

N° 163

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 18 novembre 2021

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances,
adopté par l'Assemblée nationale, pour 2022,*

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-Baptiste Blanc, Mme Isabelle Briquet, MM. Michel Canevet, Vincent Capo-Canellas, Thierry Cozic, Vincent Delahaye, Philippe Dominati, Mme Frédérique Espagnac, MM. Éric Jeansannetas, Patrice Joly, Roger Karoutchi, Christian Klinger, Antoine Lefèvre, Gérard Longuet, Victorin Lurel, Hervé Maurey, Thierry Meignen, 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.) : 4482, 4502, 4524, 4525, 4526, 4527, 4597, 4598, 4601, 4614 et T.A. 687

Sénat : 162 et 163 à 169 (2021-2022)

SOMMAIRE

Pages

L'ESSENTIEL.....	5
------------------	---

PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

I. UNE MISSION AU PÉRIMÈTRE QUI SE RÉDUIT.....	12
--	----

II. DES CRÉDITS CONCENTRÉS SUR L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT.....	15
--	----

1. La mission enregistre une diminution des crédits de 1,6 % en 2022.....	15
---	----

2. Cette diminution globale en budgétisation initiale ne doit toutefois pas masquer l'augmentation du montant de l'aide médicale d'État.....	17
---	----

III. UN NOMBRE RÉSIDUEL D'OPÉRATEURS.....	18
---	----

SECONDE PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION « SANTÉ »

I. UN PROGRAMME 204 QUI RESTE CONCENTRÉ SUR LE FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA ET DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE.....	21
--	----

1. L'augmentation continue de la subvention à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.....	21
--	----

2. Le Fonds d'indemnisation de la Dépakine.....	23
---	----

II. UNE MAJORATION PERSISTANTE DES CRÉDITS VERSÉS AU TITRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT FAUTE DE RÉFORME D'ENVERGURE.....	24
---	----

1. Une augmentation continue des dépenses.....	26
--	----

2. La réforme de 2020 n'est pas parvenue à limiter la progression des dépenses.....	28
---	----

3. La nécessité de nouvelles mesures structurelles.....	29
---	----

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....	33
--	----

EXAMEN EN COMMISSION.....	35
---------------------------	----

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES.....	41
------------------------------------	----

LA LOI EN CONSTRUCTION.....	43
-----------------------------	----

L'ESSENTIEL

I. UNE MISSION QUI PEINE À INCARNER UNE ACTION EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION EN PLEINE CRISE SANITAIRE

A. *UNE MISSION QUI SE RÉDUIT DÉSORMAIS À L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT*

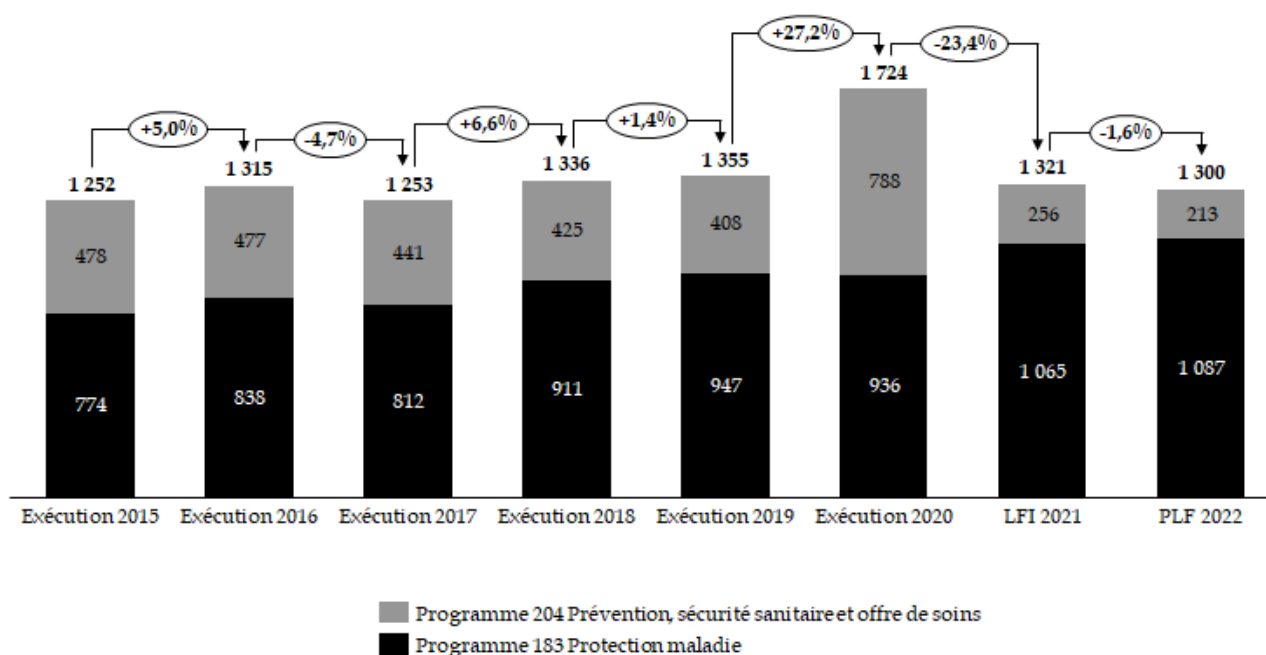
Le périmètre de la mission s'est progressivement réduit, au point que l'on peut s'interroger sur l'intérêt de la mission dans le cadre d'une politique publique de santé.

Le programme 204, « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » a connu depuis 2015 des modifications importantes de son périmètre, avec le transfert de l'État vers l'assurance-maladie du financement de plusieurs politiques et agences de santé. Par exemple, la loi de finances pour 2020 a procédé au transfert à l'assurance maladie des dépenses de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit 156,1 millions d'euros, et celles de l'Agence nationale de santé publique (ANSP), soit 112,5 millions d'euros.

La combinaison des mesures de périmètre enregistrées ces dernières années et de la réduction des dépenses d'intervention a conduit à faire se résumer la mission au financement de l'Aide médicale d'État (AME). En effet, 83,6 % des crédits demandés pour 2022 au titre de la mission « Santé » sont dédiés à l'AME, qui constitue à elle seule la quasi-intégralité du programme 183, « Protection maladie ».

Évolution des crédits de la mission Santé de 2014 à 2022

(en millions d'euros)



B. UN PROGRAMME 204, « PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS » QUI JOUE UN RÔLE MARGINAL DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Les crédits du programme 204, « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », de 213 millions d'euros, sont concentrés sur un faible nombre de dispositifs.

La subvention à l'Agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna est établie à 49,4 millions en crédits de paiement. Ce montant est en augmentation de 3,9 % par rapport à 2021 (47,5 millions d'euros).

Les crédits dédiés à la sous-action « Actions juridiques et contentieuses », qui financent le fonds d'indemnisation des victimes de la Dépakine, s'élèvent à 52,4 millions d'euros, soit 24,6 % des crédits du programme, en diminution de 4,8 millions d'euros.

Ainsi 47,8 % des crédits du programme 204 sont tournés vers le financement de deux sous-actions (agence de santé de Wallis-et-Futuna, et fonds d'indemnisation des victimes de la Dépakine). Cette concentration des crédits sur deux sous-actions dont les dépenses sont difficilement pilotables réduit les marges de manœuvre sur les autres actions, et conduit à s'interroger sur l'utilité du programme en matière de santé publique.

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

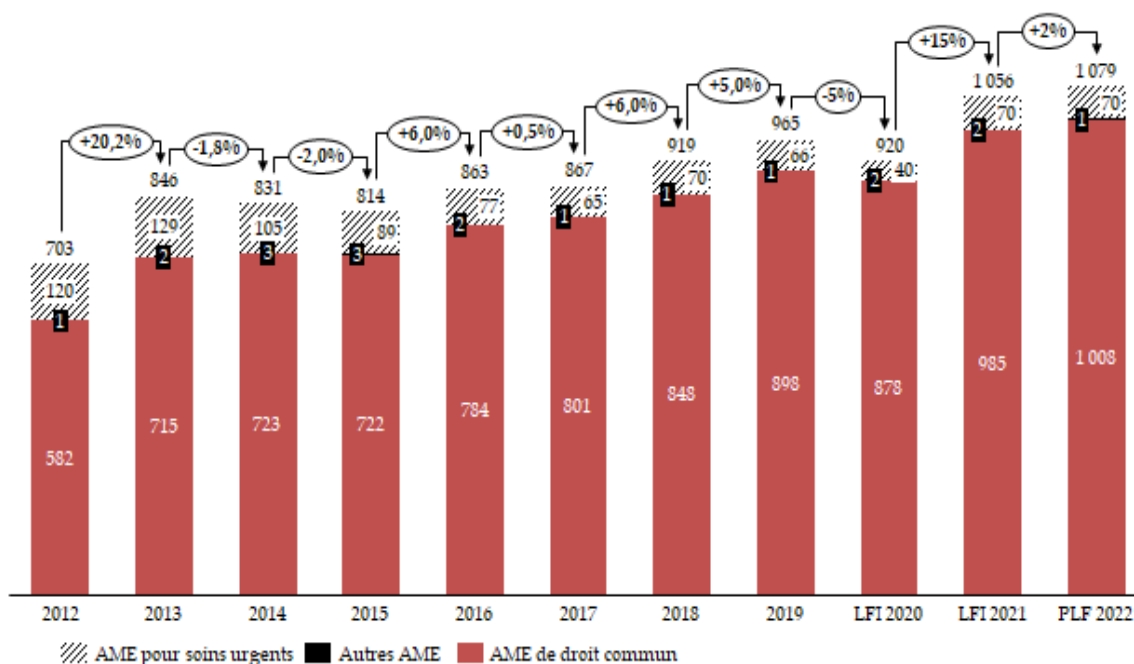
A. UNE PROGRESSION SANS FREIN DES DÉPENSES D'AME DEPUIS 2013

Dans le projet de loi de finances pour 2022, les crédits demandés pour l'aide médicale d'État (AME) s'élèvent à 1,079 milliard d'euros. Ces crédits sont en augmentation de 2,1 % par rapport à 2021 (1,057 milliard d'euros).

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

Évolution des dépenses d'AME entre 2012 et 2022

(en millions d'euros)



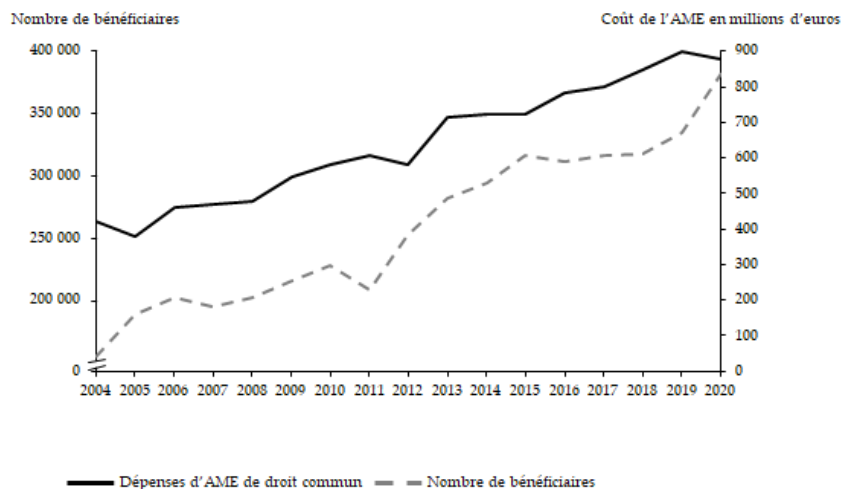
Source : commission des finances du Sénat, à partir des données des rapports annuels de performances successifs

B. UNE RÉFORME DONT LES EFFETS SONT MODESTES

Adoptée en loi de finances pour 2020 à l'initiative du Gouvernement, la réforme de l'accès à l'aide, 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, a eu des effets limités sur la progression des dépenses. En effet, la réforme n'a pas pu empêcher en loi de finances initiale pour 2021 et en projet de loi de finances pour 2022, une majoration conséquente des crédits qui lui sont dédiés.

Au regard des effets limités de la réforme de l'accès à l'AME, le Gouvernement **table sur un renforcement des contrôles pour juguler la hausse tendancielle des prestations**. Toutefois, les effets du renforcement des contrôles risquent d'être limités, au regard de la hausse du nombre de bénéficiaires, qui a quasiment triplé depuis 2010.

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



De manière générale, tout effort en matière de contrôle s'avèrera **insuffisant en l'absence de mesures structurelles**.

Réunie le mardi 2 novembre 2021, sous la présidence de M. Dominique de Legge, vice-président, la commission des finances a décidé de proposer au Sénat de ne pas adopter les crédits de la mission.

Réunie à nouveau le jeudi 18 novembre 2021, 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.

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, 13,5 % des réponses étaient parvenues au rapporteur spécial en ce qui concerne la mission « Santé ».

PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

La mission « Santé » du budget général est censée concourir 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 est toutefois nécessaire de rappeler que la plupart des dépenses publiques en matière de santé relèvent des lois de financement de la sécurité sociale. Par conséquent, le périmètre de la mission est très limité.

Deux programmes, coordonnés par le ministère des solidarités et de la santé, la constituent :

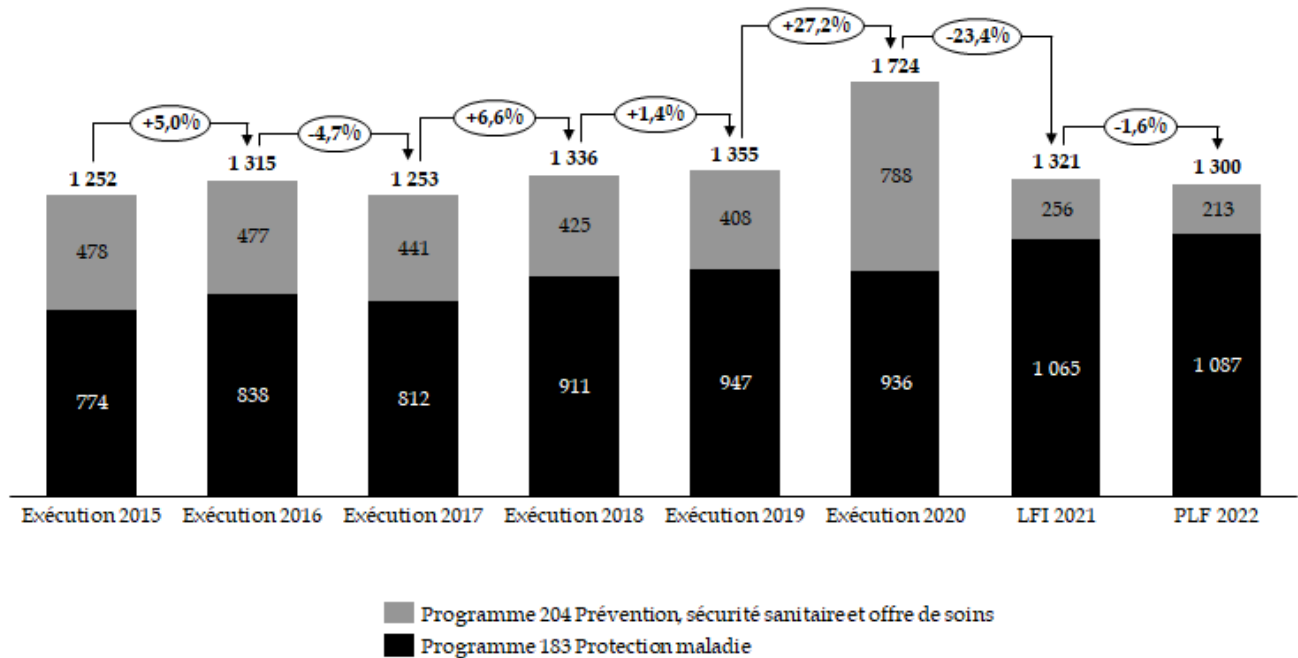
- **le programme 204.** Il est piloté par la direction générale de la santé, et il est relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins. Il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et il doit également contribuer à garantir la protection de la population face à des événements sanitaires importants 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 2022, que 16,4 % des crédits de la mission ;

- **le programme 183.** Il est piloté par la direction de la sécurité sociale, et il est dédié à la protection maladie. Dans les faits, il tend essentiellement à financer l'aide médicale d'État (AME), qui est 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 83,6 % des crédits de la mission dans le projet de loi de finances pour 2022.

Les dépenses de la mission relèvent pour leur majorité du titre 6 « Dépenses d'intervention ». Les dépenses qui relèvent du titre 2, à 1 million dans le projet de loi de finances pour 2022, sont de faible ampleur.

Évolution des crédits de la mission « Santé » par programme

(en millions d'euros)



I. UNE MISSION AU PÉRIMÈTRE QUI SE RÉDUIT

La mission « Santé » est aujourd'hui pratiquement réduite à l'aide médicale d'État (AME). L'une des raisons est que la mission, 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 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.

Dans le sens inverse, la loi de finances pour 2021 a prévu des changements de périmètre à destination de la mission : 45 millions d'euros ont été transférés de l'assurance maladie vers l'État au titre du plan d'investissement de l'agence de santé de Wallis et Futuna, et la rebudgétisation du produit de la taxe sur la notification de produits du tabac a conduit au transfert de 2 millions d'euros. Enfin, 30 millions d'euros ont été déplacés 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.

Ces nouvelles entrées dans la mission ne constituaient toutefois pas le signe d'une inversion de tendance. Les crédits transférés ne sont pas d'un montant suffisamment élevé, ni les politiques qu'ils portent suffisamment structurantes, pour changer l'orientation de la mission.

Dans le PLF 2022, pour la première fois depuis 2019, le périmètre de la mission est pratiquement inchangé. Les quelques modifications effectuées sont mineures :

- il est opéré un transfert de 110 000 euros du programme 204 au programme 162 au titre de la contribution au plan chlordécone IV ;

- 550 000 euros sont transférés du programme 183 vers le programme 151, qui correspondent au financement de la prise en charge des évacuations sanitaires ou médicales (EVASAN) du Vanuatu.

Récapitulatif des mesures de transfert intervenues depuis 2013

(en millions d'euros)

Exercice	Transfert	Impact financier
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
2022	Transfert de la contribution au plan chlordécone IV au programme 204. Transfert du financement de la prise en charge des EVASAN du Vanuatu.	- 0,6

II. DES CRÉDITS CONCENTRÉS SUR L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

1. La mission enregistre une diminution des crédits de 1,6 % en 2022

Le montant global des crédits de la mission « Santé » demandés dans le cadre du présent projet de loi de finances s'élève à 1 320,5 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE) et 1 299,9 millions d'euros en crédits de paiement.

La part imputable aux modifications de périmètre est faible cette année :

- à périmètre courant, c'est-à-dire sans tenir compte des effets de périmètre, les crédits de paiement diminuent de 1,6 % par rapport au montant inscrit en loi de finances pour 2021 ;

- à périmètre constant, c'est-à-dire corrigé des transferts de dépenses, les crédits de paiement sont minorés de 1,5 % entre les deux exercices.

La mission semble ainsi abandonner la progression qui avait caractérisé l'exercice précédent. En effet, la mission avait 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 millions d'euros)

	LFI 2021	PLF 2022	Évolution
Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	255,6	212,9	- 16,7 %
Action 11 : Pilotage de la santé publique	63,4	74,1	+ 16,9 %
Action 12 : Santé des populations	1,2	1,2	=
Action 14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	53,8	50,8	- 5,6 %
Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	25,5	26,1	+ 2,4 %
Action 16 : Veille et sécurité sanitaire	1,6	1,6	=
Action 17 : Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4,2	4,2	=
Action 19 : Modernisation de l'offre de soins	100,3	56,5	- 43,7 %
Programme 183 : Protection maladie	1 064,9	1 087,0	+ 2,1 %
Action 02 : Aide médicale d'État	1 056,9	1 079 000 000	+ 2,1 %
Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	=
Total	1 320,5	1 299,9	- 1,6 %

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

2. Cette diminution globale en budgétisation initiale ne doit toutefois pas masquer l'augmentation du montant 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 42,1 % de dépenses de fonctionnement et de personnel et à 57,9 % de dépenses d'intervention ;

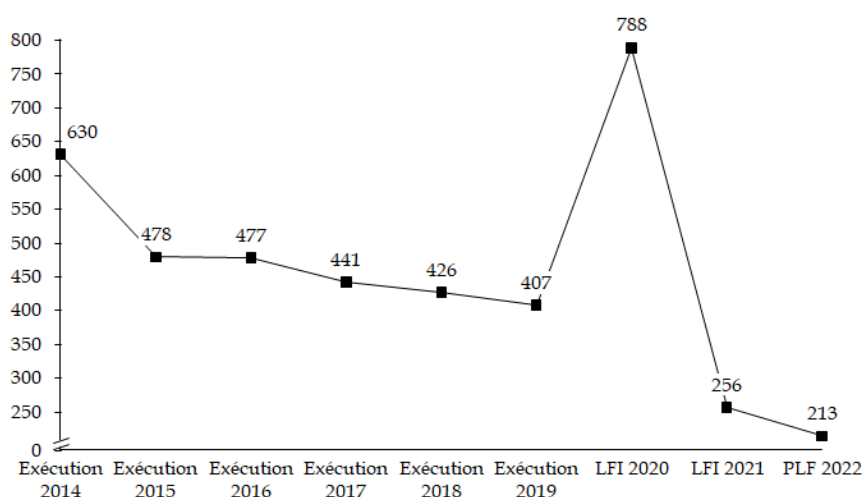
- le programme 183 « Protection maladie » ne porte que sur des dépenses d'intervention, dont le montant ne cesse de croître.

La combinaison des mesures de périmètre enregistrées ces dernières années et de la réduction des dépenses d'intervention a conduit à faire du programme 183 le principal poste de dépenses de la mission « Santé ». Plus précisément encore, la mission tend depuis plusieurs années à se résumer au financement de l'aide médicale d'État (AME).

Dans le projet de loi de finances pour 2022, 82,6 % des crédits de la mission « Santé » sont ainsi consacrés à l'AME. Cette concentration est en augmentation par rapport à l'année dernière, où l'AME représentait 79,8 % des crédits de la mission. 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. UN NOMBRE RÉSIDUEL D'OPÉRATEURS

Il ne reste aujourd'hui dans la mission que deux opérateurs : l'Institut national de lutte contre le cancer (Inca) ainsi que l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS). La diminution du nombre d'opérateurs s'est faite progressivement.

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. Ces deux opérateurs sont encore les seuls qui demeurent dans le périmètre de la mission dans le projet de loi de finances pour 2022.

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. En effet, les missions assignées à l'ANSM et à Santé publique France ne relèvent pas d'une logique contributive que supposerait, pourtant, leur rattachement au budget de la sécurité sociale. **Il s'agit là d'un des nombreux exemples 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.

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).

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 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 contrôle du Parlement sur les fonds destinés à Santé Publique France se retrouve ainsi limité.

Le présent projet de loi de finances, tout comme celui de 2021, ne remet pas en cause cette architecture. S'il est logique que toutes les administrations publiques prennent 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 sur l'avenir de la mission.

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

SECONDE PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION « SANTÉ »

I. UN PROGRAMME 204 QUI RESTE CONCENTRÉ SUR LE FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA ET DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

47,8 % des crédits du programme 204 sont tournés vers le financement de deux sous-actions (agence de santé de Wallis et Futuna, et fonds d'indemnisation des victimes de la Dépakine), ce qui ne laisse que peu de marges de manœuvre sur les autres actions.

Cette concentration des crédits sur deux sous-actions dont les dépenses sont difficilement pilotables, conduit à s'interroger sur l'utilité du programme en matière de santé publique.

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

La subvention à l'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna est, dans le projet de loi de finances pour 2022, de 49,4 millions en crédits de paiement. Ce montant est en augmentation de 3,9 % par rapport à 2021 (47,5 millions d'euros).

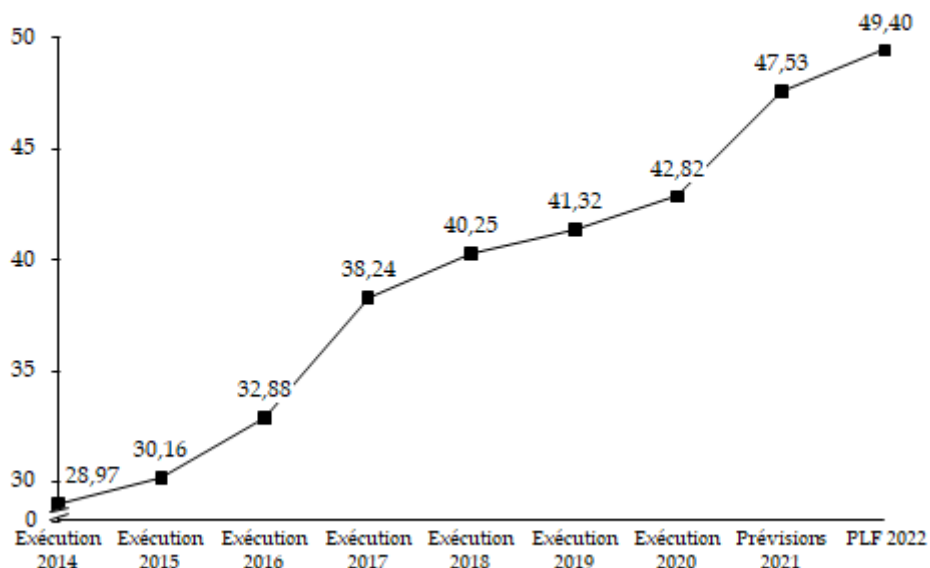
L'Agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna, regroupe deux hôpitaux et plusieurs dispensaires. La principale difficulté de cet établissement public tient au coût des évacuations sanitaires vers la Nouvelle Calédonie, les établissements métropolitains, voire les hôpitaux australiens.

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 a été ajouté à cette dotation un plan d'investissement de 45 millions d'euros sur deux ans. Initialement inscrit dans la mission Santé dans le projet de loi de finance pour 2021, ce montant a été déplacé dans le plan de relance depuis lors.

Trajectoire de la subvention accordée à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna (2013-2022)¹

(en millions d'euros)



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.

¹ Hors plan de relance.

La simple rallonge budgétaire ne peut constituer, par ailleurs, une option à long terme. 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.

La direction générale de la santé indique que la télémédecine est en cours de déploiement dans le cadre d'un projet de convention avec le Centre hospitalier universitaire de Rennes. Le plateau technique de l'agence a été par ailleurs renforcé par l'achat de nouveaux équipements comme un scanner, un mammographe ou un automate de biologie. Il n'est toutefois pas fait mention, dans les réponses au questionnaire budgétaire, de création d'un poste d'épidémiologiste et d'un poste de diététicien, ce qui serait nécessaire pour la mise en place d'un pôle de prévention et de santé publique au sein de l'Agence.

2. Le Fonds d'indemnisation de la Dépakine

Le présent projet de loi de finances prévoit une diminution de 4,8 millions d'euros des crédits dédiés à la sous-action « Actions juridiques et contentieuses ». 52,4 millions d'euros, soit 24,6 % des crédits du programme, sont ainsi prévus à cet effet. Cette sous-action représente par ailleurs plus de 70 % des crédits de l'action 11, « Pilotage de la santé publique », ce qui interroge sur la pertinence de son intitulé, et plus largement sur sa cohérence interne.

Ces 52,4 millions d'euros visent 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 total de l'indemnisation, entièrement prise en charge par l'État, est estimé à 424,2 millions d'euros.

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. 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'instruction².

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

Cette révision du dispositif tend aujourd'hui à porter ses fruits. En 2020, 19 millions d'euros ont été engagés pour indemniser des victimes de la Dépakine, ce qui représente le double de l'année précédente. Au 31 juillet 2021, le montant total des offres proposées par l'ONIAM dans le cadre de ce dispositif s'élève à 35,25 millions d'euros.

L'approche retenue dans le présent projet de loi de finances s'inscrit dans la continuité de celle élaborée l'an dernier et apparaît en phase avec le principe de sincérité budgétaire.

II. UNE MAJORATION PERSISTANTE 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.

Dans le projet de loi de finances pour 2022, les crédits demandés pour l'AME s'élèvent à 1,079 milliard d'euros. Ces crédits sont en augmentation de 2,1 % par rapport à 2021 (1,057 milliard d'euros). Les crédits continuent ainsi de progresser, malgré la réforme de 2020 de l'AME qui était censée permettre une meilleure maîtrise des coûts. L'AME de droit commun dépasse pour la première fois la barre du milliard d'euros (1,008 milliard d'euros). L'AME « soins urgents » est au même niveau qu'en 2021, c'est-à-dire 70 millions d'euros. La somme consacrée aux autres AME est de 1 milliard.

En 2022, 83 % des crédits de la mission « Santé » sont dédiés à l'AME, au point de réduire la mission à une enveloppe de financement de ce dispositif.

Les différents volets de l'aide médicale d'État

L'aide médicale d'État (AME) comprend cinq volets :

1. L'AME de droit commun est consacrée à la protection de la santé des personnes étrangères vivant en France depuis au moins trois mois consécutifs en situation irrégulière et, de ce fait, non éligibles à la couverture maladie universelle. Ces personnes ne doivent pas disposer de ressources dépassant un certain plafond annuel (9 041 euros pour une personne seule en métropole). Elle permet un accès de ce public à des soins préventifs et curatifs et doit permettre de juguler le risque d'extension d'affections contagieuses non soignées au sein de la population. Gérée par l'assurance maladie, **elle représente 1,008 milliards d'euros dans le présent projet de loi de finances**, soit 93,4 % des crédits de l'action n° 2. Dans le projet de loi de finances pour 2022, pour la première fois l'AME de droit commun dépasse le milliard d'euros ;

2. L'AME pour soins urgents concerne les étrangers en situation irrégulière, sans condition de résidence, dès lors que leur pronostic vital est engagé ou qu'ils sont victimes d'une altération grave et durable de leur état de santé. Les soins sont réglés par l'assurance maladie, qui bénéficie d'une subvention forfaitaire versée par l'État. Alors que cette dotation était les années précédente de 40 millions d'euros, **elle a été relevée à 70 millions en 2022**. Cette dotation était en effet constamment inférieure aux sommes effectivement versées, conduisant à la création d'une dette de l'État à l'égard de l'assurance-maladie ;

Les trois formes suivantes d'AME représentent peu de crédits (entre 1 et 2 millions d'euros selon les années) :

3. 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 ;

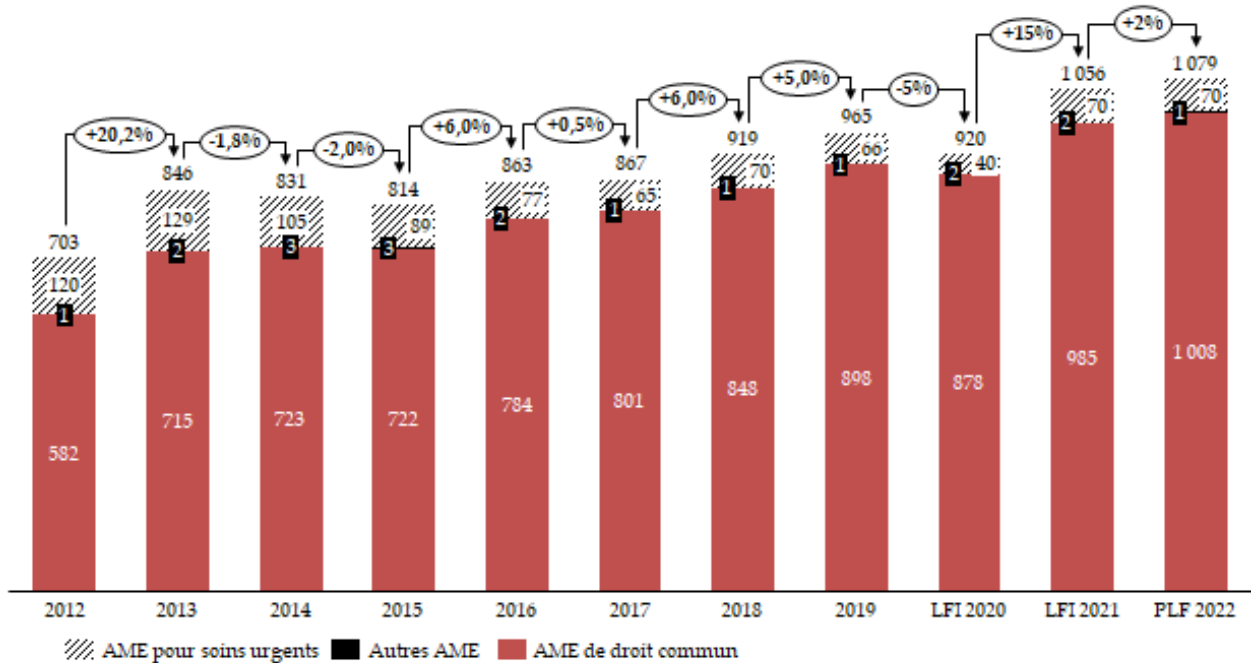
4. les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers les hôpitaux de la Réunion voire ceux de la métropole. Elles sont financées via une délégation de crédits aux délégations départementales de la cohésion sociale concernées ;

5. 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.

Source : commission des finances du Sénat

Évolution comparée des dépenses d'AME entre 2012 et 2022

(en millions d'euros)



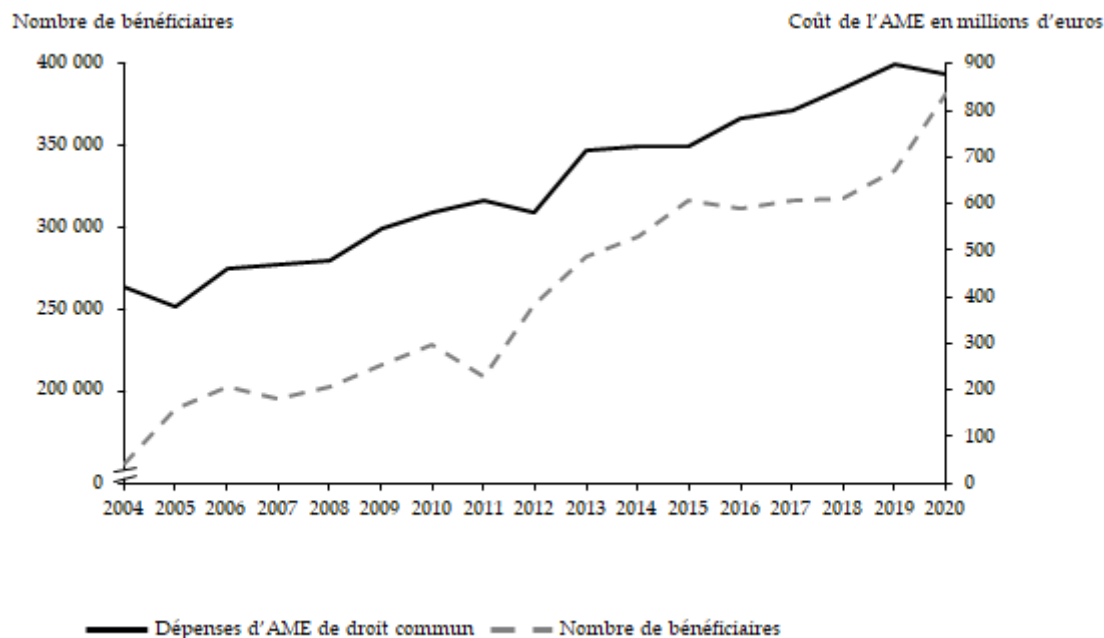
Source : commission des finances du Sénat, à partir des données des rapports annuels de performances successifs.

1. Une augmentation continue des dépenses

Les sommes consacrées à l'aide médicale d'État connaissent une augmentation quasi-continue depuis 2012, et l'année 2022 ne fait pas exception.

De 2012 à 2020, la progression des dépenses de l'AME est corrélée à celle du nombre de bénéficiaires. L'AME de droit commun progresse ainsi de 49,8 % sur la période, ce qui doit être mis en parallèle d'une majoration du nombre de bénéficiaires de 51,7 %.

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

L'année 2020, qui voit les dépenses d'AME de droit commun diminuer en même temps que le nombre de bénéficiaires augmenter, n'est pas représentative d'une tendance de long terme. Deux raisons l'explique :

- la crise sanitaire a conduit à une diminution du recours aux soins. Il est ainsi indiqué dans les documents budgétaires que « le nombre de consommateurs¹ a diminué de 16 % au deuxième trimestre 2020 par rapport à la même période en 2019 » ;

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

Les sommes inscrites en loi de finances initiale pour 2021 (1,057 milliard d'euros) et dans le projet de loi de finances pour 2022 (1,079 milliard d'euros) sont davantage représentatives des effets de la forte augmentation du nombre de bénéficiaires des dernières années sur les dépenses de la mission.

¹ Les « consommateurs » désignent le nombre de bénéficiaires qui ont bénéficié au moins d'un remboursement au cours d'un trimestre donné.

2. La réforme de 2020 n'est pas parvenue à limiter la progression des dépenses

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 du projet de loi de finances pour 2020

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 bénéficiaire 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. Le délai été fixé à 9 mois maximum. Les opérations visant les prothèses de la hanche, de genou, la chirurgie de la cataracte ou encore certaines prestations de transport sont notamment concernés. Une dérogation est envisageable si le délai peut avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de la personne.

- **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. En outre, la mise en œuvre de la réforme a été décalée d'un an.

En effet, la loi prévoyait qu'un décret soit pris pour préciser les conditions de dérogation à l'obligation de présence lors de la première demande. Or celui-ci n'a été édicté que le 30 octobre 2020.

Il n'est pas étonnant dans ces conditions que l'objectif de réduction des dépenses pour 2020 n'ait pas été atteint. L'exécution 2020 se traduit ainsi par un écart de plus de 9 millions d'euros avec les crédits votés en loi de finances initiale : 928,4 millions d'euros ont ainsi été fléchés vers l'AME en 2020 contre 919,3 millions d'euros initialement prévus.

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 2018¹. 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 apparaît pourtant clairement non-financée.

La réforme annoncée de l'AME à la fin de 2019 en vue de maîtriser son coût, n'a donc pas empêché, en loi de finances initiale pour 2021 et en projet de loi de finances pour 2022, une majoration conséquente des crédits qui lui sont dédiées.

3. La nécessité de nouvelles mesures structurelles

Au regard des effets limités de la réforme de l'accès à l'AME, le Gouvernement table sur un renforcement des contrôles pour juguler la hausse tendancielle des prestations.

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 : en 2020, le taux de dossiers contrôlés ne s'est élevé qu'à 13 %².

¹ Rapport annuel d'activité 2019 de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides.

² Réponse au questionnaire budgétaire.

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 mesures structurelles. 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 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. Il est impératif notamment de voir dans quelle mesure l'AME peut créer un appel d'air pour l'immigration illégale. Au plan budgétaire, il y a ainsi lieu de s'interroger sur le maintien de l'AME au sein de la mission « Santé », pour la transférer à la mission « Immigration, asile et intégration ».

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de crédit, qui vise à **abonder de 50 000 euros supplémentaires** le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soin » pour développer la recherche sur le cancer de la prostate. Il s'agit de la seule modification apportée par l'Assemblée nationale.

Si le rapporteur spécial partage l'objectif d'améliorer la recherche sur ce cancer, qui est un véritable enjeu de santé publique, **la somme prévue est très faible.**

En outre, cet amendement de crédits ne change pas les problèmes d'organisation structurels de la mission.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 2 novembre 2021, sous la présidence de M. Dominique de Legge, vice-président, la commission a examiné le rapport de M. Christian Klinger, rapporteur spécial, sur la mission « Santé ».

M. Christian Klinger, rapporteur spécial de la mission « Santé ». – En 2022, les crédits de la mission « Santé » diminuent de 1,6 %, passant de 1,32 milliard à 1,299 milliard d’euros.

Cette mission est composée de deux programmes : le programme 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 la quasi-intégralité des crédits est désormais consacrée à l’aide médicale de l’État (AME).

Ces deux programmes sont toutefois déséquilibrés : le programme 204, *via* des mesures de périmètre, a peu à peu perdu l’essentiel de ses dispositifs. Il ne représente aujourd’hui plus que 212,9 millions d’euros, soit 16,3 % des crédits de la mission « Santé ». Les dépenses d’intervention du programme 183 ont en revanche fortement augmenté. La mission est ainsi aujourd’hui concentrée sur le financement de l’AME : 82,6 % des crédits demandés en 2022, soit 1,087 milliard d’euros, lui sont dédiés.

La mission a également perdu la majorité de ses opérateurs, dont Santé publique France en 2020. Il n’en reste aujourd’hui que deux : l’Institut national du cancer (INCa) ainsi que l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (Anses). Par ailleurs, plus de 50 % du budget de l’INCa est financé *via* la mission « Recherche ». Les dépenses de personnel de l’Anses sont, quant à elles, prises en charge par la mission « Agriculture ».

Je vais à présent détailler les évolutions pour chacun des deux programmes, en commençant par le programme 185 relatif à la protection maladie.

Comme je l’ai déjà souligné, 99,3 % des crédits du programme sont consacrés à l’AME. Les crédits demandés pour celle-ci sont en augmentation de 2,1 % par rapport à l’année dernière, et s’élèvent à 1,087 milliard d’euros. Il faut relever que l’aide médicale de droit commun - c’est-à-dire l’aide médicale hors soins urgents et hors humanitaire - dépasse pour la première fois la barre du milliard d’euros.

Je vous rappelle qu’une réforme adoptée en loi de finances pour 2020 sur l’initiative du Gouvernement devait en limiter le coût. Il a notamment été instauré une obligation de résidence, hors visa, de trois mois,

ainsi qu'une obligation de présence physique lors de la demande de l'ouverture des droits à l'AME. Notre commission avait jugé à l'époque cette réforme insuffisante.

Dans le projet de loi de finances pour 2021, nous avons déjà pu constater une forte majoration des crédits destinés à l'AME : ils progressaient de 15,4 % par rapport à 2020. Face à ce constat, il nous a été répondu que la crise sanitaire avait bouleversé l'application de la réforme. Il est vrai que des décrets d'application n'avaient pas encore été pris, et que le statut de bénéficiaire avait fait l'objet de plusieurs extensions.

Toutefois, nous pouvons constater dans ce budget une nouvelle majoration des crédits de l'AME, alors que nous pouvons espérer que la crise sanitaire est en grande partie derrière nous. On ne peut qu'en déduire l'insuffisance de la réforme de 2020.

Plus que jamais, le dynamisme des dépenses de l'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.

S'agissant du programme 204, la crise nous a rappelé l'importance des termes qui composent l'intitulé de ce programme : « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins. » Ils représentent tous des aspects majeurs d'une politique publique de santé, mais l'ironie est que ce programme y joue malheureusement une part très faible. En effet, près de la moitié de ses crédits sont tournés vers le financement de deux sous-actions : l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et le fonds d'indemnisation des victimes de la Dépakine.

À ce titre, l'augmentation des crédits accordés à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna répond aux critiques répétées du Sénat concernant sa sous-budgétisation antérieure à 2020. Elle ne saurait cependant se substituer à la mise en œuvre de réformes structurelles, qui restent à ce jour incomplètes. Quant au fonds d'indemnisation pour les victimes de la Dépakine, les crédits accordés sont conformes aux prévisions.

Toujours est-il que ces deux sous-actions concentrent près de la moitié des crédits du programme, alors qu'elles ne représentent pas des aspects majeurs d'une politique de santé et qu'il y a même plusieurs arguments pour les déplacer dans une autre mission. Il s'agit en outre de dépenses qui sont, par nature, peu pilotables. En somme, la mission « Santé » semble se réduire à un vecteur budgétaire de l'AME. Cela interroge sur l'intitulé même de la mission : que penser d'une mission « Santé » dès lors que l'essentiel de la politique de santé publique se déroule en réalité en dehors d'elle ?

De manière plus inquiétante, cet état de fait pose la question du contrôle parlementaire sur les crédits accordés aux politiques publiques de santé.

La Cour des comptes a recommandé à plusieurs reprises de distinguer clairement entre les dépenses dont les financements relèvent d'une logique contributive, comme sont censées l'être celles de l'assurance maladie, et les dépenses qui relèvent du budget de l'État, ce qu'est supposée représenter la mission « Santé ». Or c'est tout l'inverse qui se produit. La mission « Santé » est réduite à peau de chagrin, et de nombreux dispositifs financés directement par le budget de l'État sont intégrés à l'assurance maladie.

À ce titre, la question récurrente de l'opportunité du maintien ou non de la mission « Santé » est devenue quasiment sans objet : la mission est déjà devenue, si on fait abstraction de l'AME, une coquille vide.

Compte tenu des éléments que je viens d'évoquer, je considère que les crédits de la mission ne peuvent faire l'objet d'une adoption. Au regard de l'absence d'évolution depuis l'année dernière, je vous propose donc de les rejeter.

M. Jean-François Husson, rapporteur général. – Je remercie le rapporteur, qui ne fait que confirmer nos observations de l'année dernière sur le côté « famélique » de cette mission.

S'agissant de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, quelles propositions de réforme ont été envisagées ? Quels sont les obstacles à leur mise en œuvre ?

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – Un projet stratégique quinquennal a été établi en 2016 : quinze mesures avaient été proposées pour parvenir à une maîtrise des coûts. Elles étaient de natures diverses : 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, renforcement du développement de la télémédecine. L'administration nous a transmis pour la première fois un bilan des mesures mises en place. La télémédecine est notamment en cours de déploiement dans le cadre du projet de convention avec le centre hospitalier universitaire de Rennes. On peut regretter que certaines mesures n'aient néanmoins pas été prises : il n'y a pas eu de recrutement d'épidémiologiste et de diététicien. Il s'agit pourtant d'enjeux de santé publique majeurs dans le Pacifique. La création de ces postes permettrait d'élaborer un véritable pôle de prévention et de santé publique au sein de l'agence.

Se pose aussi la question du maintien de cette sous-action dans la mission « Santé » et de l'opportunité de son transfert à la mission « Outre-mer ». Une grande part des dépenses de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna provient de l'évacuation des patients en Nouvelle-Calédonie.

M. Roger Karoutchi. – Je me demande pourquoi la mission « Santé » existe toujours, alors qu'elle ne comprend plus que l'AME. On devrait l'appeler mission « AME », ce serait plus simple ! La réduction du périmètre de cette mission est désolante.

S'agissant de l'AME, j'ai fait voter par le Sénat des mesures pour en faire une aide médicale d'urgence. Le projet de loi de finances pour 2022 est illusoire : les mouvements migratoires ont été ralentis en 2020-2021, mais ils ont repris depuis juillet dernier : le chiffre de 1,087 milliard d'euros est irréaliste. N'importe quel spécialiste sait qu'il faudrait au moins 1,2 milliard d'euros. Le Gouvernement avait fait une réforme *a minima* il y a deux ans qu'il n'applique pas. La situation est explosive. Pourquoi le Gouvernement n'accepte-t-il pas de se mettre autour de la table pour imaginer une réforme qui soit humaine et qui permette de maîtriser la dépense publique ? Quand j'évoquais il y a quelques années le moment où on en arriverait au milliard d'euros, Mme Touraine m'avait répondu que j'extrapolais pour faire de la démagogie...

M. Sébastien Meurant. - L'aide médicale « de l'État » sert à des personnes qui ne devraient pas être sur le territoire. À l'heure où nous n'avons pas d'argent pour les hôpitaux, cela devrait nous interroger. Et je ne parle même pas des territoires qui sont encore plus à part dans le fonctionnement de la République française : Mayotte et la Guyane. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur la situation dans ces deux territoires ?

On constate une augmentation des flux de migrants par les Pyrénées-Orientales, qui conduira à une hausse des dépenses de l'AME.

Mme Isabelle Briquet. - Je partage le manque d'enthousiasme du rapporteur. Le Gouvernement n'a pas de stratégie globale et n'attribue pas les crédits nécessaires aux deux programmes. Le budget consacré à la prévention et l'offre de soins baisse entre 2021 et 2022, ce qui confirme la tendance à l'appauvrissement de cette mission.

Le Gouvernement continue de transférer des dépenses relevant de l'État, et donc de l'impôt, de cette mission à l'assurance maladie, parfois sans compensation. Je pense, par exemple, aux crédits dédiés à la modernisation de l'offre de soins, aux projets régionaux de santé, à la prévention...

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. - S'agissant de l'AME, rien de neuf sous le soleil ! Il est difficile de réduire le panier de soins ; et mettre en place l'aide médicale d'urgence est un signe politique que le Gouvernement doit envoyer, ce qu'il ne fait pas. Les dépenses de l'AME vont continuer de croître.

La question doit être posée : doit-on la rattacher à la mission « Immigration » ? Car les deux sont évidemment liés, et maîtriser l'immigration contribuera forcément à réduire le budget de l'AME. Une augmentation de 30 % du nombre d'étrangers en France a un impact de 50 % sur le budget de l'AME : l'augmentation est exponentielle.

Il faut donc mener une réforme de fond en comble de cette politique. Il est vrai que le sujet est délicat. Lorsqu'un médecin reçoit un blessé dans un hôpital, il fait son métier : il soigne ! Il ne va pas demander à cette personne

si elle est en France depuis plus de trois mois, d'autant qu'il n'existe aujourd'hui aucun critère restrictif.

Nous avons bien entendu organisé des auditions sur ce sujet et nous avons regardé comment s'organisent les autres pays européens. Or certains ont réduit le panier de soins. C'est donc possible, mais tout cela dépend de la volonté politique.

En ce qui concerne le changement de périmètre de la mission, ce mouvement a commencé en 2015, avec un transfert de 134 millions d'euros de dépenses liées aux formations médicales. Depuis lors, d'autres transferts ont été organisés vers l'assurance maladie. Ainsi, la loi de finances pour 2020 a procédé au transfert à l'assurance maladie des dépenses de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour 156 millions d'euros et de celles de l'Agence nationale de santé publique pour 112 millions d'euros.

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

*

* *

Réunie à nouveau le jeudi 18 novembre 2021, 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.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Direction générale de la santé

- M. Thomas FILLEUR, chef de la division agences de santé, partenariat et concertation.

Direction de la sécurité sociale

- M. Franck VON LENNEP, directeur ;

- M. Harry PARTOUCHE, sous-directeur des études et des prévisions financières.

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjlf2022.html>