourraient avoir pour effet d'augmenter corrélativement les dépenses de l'AME et de soins urgents. Ces mesures sont, d'une part, la réduction de la durée de maintien des droits de douze à six mois pour les personnes dont le titre de séjour a expiré, et, d'autre part, l'instauration d'un délai incompressible de trois mois pour que les demandeurs d'asile puissent être affiliés à la sécurité sociale.

Enfin, en tant que médecin, je suis particulièrement sensible aux difficultés que rencontrent régulièrement mes confrères pour obtenir le remboursement de leurs honoraires par l'assurance maladie. La solidarité doit s'accompagner des moyens nécessaires pour que les acteurs de terrain, qui sont en première ligne, en priorité les médecins, puissent soigner sans distinction sans être lésés individuellement dans leur pratique.

À l'occasion de l'examen de la présente mission, nos collègues de la commission des finances ont tiré les conséquences de l'adoption de l'aide médicale d'urgence (AMU) par le Sénat dans le cadre de l'examen du projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration. Ils ont donc proposé un amendement tendant à réduire de 410 millions d'euros le montant des crédits alloués au programme 183, dont je vous proposerai de prendre acte.

Au-delà de l'AME, le programme 183 intègre une subvention de l'État versée au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). La dégradation du résultat de ce fonds d'ici à fin 2023, qui présentera un déficit de plus de 86 millions d'euros, s'explique par des dépenses qui n'avaient pas été anticipées. Pour autant, l'État ne prévoit pas d'augmenter le montant de sa subvention, maintenue à 8 millions d'euros. Pour mémoire, les ressources publiques du Fiva sont constituées à plus de 95 % d'une dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), qui passera de 220 millions d'euros à 353 millions d'euros en 2024.

Pour finir, le troisième programme, créé en 2023, constitue un simple canal budgétaire n'ayant d'autre vocation que de faire transiter des fonds européens vers la sécurité sociale *via* le budget de l'État. Sa durée de vie est programmée puisqu'il devrait disparaître en 2026, avec la fin des délégations de crédits prévues au titre du « Ségur investissement ». Ces crédits ont, semble-t-il, permis effectivement d'accélérer l'investissement en santé dans les établissements du secteur sanitaire et médico-social et l'on peut s'en réjouir.

Il concentre, pour 2024, 906,9 millions d'euros de crédits, contre 1,930 milliard d'euros en 2023, soit une diminution de 53 % du montant des fonds versés. On peut regretter que l'ampleur de ces variations annuelles ne contribue guère à la lisibilité de l'évolution générale du budget de la mission « Santé », d'autant que les crédits de l'action relative au don de vaccins à des pays tiers font manifestement l'objet de prévisions très fragiles, ce qui oblige à relativiser la présentation financière du programme.

Aucun crédit n'était ainsi affiché pour le don de vaccins en 2023 ; il en est de même pour l'année 2024. Toutefois, 190 millions d'euros ont finalement été intégrés dans la loi de finances de fin de gestion pour 2023, à titre de régularisation. Pour 2024, malgré l'absence de crédits dédiés, la direction de la sécurité sociale nous a déjà indiqué que des dons de vaccins pourraient être réalisés, pour un montant estimé entre 39 et 78 millions d'euros.

Au terme de cette présentation, je partage à nouveau mon sentiment général d'une mission au format hétérogène, sans grande cohérence et sans vision politique. Il s'agit d'un outil budgétaire qui manque de corps et d'ambition.

Je vous proposerai d'émettre un avis favorable à cette mission, sous réserve de l'adoption d'un amendement tendant à transférer les crédits, à hauteur de 6 millions d'euros, de l'action n° 02 « Aide médicale de l'État » du programme 183, à l'action n° 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » du programme 204.

M. Bernard Jomier. – Merci à Florence Lassarade pour son rapport. Étant donné le nombre important de transferts vers l'assurance maladie ces dernières années, il n'est pas surprenant de constater que les crédits de cette mission se réduisent encore au-delà des problèmes conjoncturels qui ont été rappelés.

Le programme 204 comprend les crédits de l'Anses, une agence essentielle en matière de santé environnementale, chargée notamment d'évaluer les produits phytopharmaceutiques pour leur autorisation de mise sur le marché. Or, l'Anses est rémunérée pour cette mission en deçà de ses coûts d'exercice ; c'est pourquoi je déposerai un amendement visant à modifier à la hausse la contribution qu'elle perçoit dans le cadre de ces missions d'expertise et d'évaluation.

Je veux rappeler quelques éléments sur l'aide médicale de l'État. J'ai suivi les débats récents dans l'hémicycle à propos de ce dispositif et visant notamment à transformer cette aide en une aide médicale d'urgence, une mesure que la majorité sénatoriale avait déjà adoptée l'an dernier. Or, quand une mesure suscite autant de protestations au sein de la société, auprès des soignants et bien au-delà des clivages politiques, c'est que l'on touche à des valeurs essentielles.

Vous faites référence au rapport de l'Igas et de l'IGF de 2019 sur le tourisme médical, qui a déjà conduit à une modification du panier de soins de l'AME. Attendons le prochain rapport confié à Patrick Stefanini et Claude Evin, et voyons s'il faut modifier une nouvelle fois le panier de soins – il n'y a pas de tabou de notre côté à ce sujet –, car les phénomènes de fraude ou de détournement de l'AME sont extrêmement minoritaires : entre 2 % et 3 %. Certes, il faut lutter contre les fraudes, mais l'AME soigne 97 % des personnes en grande précarité porteuses de pathologies lourdes. Un bénéficiaire de l'AME consomme en moyenne moins de soins qu'un autre assuré social – 2 800 euros par an, contre 3 600 euros – et a besoin, en revanche, de soins pour le traitement de la tuberculose ou encore du VIH.

Le tourisme médical concerne plutôt l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui met en place des filières de dialyse et d'autres soins coûteux à destination de personnes fortunées. Je ne porte pas de jugement de valeur, et si ces réseaux sont mis en lumière, nous serons les premiers à dire qu'il faut mettre fin à ces réseaux mafieux, mais cela n'a rien à voir avec l'AME.

Au nom de quoi proposez-vous de réduire les crédits de l'AME ? Certes, le Sénat a voté la transformation de l'AME en AMU, mais ce dispositif n'a pas encore été adopté. Vous nous proposez donc de voter un montant insincère, pour un dispositif qui n'a pas encore été modifié à ce jour. Qui plus est, le député Les Républicains Philippe Juvin a proposé d'opter pour un montant de crédits supérieur à celui prévu au PLF, qu'il estime lui-même, pour en avoir discuté avec lui, inférieur à la réalité des besoins, quand le Gouvernement prévoit un maintien des crédits de l'AME, avec une diminution 0,33 %, qui relève surtout de l'affichage politique.

Je vous appelle donc à renoncer à cette insincérité budgétaire.

La discussion sur le panier de soins reste ouverte. Je rappelle tout de même qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Toutes les études européennes le prouvent, notamment en Allemagne ou en Suède, où la prise en charge tardive de l'hypertension artérielle et des soins prénataux a entraîné des coûts supérieurs pour les finances sociales de ces pays. À l'inverse, l'Espagne, qui avait restreint les soins en 2012, a fait marche arrière face à la hausse de mortalité de sa population.

Mme Céline Brulin. – La politique de prévention pâtit d'« une absence de vision stratégique », selon vos mots. Nous partageons ce constat, en parfait décalage avec les propos du ministre, qui a annoncé un grand virage en matière de prévention, mais dont on ne voit pas les prémices, ni en termes d'organisation ni en termes financiers.

Nous vous rejoignons concernant les difficultés que peut rencontrer l'INCa, au regard de la réduction des crédits que vous avez évoquée.

Je ne vous surprendrai pas en disant que nous ne sommes pas d'accord avec vous sur l'AME. Je constate que vous prenez acte de l'amendement de la commission des finances. Pour notre part, nous ne le soutiendrons pas. Les chiffres que vous avez présentés sur la fraude ne changent pas particulièrement la donne et prouvent que celle-ci est bien moindre que ce que certains veulent laisser croire.

Vous avez précisé à juste titre le taux très important de non-recours à l'AME, qui avoisine les 50 %. Ceux qui pensent réaliser des économies oublient qu'elles peuvent se traduire au final par des surcoûts considérables pour notre système de santé. Qui plus est, plus de 4 500 médecins s'opposent à la suppression de l'AME, un élément que nous devons prendre en compte.

Ayons également un peu de cohérence entre les missions. Nadia Sollogoub a présenté un amendement visant à augmenter des crédits en faveur de l'accueil des réfugiés ukrainiens présents sur notre territoire, que nous avons adopté. Pourquoi ne pas faire preuve du même pragmatisme sur cette mission ?

Enfin, attendons effectivement les conclusions du rapport Stefanini-Evin. Vous souhaitez un débat franc et apaisé, madame la rapporteure. Attendons là encore de voir ce qui ressortira du débat portant sur le projet de loi Immigration qui va se dérouler à l'Assemblée nationale. Devancer ainsi des décisions qui ne sont pas encore tranchées ne me paraît pas aller dans le sens d'un débat franc et apaisé que vous appelez de vos vœux.

En tant qu'élus de nombreux départements touchés par le drame de l'amiante, nous serons très vigilants sur la subvention accordée au Fiva. L'article 39 du PLFSS a suscité beaucoup de remous chez les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles - il convient là aussi d'apaiser les choses.

M. Daniel Chasseing. - Je suis favorable à l'augmentation des crédits de l'INCa à hauteur de 6 millions d'euros prévus dans le cadre du programme 204.

En ce qui concerne l'AME, j'ai voté pour l'aide médicale d'urgence qui nous a été proposée lors de l'examen du projet de loi Immigration. Dans mon esprit, je pensais d'abord à écarter du dispositif les patients venant, pour certains, de pays du G20 et qui n'habitent pas en France depuis trois mois et ne souffrent pas d'une pathologie d'une extrême gravité. Les admissions sont censées se faire sur la base du « titre de séjour pour soins dont le défaut pourrait avoir une conséquence d'une exceptionnelle gravité », mais ce dispositif semble largement contourné.

En revanche, dans le cadre des politiques migratoires, le recours à l'AME n'est finalement pas massif. Il serait peut-être pertinent de revoir le panier de soins. En effet, *quid* du diabète, des problèmes cardiaques, de certaines maladies infectieuses ou même psychiatriques ? Aussi, je reviens sur mon vote initial sur l'AME.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. - S'il est vrai que le champ de cette mission est de plus en plus restreint, réjouissons-nous de pouvoir discuter de chacun des organismes qu'elle soutient.

Mme la rapporteure a qualifié en introduction ces programmes de « déséquilibrés ». Je note en effet un manque d'ambition concernant le premier programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », un défaut d'analyse pour l'AME dans le deuxième programme, ainsi qu'un manque de financement en faveur du Fiva dans le cadre du troisième programme.

Je voterai contre les crédits de cette mission, car je suis persuadée que l'on ne saurait revenir sur l'AME, sinon pour la corriger là où des incohérences ou des excès seraient identifiés, comme l'a indiqué M. Jomier.

M. Philippe Mouiller, président. – Il est normal que nous ayons un débat sur l'AME, mais nous devons donner ce matin un avis sur la mission « Santé », sans préjuger des débats qui se dérouleront à l'Assemblée nationale.

Mme Frédérique Puissat. – Merci à notre rapporteure d'avoir pris la précaution de préciser qu'un débat est en cours à l'Assemblée nationale sur le projet de loi Immigration et qu'il ne faut pas confondre l'avis que nous devons émettre sur cette mission avec ce projet de loi, qui ne manquera pas de nous revenir.

Sur la mission « Travail et emploi » que je vais vous présenter dans quelques instants, un amendement a également été déposé par la commission des finances. Même si je n'étais pas tout à fait d'accord avec son contenu, j'ai néanmoins reconnu et respecté la logique budgétaire. Je me permets donc de vous dire qu'il convient ici de bien dissocier l'avis budgétaire du projet de loi visé.

Aussi suivrai-je l'avis de la rapporteure.

Mme Florence Lassarade, rapporteure pour avis. – L'amendement n° [II-639](#) a pour objet d'assurer le maintien du montant de la subvention allouée annuellement à l'INCa.

En effet, la mission « Santé » prévoit une dotation en baisse de 6 millions d'euros par rapport à 2023 en raison de l'augmentation de la trésorerie de l'INCa. Cette augmentation de trésorerie n'en est pourtant pas une puisqu'il s'agit d'une mise en réserve de crédits dédiés à de projets de recherche qui n'ont pu être mis en place dès 2023.

Un budget de 20 millions d'euros au titre de la recherche contre les cancers pédiatriques a été voté par nos collègues députés ; or la recherche ne se fait pas en trois mois. Ces crédits étant fléchés, la baisse du montant des crédits alloués à l'INCa supposera de réaliser des arbitrages dans les actions menées par l'Institut, ce qui pourrait engendrer des retards dans la mise en œuvre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030.

C'est pourquoi nous proposons de verser 6 millions d'euros supplémentaires au programme 204 et plus précisément à l'action n° 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades ». Ce versement est compensé par la réduction de 6 millions d'euros du montant des crédits alloués à l'action n° 02 « Aide médicale de l'État » du programme 183 « Protection maladie ».

L'amendement est adopté.

La commission émet un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé », sous réserve de l'adoption de son amendement.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Direction générale de la santé (DGS)**
 - **Danielle Metzen-Ivars**, cheffe de service des politiques d'appui au pilotage et de soutien
 - **Athina Aléonard**, cheffe du bureau budgétaire
 - **Kadija Brahmi**, adjointe du bureau budgétaire
- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**
 - **Marion Muscat**, adjointe à la sous-directrice en charge de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
 - **Sara Donati**, rédactrice au sein du bureau en charge de l'accès aux soins et des prestations de santé
 - **Lucie Garcin**, adjointe au chef du bureau en charge de la synthèse financière
- **Institut national du cancer (Inca)**
 - **Pr Norbert Ifrah**, président
 - **Thierry Breton**, directeur général

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Syndicat des Médecins Libéraux (SML)**
- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**