

N° 111

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 novembre 2017

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2018, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME VI

SANTÉ

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Elisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, *vice-présidents* ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, *secrétaires* ; M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouveau, MM. Jean-Marie Mizzon, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe, M. Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 235, 264 *rect.*, 266 *rect.*, 273 à 278, 345 et T.A. 33

Sénat : 107, 108 à 110 et 112 à 114 (2017-2018)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. LE PROGRAMME 204 : UNE HAUSSE DES CRÉDITS LIÉE AU DISPOSITIF D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE	9
A. DE NOUVELLES DÉPENSES TRANSFÉRÉES À L'ASSURANCE MALADIE	10
B. UNE HAUSSE DES CRÉDITS LIÉE À LA MONTÉE EN CHARGE DU DISPOSITIF D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE	10
C. DE NOUVEAUX OBJECTIFS D'ÉCONOMIES EXIGEANTS IMPOSÉS AUX OPÉRATEURS SANITAIRES	12
1. <i>L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), un opérateur à conforter</i>	14
2. <i>L'agence nationale de santé publique : des moyens contraints pour mettre en œuvre la politique de prévention</i>	15
II. LE PROGRAMME 183 : DES ÉVOLUTIONS POSITIVES POUR LE DISPOSITIF DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT	17
A. UN EFFORT DE SINCÉRITÉ SUR LES CRÉDITS D'AME POUR 2018	17
1. <i>Un dispositif qui répond à un double objectif humanitaire et de santé publique</i>	17
2. <i>Des prévisions budgétaires passées peu fiables</i>	18
3. <i>Un effort de sincérité dans les prévisions pour 2018</i>	20
B. UNE POURSUITE DU DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	21
EXAMEN EN COMMISSION	23
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR POUR AVIS	29

Les observations de la commission des affaires sociales

Réunie le **mardi 21 novembre 2017**, sous la présidence de **M. Alain Milon, président**, la commission a examiné le **rapport pour avis de Mme Corinne Imbert**, sur les crédits de la **mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2018**.

La commission relève que le projet de loi de finances pour 2018 fixe les crédits de la mission à 1,418 milliard d'euros, en hausse de 12 % à périmètre courant par rapport aux crédits initialement ouverts pour 2017. Cette évolution résulte d'une hausse de 10 % des crédits du programme 204 «*prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* » et d'une augmentation de plus de 13 % des crédits du programme 183 «*protection maladie* ».

S'agissant du programme 204, la commission s'est inquiétée de la poursuite des transferts de dépenses de l'État vers la sécurité sociale : le projet de loi de finances pour 2018 met le financement de l'agence de biomédecine (ABM) et de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) à la charge de l'assurance maladie pour un total de 23 millions d'euros. Votre commission estime que cette évolution ne doit conduire ni à un désengagement de l'État, ni à un contrôle plus difficile pour le Parlement et qu'elle pose, en tout état de cause, la question de la cohérence du programme 204, et plus largement de la mission « Santé », pour les années à venir.

Constatant que la hausse des crédits du programme 204 est essentiellement liée au dispositif spécifique d'indemnisation des victimes de la Dépakine, votre commission a estimé que les fortes incertitudes, à ce stade, sur la montée en charge de ce mécanisme nécessiteraient un suivi attentif au cours de l'année prochaine.

La commission a par ailleurs pris acte des objectifs d'économies exigeants assignés aux opérateurs sanitaires de l'État. Elle a relevé la situation particulièrement sensible de l'agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) et formulé de vives préoccupations sur la capacité de l'agence nationale de santé publique (ANSP) à assurer sa mission de prévention et de promotion de la santé compte tenu des moyens limités dont elle dispose à cette fin.

S'agissant du programme 183, la commission a reconnu l'effort de sincérité du Gouvernement quant aux prévisions de dépenses d'aide médicale d'État (AME) de droit commun ainsi que les efforts entrepris pour assurer une plus grande maîtrise du dispositif.

En revanche, la commission réitère ses regrets au sujet de la faible participation de l'État au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

Sous ces réserves, la commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2018.

Mesdames, Messieurs,

Pour 2018, le projet de loi de finances fixe les crédits de la mission « Santé » à **1,418 milliard d'euros, en hausse de 10 %** à périmètre constant par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2017. A l'inverse des exercices précédents, cette hausse concerne les crédits des deux programmes de la mission et non plus seulement ceux du programme 183. En effet :

- les crédits du **programme 204**, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, **augmentent de 10 %**, après une baisse de 6 % en 2017 par rapport à 2016. Ce programme, qui représente 35 % des crédits de la mission, retrace en particulier les subventions pour charges de service public versées à des opérateurs sanitaires de l'État ;

- les crédits du **programme 183**, « *protection maladie* », affichent quant à eux une **hausse de près de 13 % en 2017, après 8,3 %** en 2016. Ce programme représente 65 % du budget de la mission et se compose en quasi-totalité des crédits dédiés au financement de l'aide médicale d'État (AME).

Évolution des crédits des programmes 204 et 183 entre 2017 et 2018

(en euros en AE et en CP)

	LFI 2017	PLF 2018	Évolution à périmètre courant
Programme 204	442 719 625*	486 142 584*	+ 9,8 %
Programme 183	823 213 193	931 703 824	+ 13,2 %
Total mission	1 265 932 818*	1 417 846 408*	+ 12,0 %

*en crédits de paiement

Source : *Projet annuel de performances pour 2018, page 11*

Votre rapporteur tient à rappeler que la mission « Santé » ne regroupe qu'une partie très limitée des dépenses publiques en matière sanitaire, l'essentiel des dépenses engagées dans ce domaine relevant des lois de financement de la sécurité sociale. Pour mémoire, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès s'élève à près de 212 milliards d'euros pour 2018¹.

En outre, la mission ne comporte pas de dépenses de personnels, lesquelles relèvent du programme 124, « *Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative* » de la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* ». Enfin, la mission ne concerne plus que quelques opérateurs du champ sanitaire dont la tutelle est assurée en tout ou partie par le ministère des affaires sociales et de la santé.

Les crédits de la mission « Santé » n'en revêtent pour autant pas une moindre importance. Leur évolution détermine en grande partie les conditions de fonctionnement des agences sanitaires et ils soulèvent des enjeux de sécurité sanitaire, qu'il s'agisse du financement d'opérateurs comme l'agence nationale du médicament ou d'un dispositif comme l'AME qui remplit un double objectif humanitaire et de protection de nos concitoyens.

¹ Article 53 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

I. LE PROGRAMME 204 : UNE HAUSSE DES CRÉDITS LIÉE AU DISPOSITIF D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

Trois objectifs généraux sont assignés par le Gouvernement au programme « *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* », qui relève de la responsabilité de la direction générale de la santé :

- piloter le réseau des agences sanitaires ;
- développer les stratégies de santé publique et réduire la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves ;
- moderniser l'offre de soins et garantir sa qualité.

La mise en œuvre de ces orientations se décline en sept actions dont l'évolution des crédits est présentée à périmètre courant dans le tableau ci-dessous.

Évolution des crédits des actions du programme 204 entre 2017 et 2018 à périmètre courant

(en euros en AE et en CP)

Intitulé de l'action	LFI 2017	PLF 2018	Variation
11 Pilotage de la politique de santé publique	196 394 306	251 786 677	+ 28,2 %
12 Santé des populations	1 817 015	945 000	- 48,0%
13 Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	<i>action supprimée</i>		
14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	56 640 048	52 723 547	- 6,9 %
15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	19 466 889	18 308 000	- 6,0%
16 Veille et sécurité sanitaire	1 365 674	1 142 401	- 16,3%
17 Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	130 373 889	121 743 155	- 6,6%
18 Projets régionaux de santé	<i>action supprimée</i>		
19 Modernisation de l'offre de soins	36 626 804*	39 493 804	+ 7,8%
TOTAL	442 719 625*	486 142 584*	+ 9,8%

*en crédits de paiement

Source : *Projet annuel de performances pour 2018, page 11*

L'importance des variations observées pour certaines actions, en particulier les deux premières, s'explique à la fois par des changements de périmètre du programme 204 et par la montée en charge du dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine adopté à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (cf. *infra*).

A. DE NOUVELLES DÉPENSES TRANSFÉRÉES À L'ASSURANCE MALADIE

Depuis plusieurs exercices, le périmètre du programme 204 souffre d'une certaine instabilité qui constitue un motif d'inquiétude pour votre commission des affaires sociales. Les lois de finances successives ont en effet multiplié les transferts de dépenses de l'État à la sécurité sociale, sans logique d'ensemble qui puisse apparaître pleinement convaincante.

La loi de finances pour 2015 a ainsi transféré 134 millions d'euros de dépenses de l'État vers l'assurance maladie pour le financement de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), du centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNG) et en matière de formation médicale initiale.

A son article 48, la loi de finances pour 2017 a ensuite transféré à l'assurance maladie la part du financement du fonds d'intervention régional (FIR) jusque-là assuré par l'État, pour un montant de 116 millions d'euros¹.

Ce mouvement se poursuit cette année puisque **l'article 26 du projet de loi de finances pour 2018 prévoit le transfert à l'assurance maladie du financement de deux autres opérateurs** qui disparaissent ainsi du programme 204 : il s'agit de **l'agence de biomédecine (ABM)** et de **l'école des hautes études en santé publique (EHESP)**, pour un total de 23 millions d'euros et 538 équivalents temps plein (ETPT).

Le Gouvernement présente cette évolution comme poursuivant un objectif de simplification des circuits de financement, l'idée étant notamment de privilégier, autant que possible, le principe du financeur unique. Votre rapporteur considère que l'objectif d'une lisibilité accrue avancé par le Gouvernement peut s'entendre. **La poursuite de cet objectif ne doit cependant conduire ni à un désengagement de l'État, ni à un contrôle plus difficile pour le Parlement et pose, en tout état de cause, la question de la cohérence du programme 204, et plus largement de la mission « Santé », pour les années à venir.**

B. UNE HAUSSE DES CRÉDITS LIÉE À LA MONTÉE EN CHARGE DU DISPOSITIF D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

De fait, la progression des crédits du programme 204 s'explique essentiellement par la montée en charge du dispositif spécifique permettant l'indemnisation des dommages imputables à la « Dépakine ».

Ouvert depuis le 1^{er} juin dernier, il permet, en l'absence de responsabilité établie, une indemnisation par la solidarité nationale sous la responsabilité de l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (Oniam).

¹ La loi de finances pour 2017 a supprimé l'action 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins », dont les crédits ont été répartis entre les actions 12, 14, 16 et 17, ainsi que l'action 18 relative aux projets régionaux de santé.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine

L'article 156 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 a introduit un dispositif *ad hoc* d'indemnisation des victimes de dommages imputables au valproate de sodium et à ses dérivés (Dépakine).

En application de ce dispositif, toute personne s'estimant victime d'un préjudice à raison d'une malformation ou de troubles du développement imputables à la prescription, avant le 31 décembre 2015, de cette substance pendant une grossesse peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) en vue d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité de ces dommages à cette prescription. Cette possibilité est également ouverte, le cas échéant, au représentant légal ou aux ayants droit de la victime.

Au sein de l'Oniam, un comité d'expert a pour mission de statuer sur l'imputabilité du dommage et transmet la demande, s'il l'estime justifié, à un comité d'indemnisation chargé de se prononcer sur la responsabilité des professionnels, des établissements de santé ou de l'État au titre de ses pouvoirs de sécurité sanitaire.

L'Oniam se substitue aux personnes reconnues responsables du dommage si elles omettent de proposer une offre d'indemnisation ou prévoient une indemnisation insuffisante du préjudice subi. Il en va de même dans le cas où la responsabilité de l'État est établie. Si aucune responsabilité n'a pu être définie, l'Oniam est chargé d'assurer l'indemnisation au titre la solidarité nationale.

Pour assurer le financement de ce dispositif, **77,7 millions d'euros** sont prévus pour 2018, après 10 millions en 2017. Ces crédits sont inscrits sur l'action n° 11 : « *Pilotage de la politique de santé publique* ».

Selon les informations communiquées à votre rapporteur par le ministère des solidarités et de la santé, **environ 14 000 personnes pourraient potentiellement demander le bénéfice de ce dispositif mais les prévisions de recours sont pour l'heure très incertaines**. Il semble que pour l'année 2017 le nombre de bénéficiaires du dispositif soit finalement plus faible que prévu et que les crédits provisionnés cette année pourraient ne pas être consommés dans leur intégralité. La détermination du montant des crédits prévus pour 2018 se fonde sur des prévisions de montée en charge tenant compte, pour la première année pleine, des coûts de fonctionnement pour l'Oniam, des frais d'expertise et des montants d'indemnisation.

Compte tenu de cette faible visibilité, votre rapporteur estime qu'il faudra réinterroger les autorités concernées dans le courant de l'année prochaine pour apprécier l'usage qui sera fait du mécanisme *ad hoc* mis en place par le législateur et, le cas échéant, analyser les causes qui pourraient expliquer un recours d'une ampleur moindre que prévue.

**C. DE NOUVEAUX OBJECTIFS D'ÉCONOMIES EXIGEANTS IMPOSÉS
AUX OPÉRATEURS SANITAIRES**

À compter de 2018, le programme 204 ne financera, à titre principal ou complémentaire, plus que **quatre opérateurs sanitaires** de l'État, contre huit en 2016. Ce changement de périmètre résulte :

- d'une part, de la création en 2016 de l'agence nationale de santé publique (ANSP), issue du regroupement de trois opérateurs (l'Institut de veille sanitaire, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires). Les trois dotations qui leur étaient versées sont désormais fusionnées en une subvention unique destinée à la nouvelle agence ;

- d'autre part, ainsi que cela a été mentionné précédemment, du transfert à l'assurance maladie, par le présent projet de loi, du financement de l'ABM et de l'EHESP.

Depuis plusieurs années, votre commission prend acte des efforts d'économies demandés aux agences sanitaires relevant du programme 204 afin de contenir la dépense publique. Comme les années précédentes, les objectifs d'économies qui leur sont assignés par le projet de loi de finances pour 2018 s'avèrent particulièrement exigeants. Ils se traduisent par :

- **une réduction de 2,5 % du plafond d'emplois des opérateurs, soit la suppression de 57 ETPT**, y compris pour l'ABM (- 4,5 ETPT) et l'EHESP (- 13,5 ETPT). Compte tenu du transfert du financement de ces deux opérateurs à l'assurance maladie, le plafond d'emplois global des opérateurs de la mission s'élève désormais à 1 658 ETPT pour 2018, contre 2 253 en 2017 ;

- une économie de la masse salariale liée à cette diminution évaluée à 3,6 millions d'euros à périmètre constant ;

- une diminution de 5 % des crédits de fonctionnement, soit une économie de 6,5 millions d'euros (ABM et EHESP compris).

Dans ce contexte, les subventions pour charges de service public des opérateurs sanitaires diminuent de 6 % à périmètre courant par rapport à 2017 et sont ramenées à un total de 326 millions d'euros. Cela résulte d'une évolution contrastée selon les opérateurs : si l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) voient leurs subventions diminuer légèrement, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ainsi que l'Agence nationale de santé publique (ANSP) enregistrent une augmentation de la dotation de l'État.

Évolution des subventions pour charges de service public versées aux opérateurs du programme 204

(en millions d'euros)

Opérateur	LFI 2017	PLF 2018	Variation 2018/2017
Agence de la biomédecine (ABM)	13,9		
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	112,7	118,1	+5%
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	14,3	14,16	-1%
École des hautes études en santé publique (EHESP)	9,2		
Institut national du cancer (INCa)	44,5	42,4	-5%
Agence nationale de santé publique (ANSP)	150,5	151,3	+1%
Total	345,0	326,0	-6%

Évolution du nombre d'emplois des opérateurs relevant du programme 204

Opérateur	LFI 2017		PLF 2018		Variation 2018/2017
	sous plafond	hors plafond	sous plafond	hors plafond	
Agence de la biomédecine (ABM)	243	16			
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	955	19	935	19	- 2,0 %
École des hautes études en santé publique (EHESP)	313	32			
Institut national du cancer (INCa)	145	12	141	12	- 2,8 %
Agence nationale de santé publique (ANSP)	597	14	582	19	- 2,5%
Total sous plafond	2 253		1 658		- 26,4 %
Total hors plafond	93		50		

Source : Projets annuels de performances pour 2017 et 2018

Des efforts supplémentaires de mutualisation pourraient en outre être demandés aux agences : après la mise en place d'un système d'information financier et comptable commun à l'ANSP, l'INCa et l'ANSM, le Gouvernement indique vouloir approfondir l'étude de la faisabilité d'une stratégie immobilière commune et la possibilité de regrouper sur un site unique un pôle d'agences en matière de produits et de pratiques. Les crédits inscrits sur la mission « Santé » prennent en compte les études complémentaires requises à cette fin, pour un montant de 20 000 euros.

Dans ce contexte, les agences interviennent dans un cadre à la fois fortement contraint et évolutif, nécessitant une bonne capacité d'adaptation. Votre commission a toujours été favorable à la simplification du paysage sanitaire et jugé légitime que les agences participent d'une gestion rigoureuse des finances publiques. Elle a cependant souhaité rester vigilante quant à l'adéquation entre les moyens alloués aux agences et l'évolution de leurs missions, tout particulièrement s'agissant de l'ANSM et de Santé publique France.

1. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), un opérateur à conforter

Instituée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé, l'ANSM s'est substituée le 1^{er} mai 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afssaps) à la suite de la crise du « Médiator ». Sa mission est d'assurer la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie et de garantir à tous les patients un accès équitable à l'innovation. Elle dispose pour ce faire d'un pouvoir de police sanitaire et prend chaque année plus de 80 000 décisions. Comme l'ont montré les diverses difficultés auxquelles elle a dû faire face dans la période récente (essai clinique « Biotrial », dossier du « Levothyrox »), il s'agit d'un opérateur très exposé, confronté à des enjeux de sécurité et de réputation élevés, en particulier à l'échelle européenne, indépendamment du plein engagement des personnels de l'agence et de leurs cadres dirigeants.

Depuis 2012, les ressources de l'agence sont principalement constituées d'une subvention de l'État, qui représente à elle seule 36 % du montant total des subventions allouées sur la mission « Santé ». Ses autres ressources sont constituées de produits provenant de l'agence européenne du médicament (EMA), de l'OMS, du Conseil de l'Europe ainsi que de conventions d'études et de recherche. Le mode de financement qui prévalait antérieurement, reposant sur des taxes affectées, a été supprimé afin de renforcer l'indépendance de l'opérateur par rapport à l'industrie pharmaceutique.

Outre les réorganisations internes entreprises pour répondre aux différentes situations de crise et au-delà de sa compétence principale, centrée sur l'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM), l'agence doit être en mesure d'assumer les nouvelles obligations dont l'a investie la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :

- la certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et d'aide à la dispensation (LAD) avant leur mise sur le marché ;
- l'évaluation de la méthodologie des essais portant sur les produits de santé dont la liste est établie par le code de la santé publique (essais interventionnels susceptibles de comporter des risques pour les patients) ;
- l'approfondissement de la lutte contre les ruptures d'approvisionnement des médicaments.

L'ANSM doit en outre mettre en œuvre depuis 2017 les nouveaux règlements européens relatifs aux dispositifs médicaux et aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, règlements dont l'application deviendra entièrement obligatoire dans trois ans pour le premier et cinq ans pour le second.

A la suite du prochain transfert de l'Agence européenne du médicament (EMA) en dehors du Royaume-Uni, l'ANSM doit par ailleurs être en mesure de récupérer l'instruction de nouveaux dossiers d'AMM. Selon les informations communiquées par le Gouvernement, la Grande-Bretagne est en effet le plus grand contributeur aux travaux de l'EMA, avec environ 20 % du total des dossiers. Cette situation ouvre également une opportunité financière puisque les activités européennes réalisées par l'ANSM constituent sa première source de financement après la subvention de l'État.

D'un point de vue financier, l'ANSM a entrepris de nombreux efforts visant à optimiser l'utilisation de ses ressources et à définir une stratégie immobilière pluriannuelle. Le fonds de roulement de l'agence s'est cependant trouvé dès la fin de l'année 2016 à la limite de son niveau prudentiel en raison de la succession de soldes déficitaires. Il s'est encore réduit de 35 % entre 2017 et 2016.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, votre rapporteur considère plus que légitime que les crédits alloués à l'ANSM pour 2018 soient en augmentation, avec une subvention de l'État de 118 millions d'euros contre 112 millions en 2017. L'effort portant sur le plafond d'emploi a quant à lui été légèrement minoré par rapport aux autres agences, mais il reste non négligeable, avec une suppression de 20 ETPT. Le Gouvernement indique avoir tenu compte de l'attribution de 3 ETPT au titre des activités européennes de l'agence. Votre rapporteur salue cette démarche mais elle estime qu'elle demeure insuffisante au regard des moyens nécessaires au rétablissement du bon positionnement de l'agence au niveau européen.

2. L'agence nationale de santé publique : des moyens contraints pour mettre en œuvre la politique de prévention

Officiellement créée le 1^{er} mai 2016 en application de l'ordonnance du 14 avril 2016¹, l'ANSP a entamé le 1^{er} janvier 2017 son premier plein exercice budgétaire. En 2016, les trois opérateurs qui allaient donner naissance à « Santé publique France » avaient été exonérés de la réduction d'emploi prévue par le Gouvernement.

¹ Ordonnance n° 2016-462 du 27 octobre 2016 portant création de l'agence nationale de santé publique.

Votre commission avait salué cette stabilité, qu'elle estimait nécessaire à fluidité de la mise en place du nouvel opérateur appelé à exercer une triple mission de veille, de prévention et de réponse aux alertes sanitaires.

Après une réduction de 20 ETPT en 2017, au titre de la réduction des effectifs de 10 % sur trois ans prévue par les lettres plafond de 2016 et 2017, le plafond d'emplois de l'ANSP est fixé à 582 ETPT en 2018, soit une diminution de 15 ETPT. **Votre rapporteure n'est pas opposée à cette rationalisation, qui renvoie aux gains attendus par la mutualisation, mais elle souhaite insister sur la nécessité de conserver à l'ANSP les moyens qui lui permettent de devenir véritablement l'opérateur de référence en matière de prévention.**

En effet, l'ANSP fait face à une mobilisation importante de ses ressources pour la gestion des crises sanitaires qui se sont multipliées au cours des mois passés. L'importance prise par les urgences et les alertes sanitaires ne doit pas remettre en cause sa capacité à s'investir pleinement et efficacement dans sa mission de prévention et de promotion de la santé, d'autant plus que depuis la suppression de la dotation de l'assurance maladie l'année dernière, elle dépend à hauteur de 90 % d'un financement de l'État et les crédits relatifs aux actions de prévention ne sont plus sanctuarisés, contrairement à ce qui avait été négocié dans le cadre de la préparation de l'ordonnance du 14 avril 2016 créant l'ANSP¹. **Votre rapporteure estime que cette évolution est en contradiction avec la volonté de mettre l'accent sur l'amélioration de la politique de prévention dans notre pays.**

Plus largement, cette situation renvoie aux conséquences de la régulation des dépenses de l'État, que l'on observe en particulier sur la mission « Santé » dont les crédits de prévention s'érodent chaque année. **Pour 2018, on note une baisse de 5 millions d'euros des crédits de prévention engagés par l'administration centrale.** Il en résulte un simple saupoudrage des dispositifs existants, l'essentiel des dépenses étant une fois de plus renvoyé à l'assurance maladie.

¹ Cette ordonnance prévoyait en effet le principe d'une participation de l'assurance maladie destinée aux missions de prévention de l'ANSP, solution qui permettait de mettre les crédits de prévention (à hauteur de 65 millions d'euros) à l'abri des régulations prévues sur le programme 204. Mais le projet de loi de finances pour 2017 a finalement supprimé définitivement cette dotation.

II. LE PROGRAMME 183 : DES ÉVOLUTIONS POSITIVES POUR LE DISPOSITIF DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

Placé sous la responsabilité de la direction de la sécurité sociale, le programme « *Protection maladie* » rassemble les crédits dédiés au financement de l'aide médicale d'État (AME) et à la contribution de l'État au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

Pour 2018, le projet de loi de finances fixe les crédits de ce programme à 931,7 millions d'euros contre 823,2 millions en 2017. Cette forte progression résulte intégralement des crédits destinés à l'AME de droit commun, qui représentent près de 99 % des crédits du programme, le montant de la dotation au Fiva étant depuis 2017 réduite de 40 % par rapport à son niveau de 2016.

Évolution des crédits des actions du programme 183 entre 2017 et 2018

(en millions d'euros)

	LFI 2017	PLF 2018	Évolution
Action 02 : Aide médicale d'Etat	815,2	923,7	+13,3 %
Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8,0	8,0	-
Total	823,2	931,7	+13,2 %

Source : *Projet annuel de performances pour 2018*

A. UN EFFORT DE SINCÉRITÉ SUR LES CRÉDITS D'AME POUR 2018

1. Un dispositif qui répond à un double objectif humanitaire et de santé publique

Prévu à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'AME vise à assurer une couverture du risque maladie aux personnes étrangères en situation irrégulière dans un double objectif humanitaire et de santé publique. Elle regroupe trois dispositifs distincts :

- **L'AME de droit commun**, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 parallèlement à la couverture maladie universelle (CMU), permet la prise en charge des soins des personnes résidant en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui fixé pour le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹. Elle est accordée pour la durée d'un an renouvelable. Financé par l'État, le dispositif est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) qui avance les frais avant leur prise en charge par l'État.

¹ 727 euros mensuels pour une personne seule au 1^{er} avril 2017 en métropole.

- **L'AME « soins urgents »** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des 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* ». Sont également considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité ainsi que les soins liés à la maternité et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les soins sont assurés par les hôpitaux et réglés aux établissements de santé par la Cnam à partir d'une subvention forfaitaire de l'État depuis plusieurs années.

- **L'AME « humanitaire »** est quant à elle accordée au cas par cas, sur décision individuelle du ministre compétent, à des personnes ne résidant pas sur le territoire français de façon habituelle (personnes françaises ou étrangères en situation régulière). Elle représente environ une centaine d'admissions pour soins hospitaliers.

L'action n° 02 du programme 183 regroupe par ailleurs des dispositifs connexes tels que les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion ou de la métropole et les frais pharmaceutiques et soins infirmiers des personnes gardées à vue.

2. Des prévisions budgétaires passées peu fiables

Au cours des dernières années, les dépenses liées à l'AME de droit commun se sont caractérisées à la fois par une forte dynamique et par une faible fiabilité des prévisions budgétaires.

Depuis 2012, les dépenses d'AME ont en effet progressé de 40 %. La hausse tendancielle des effectifs, qui a plus que doublé depuis la création du dispositif, demeure le déterminant essentiel de cette dépense : entre 2014 et 2015, cette hausse a atteint 7,5 %.

Depuis 2016, les effectifs de bénéficiaires semblent cependant connaître une inflexion : au 31 décembre 2016, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élevait à 311 310, contre 316 314 un an auparavant, dont 23 041 en outre-mer. Selon les informations communiquées à votre rapporteure par le ministère des solidarités et de la santé, **cette tendance se confirmerait en 2017**.

Au regard du contexte international et de la densification des flux migratoires, cette tendance apparaît contre intuitive ; les services ministériels auditionnés par votre rapporteur n'ont cependant pas pu apporter d'éléments d'explication probants à cette évolution.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME depuis 2003

Au 31/12	Nombre de bénéficiaires	Variation annuelle
2003	180 415	+ 17 %
2004	154 971	- 14 %
2005	189 284	+ 22 %
2006	202 396	+ 7 %
2007	194 615	- 4 %
2008	202 503	+ 4 %
2009	215 763	+ 6,5 %
2010	228 036	+ 5,7 %
2011	208 974	- 8 %
2012	252 437	+ 21 %
2013	282 425	+ 12 %
2014	294 298	+ 4 %
2015	316 314	+ 7,5 %
2016	311 310	- 1,6 %

Source : *Projet annuel de performances pour 2018, page 85*

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, les bénéficiaires de l'AME sont une population plutôt jeune : 20 % sont des mineurs et 38 % sont âgés de 18 à 35 ans. Les hommes représentent 56 % de l'effectif total.

En 2016, environ 65 % des dépenses d'AME de droit commun résultent de prestations hospitalières. S'agissant des prestations de ville, les honoraires des médecins généralistes et spécialistes représentent 25 % des dépenses et les dépenses de médicaments 43 %.

Depuis toujours, les dépenses exécutées au titre de l'AME restent relativement concentrées sur le territoire. Sur 106 caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) ou caisses générales de sécurité sociale, 10 concentrent 64 % de la dépense. La Cpam de Paris représente 22 % de la dépense totale d'AME, les caisses franciliennes 52 % et celle de Cayenne 5 %.

Les dépenses d'AME ont traditionnellement fait l'objet d'une sous-budgétisation récurrente, appelant des abondements de crédits en loi de finances rectificative. De plus, les dotations inscrites dans les lois de finances ne permettant pas de couvrir la totalité des dépenses d'AME, **il en est résulté une dette de l'État vis-à-vis de la Cnam.** Des apurements de dette ont eu lieu en 2007 (920 millions d'euros) et 2009 (280 millions d'euros). Une dette s'est cependant de nouveau constituée dès 2011. Son montant est passé de 6,2 millions à 57,3 millions d'euros fin 2014. La dette cumulée de l'État vis-à-vis de la Cnam au titre des dépenses d'AME représentait 12,5 millions d'euros fin 2015 et **11,4 millions fin 2016.**

3. Un effort de sincérité dans les prévisions pour 2018

Pour 2018, les crédits ouverts au titre de l'AME s'élèvent à 923,7 millions d'euros, contre 815 millions initialement ouverts en 2017, soit une hausse de plus de 13 % entre les deux exercices. La prévision de dépenses d'AME inscrite dans le projet de loi de finances se décompose comme suit :

- 882 millions d'euros **au titre de l'AME de droit commun contre 772,55 millions d'euros** en loi de finances initiale pour 2017. Selon le Gouvernement, cette évolution prend en compte l'évolution tendancielle des effectifs bénéficiaires « consommateurs de soins » de 5,3 % par an observée jusqu'en 2016 et se fonde sur une « *stabilisation du coût moyen des dépenses de santé prises en charge hors inflation* »¹ ;

- **40 millions d'euros pour l'AME « soins urgents »**, une dotation forfaitaire d'un montant identique à celui prévu chaque année depuis 2008 ;

- **1,68 million d'euros pour les autres dépenses d'AME, soit une baisse de 37 % par rapport à 2017. Ce montant correspond au niveau constaté en exécution en 2016.**

S'agissant de l'AME « soins urgents », le projet annuel de performances pour 2018 indique que la participation forfaitaire de l'État n'a couvert que 52 % des dépenses de soins à la charge de la Cnam en 2016, après 45 % en 2015. Les dépenses exécutées se sont en effet élevées à 76,9 millions d'euros en 2016 après 88,9 millions en 2015.

S'agissant de l'AME de droit commun, votre rapporteur estime qu'il convient de reconnaître l'effort de sincérité réalisé par le Gouvernement cette année pour mettre fin à la sous budgétisation chronique du programme 204. Selon les informations qui lui ont été communiquées, la dette cumulée de l'État vis-à-vis de la Cnam au titre des dépenses d'AME serait désormais apurée. Des évolutions positives sont donc en cours.

Des efforts sont également réalisés pour améliorer la maîtrise du dispositif. Au-delà de l'introduction d'un contrôle ciblé sur 10 % des dossiers, soit un taux nettement plus élevé que pour les autres dispositifs, **l'instruction de l'ensemble des demandes d'AME en métropole sera, à compter de 2018, centralisée auprès des trois caisses les plus concernées** (Paris, Bobigny et Marseille). L'objectif poursuivi est une harmonisation et une sécurité accrues des procédures ainsi qu'une diminution des coûts de gestion.

Il semble en outre que la demande des caisses d'accéder aux informations détenues par le ministère de l'intérieur s'agissant des titres de séjour ait enfin été entendue. Selon les informations transmises à votre rapporteure, une telle possibilité pourrait être ouverte d'ici fin 2018. **Votre commission salue cette démarche qu'elle avait elle-même appelée de ses vœux lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2016 en déposant un amendement en ce sens².**

¹ Projet annuel de performances pour 2018, page 87.

² http://www.senat.fr/amendements/2015-2016/163/Amdt_II-195.html.

B. UNE POURSUITE DU DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

En ce qui concerne la participation de l'État aux dépenses du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), prévue à l'action n° 03 du programme 183, votre rapporteur ne peut que renvoyer aux réserves formulées par votre commission depuis maintenant plusieurs années à l'occasion des discussions du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances, en ce qui concerne le **désengagement continu dont fait preuve le Gouvernement**.

Pour 2018, la contribution de la branche AT-MP du régime général au Fiva est fixée à 270 millions d'euros. Le projet de loi de finances pour 2018 prévoit une dotation complémentaire de l'État de **8 millions d'euros** contre 13,4 millions en 2016, soit une baisse de 40 % entre ces exercices.

La dotation fixée en 2016 comprenait une majoration exceptionnelle de 3,4 millions correspondant à la prise en charge par l'État des remises gracieuses permettant d'apurer la situation financière des victimes et ayants droit ayant perçu, du fait de l'exécution par le Fiva de décisions juridictionnelles non définitives, des indemnités pour un montant supérieur à celui effectivement dû par le Fiva au terme de la procédure contentieuse¹.

Il reste que la contribution de l'État ne correspond qu'à environ un cinquième du montant des participations assurées par l'État avant 2013, ce que votre commission juge notoirement insuffisant au regard des responsabilités assumées par celui-ci dans ce domaine.

*
* *

Suivant la proposition du rapporteur, la commission a donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2018.

¹ Article 171 de la loi de finances n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 pour 2016.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 22 novembre 2017, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport pour avis de Mme Corinne Imbert sur la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2018.

M. Alain Milon, président. – Mes chers collègues, nous débutons l'examen des rapports pour avis sur le projet de loi de finances pour 2018. Je donne la parole à Corinne Imbert, rapporteur pour avis de la mission « Santé ».

Mme Corinne Imbert, rapporteur pour avis. – La loi de financement de la sécurité sociale couvre chaque année l'essentiel des dépenses de santé réalisées dans notre pays. La loi de finances, plus particulièrement la mission « Santé », ne regroupe quant à elle qu'une partie limitée des crédits engagés dans ce domaine ; elle ne comporte pas de dépenses de personnels et ne concerne que certains établissements publics du champ sanitaire. Pour autant, les crédits retracés dans cette mission ne sont pas de moindre importance. Il s'agit principalement : pour le programme 204, relatif à la « prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins », des subventions pour charges de service public, versées à certains agences sanitaires et pour le programme 183, relatif à la « protection maladie », du financement de l'aide médicale d'État (AME).

Pour 2018, les crédits de la mission sont fixés à 1,4 milliard d'euros, en hausse de 12 % par rapport aux crédits ouverts pour 2017. Cela résulte d'une progression de près de 10 % des crédits du programme 204 et de plus de 13 % de ceux du programme 183. Je m'en tiendrai, pour chacun de ces programmes, aux évolutions les plus marquantes qui me paraissent devoir retenir l'attention de notre commission.

S'agissant tout d'abord du programme 204, qui représente 35 % des dépenses de la mission, il financera en 2018, à titre principal ou complémentaire, quatre opérateurs sanitaires de l'État, contre huit en 2016. Cette évolution s'explique tout d'abord par la fusion de trois établissements au sein de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) créée le 1^{er} mai de l'année dernière. Notre commission avait salué cette simplification dans ce qui pouvait apparaître comme un maquis des agences sanitaires. Elle avait apporté son plein soutien à cette nouvelle structure appelée à devenir l'opérateur de référence en matière de veille, de prévention et de réponse aux alertes sanitaires. Nous avions en revanche exprimé une certaine réserve quant à l'instabilité qui caractérise le périmètre du programme depuis plusieurs exercices en raison de la multiplication des dépenses transférées à la sécurité sociale.

Je rappelle que la loi de finances pour 2015 a transféré 134 millions d'euros de dépenses de l'État vers l'assurance maladie pour le financement de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNG) et en matière de formation médicale initiale. La loi de finances pour 2017 a ensuite transféré à l'assurance maladie la part du financement du fonds d'intervention régional (FIR) jusque-là assuré par l'État, pour un montant de 116 millions d'euros.

Ce mouvement se poursuit puisque le PLF pour 2018 prévoit le transfert à l'assurance maladie du financement de deux autres opérateurs qui disparaissent ainsi du programme 204 : il s'agit de l'agence de biomédecine (ABM) et de l'école des hautes études en santé publique (EHESP), pour un total de 23 millions d'euros et 538 équivalents temps plein (ETPT). Le Gouvernement présente cette évolution comme poursuivant un objectif de simplification des circuits de financement, l'idée étant notamment de privilégier, autant que possible, le principe du financeur unique. À mon sens, la volonté d'une plus grande lisibilité peut s'entendre. Elle ne doit cependant conduire ni à un désengagement de l'État, ni à un contrôle plus difficile pour le Parlement et pose, en tout état de cause, la question de la cohérence du programme pour les années à venir.

La progression des crédits du programme 204 -une première depuis quatre ans- s'explique en fait essentiellement par la montée en charge du dispositif spécifique permettant l'indemnisation des dommages imputables à la « Dépakine ». Ouvert depuis le 1^{er} juin dernier, il permet, en l'absence de responsabilité établie, une indemnisation par la solidarité nationale sous la responsabilité de l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (Oniam). Pour assurer son financement, 77,7 millions d'euros sont prévus pour 2018, après 10 millions en 2017. Selon les informations qui m'ont été communiquées par le ministère de la santé, environ 14 000 personnes pourraient potentiellement être concernées mais les prévisions de recours à ce dispositif sont, pour l'heure, très incertaines. Il nous faudra donc réinterroger les autorités concernées dans le courant de l'année prochaine pour apprécier l'usage qui sera fait de ce mécanisme ad hoc mis en place par le législateur.

En ce qui concerne les dépenses relatives aux opérateurs sanitaires, les objectifs d'économies qui leur sont assignés s'avèrent, comme les années précédentes, particulièrement exigeants. Ils se traduisent en effet par une réduction de 2,5 % du plafond d'emplois, soit la suppression de 57 ETPT, et par une diminution de 5 % des crédits de fonctionnement. Des efforts supplémentaires de mutualisation pourraient en outre être demandés aux agences : après la mise en place d'un système d'information financier et comptable commun à l'ANSP, l'Institut national du cancer (Inca) et l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le Gouvernement indique vouloir approfondir l'étude de la faisabilité d'une stratégie immobilière commune et la possibilité de regrouper sur un site unique un pôle d'agences en matière de produits et de pratiques.

Dans ce contexte, les agences interviennent dans un cadre à la fois fortement contraint et évolutif, nécessitant une bonne capacité d'adaptation. À cet égard, une attention toute particulière doit être portée à la situation de l'ANSM qui, vous le savez, est l'agence à la fois la plus nombreuse et la plus exposée compte tenu de l'importance de ses missions. Au-delà de sa compétence principale, centrée sur l'autorisation de mise sur le marché des médicaments, l'agence s'est vue investie de nouvelles obligations en application de la loi « santé » de 2016 : je pense notamment à la certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et d'aide à la dispensation (LAD), à l'évaluation de la méthodologie des essais interventionnels ou encore de ses nouvelles fonctions en matière de lutte contre les ruptures d'approvisionnement. A la suite du prochain transfert de l'Agence européenne du médicament (EMA) en dehors du Royaume Uni, l'ANSM doit par ailleurs être en mesure de récupérer l'instruction de nouveaux dossiers d'autorisations de mise sur le marché.

Dans ces conditions, il me paraît plus que légitime que les crédits alloués pour 2018 soient en augmentation, avec une subvention de l'État de 118 millions d'euros contre 112 millions en 2017. Cette mesure est nécessaire car le fonds de roulement de l'agence s'est trouvé dès la fin de l'année 2016 à la limite de son niveau prudentiel en raison de la succession de soldes déficitaires. L'effort portant sur le plafond d'emploi a quant à lui été légèrement minoré par rapport aux autres agences, mais il reste non négligeable, avec une suppression de 20 ETPT.

En ce qui concerne l'ANSP, elle fait face à une mobilisation importante de ses ressources pour la gestion des crises sanitaires qui se sont multipliées au cours des mois passés. Dans ce domaine, la réactivité de l'agence n'a pas été altérée par la fusion, ce qui est un élément très positif. En revanche, depuis la suppression de la dotation de l'assurance maladie l'année dernière, l'agence dépend à hauteur de 90 % d'un financement de l'État et les crédits relatifs aux actions de prévention ne sont plus sanctuarisés. L'importance prise par les urgences et les alertes sanitaires ne doit pas remettre en cause sa capacité à s'investir pleinement et efficacement dans sa mission de prévention et de promotion de la santé. Ce risque bien réel renvoie plus largement aux conséquences de la régulation des dépenses de l'État, que l'on observe en particulier sur la mission « Santé » dont les crédits de prévention s'érodent chaque année. Pour 2018, on note une baisse de 5 millions d'euros des crédits de prévention engagés par l'administration centrale. Il en résulte un simple saupoudrage des dispositifs existants, l'essentiel des dépenses étant une fois de plus renvoyé à l'assurance maladie.

J'en viens au programme 183 qui couvre principalement l'AME. Comme vous le savez, celle-ci permet la prise en charge des soins des personnes étrangères en situation irrégulière sous une double condition : résider en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et disposer de ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Le dispositif est financé par l'État et géré par l'assurance maladie. Pour 2018, la dotation globale pour les dépenses d'AME est fixée à 924 millions d'euros contre 815 millions en 2017, soit une progression de 13 %. Selon le Gouvernement, cette évolution prend en compte l'évolution tendancielle des bénéficiaires de 5,3 % par an observée jusqu'en 2016.

Depuis cette date, le nombre de bénéficiaires a connu un infléchissement, que l'année 2017 semble confirmer : les prévisions font état de 306 000 bénéficiaires de l'AME de droit commun cette année, contre un peu plus de 316 000 fin 2015. Au regard du contexte international et de la densification des flux migratoires, cette tendance apparaît contre intuitive ; les services ministériels que j'ai auditionnés n'ont eux-mêmes pas pu apporter d'éléments d'explication probants à cette évolution. En tout état de cause, il faut à mon sens reconnaître l'effort de sincérité réalisé par le Gouvernement cette année pour mettre fin à la sous budgétisation chronique de ce programme. La dette cumulée de l'État vis à vis de la Cnam au titre des dépenses d'AME est désormais apurée.

Des efforts sont également réalisés pour améliorer la maîtrise du dispositif. Au-delà de l'introduction d'un contrôle ciblé sur 10 % des dossiers, soit un taux nettement plus élevé que pour les autres dispositifs, l'instruction de l'ensemble des demandes d'AME en métropole sera, à compter de 2018, centralisée auprès des trois caisses les plus concernées (Paris, Bobigny et Marseille). L'objectif poursuivi est une harmonisation et une sécurité accrues des procédures ainsi qu'une diminution des coûts de gestion. Il semble en outre que la demande des caisses d'accéder aux informations détenues par le ministère de l'intérieur s'agissant des titres de séjour ait enfin été entendue. Selon les informations qui m'ont été transmises, une telle possibilité pourrait être ouverte d'ici fin 2018. Je m'en félicite car il y a deux ans, notre commission avait, à mon initiative, déposé un amendement en ce sens lors de l'examen du projet de loi de finances.

Je termine en précisant que le reste des crédits du programme 183 est constitué de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), qui ne revêt malheureusement plus qu'un caractère très subsidiaire (8 millions d'euros pour 2018) par rapport au financement par la branche AT-MP. Nous avons déjà eu l'occasion de le déplorer lors de l'examen du PLFSS. Telles sont, Monsieur le Président, mes chers collègues, les principales observations que je souhaitais formuler sur la mission « Santé » du PLF pour 2018. Je vous remercie.

Mme Florence Lassarade. – *S'agissant du programme 183, les prévisions à la baisse me semblent liées à l'absence de carte vitale et par conséquent aux délais de traitement des feuilles de soins en vue du remboursement.*

Mme Victoire Jasmin. – *Pouvez-vous apporter des précisions sur la baisse des dépenses de personnels ?*

M. Michel Amiel. – *S'agissant du programme 204, on peut se réjouir de la cohérence que permet de le regroupement d'agences, y compris sur le plan immobilier. En ce qui concerne le programme 183, je suis heureux que la polémique dont l'AME a fait l'objet, mais à laquelle notre commission a toujours échappé, se calme. À certains moments, certains allaient jusqu'à proposer de la supprimer. La volonté de rendre les choses plus cohérentes et sincères doit être saluée.*

M. Dominique Watrin. – Je souhaiterais connaître plus explicitement l'avis que notre rapporteur propose de donner sur la mission « Santé » car notre groupe constate effectivement une hausse de 10 % des crédits du programme 204 et de 13 % de ceux du programme 183 mais aussi une réduction de 57 ETPT après les 40 déjà supprimés en 2017 s'agissant des effectifs des opérateurs sanitaires. Les crédits de l'action « Santé des populations » diminuent de moitié, ceux de l'action « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » se réduisent de 4 millions d'euros. En réalité, comme le rapporteur l'a souligné, la hausse des crédits profite majoritairement aux frais de justice en lien avec l'affaire de la Dépakine, tout cela au détriment des missions de prévention et de promotion de la santé. Dans ces conditions, notre vote ne pourra être que défavorable.

Mme Nassimah Dindar. – J'ai cru comprendre que les départements d'outre-mer, tout particulièrement la Guyane et Mayotte, n'étaient pas concernés par l'AME. Je pense aux répercussions de l'immigration dans ces territoires et aux problèmes que cela pose aux hôpitaux. À Mayotte, un certain nombre de malades sont renvoyés au centre hospitalo-universitaire (CHU) de La Réunion, lequel enregistre un déficit de 35,5 millions d'euros cette année.

M. René-Paul Savary. – S'agissant des transferts opérés au programme 204, je me pose la question de savoir s'il ne faudrait pas aller au bout de la logique. L'approche privilégiée par la ministre des solidarités et de la santé est de parler non plus de « parcours de soins » mais de « parcours de santé », cette dernière notion permettant d'inclure la prévention. Dans ce cadre, un certain nombre d'agences devraient être examinées au titre du PLFSS. La même chose vaut pour l'AME dans la mesure où elle est gérée par l'assurance maladie, d'autant plus que la commission des finances a proposé un amendement de réduction de 300 millions d'euros.

M. Jean Sol. – Sur le programme 204, une baisse de 5 millions d'euros sur les crédits de prévention est annoncée. Ce montant m'interroge. S'agissant du programme 183, on constate une hausse du budget alors que le nombre de bénéficiaires est en baisse. S'agit-il des bons chiffres qui nous ont été communiqués ? La suppression d'ETPT est-elle en lien avec des départs à la retraite ou de contrats non renouvelés ?

Mme Michelle Meunier. – Je rejoins René-Paul Savary sur le fait qu'un certain nombre de choses sont discutées en PLF alors qu'elles devraient relever d'un examen à l'occasion du PLFSS.

M. Alain Milon, président. – Je me dois de rappeler les récents propos du ministre du budget et des comptes publics en séance, qui a indiqué que progressivement l'examen des comptes sociaux serait intégré à celui du budget de l'État. Une telle évolution me paraît dangereuse pour le système de protection sociale français. Nous devrions réfléchir à l'examen d'un budget de la protection sociale.

S'agissant des transferts à l'assurance maladie du financement de l'ABM et de l'EHESP, la cohérence organique me paraît faire défaut. Il s'agit d'agences de l'État qui doivent être financées par l'État.

Mme Laurence Cohen. – Il me semble que vous avez bien interprété les propos du ministre en séance car vous avez repris ensuite la parole pour indiquer ce que vous en aviez compris et n'avez pas été contredit. Je suis également en accord avec votre seconde remarque.

Mme Corinne Imbert. – Les transferts du financement des opérateurs de l'État à l'assurance maladie aboutissent à une décorrélation entre les autorités de tutelle et les financeurs.

Pour répondre à Mme Lassarade, ce dont je fais état dans le rapport est le nombre de bénéficiaires de l'AME et non le nombre d'actes qui sont réalisés. Au cours des auditions que j'ai menées, plusieurs sources, en particulier le ministère des solidarités et de la santé, m'ont confirmé qu'une fois leur demande acceptée, les demandeurs de l'AME se voient délivrer un titre sécurisé remis en mains propres.

En ce qui concerne les efforts demandés aux opérateurs, la mission ne couvre pas les dépenses de personnel mais elle est construite en prenant en compte les économies, y compris sur les personnels et la masse salariale, demandées aux opérateurs par les autorités de tutelle, indépendamment des statuts des agents.

L'AME existe dans les départements d'outre-mer, à l'exclusion de Mayotte. On dénombre environ 20 000 bénéficiaires sur ces territoires ; la Guyane en concentre à elle seule 5 %.

Je termine en indiquant que le ministère nous a bien indiqué que la baisse des crédits de prévention des administrations centrales s'élevait à 5 millions d'euros.

Sous les réserves que j'ai formulées, je donnerais plutôt un avis favorable en l'état aux crédits de la mission.

La commission émet un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2018.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR POUR AVIS

- **Direction générale de la santé (DGS)**
Anne-Claire Amprou, directrice générale adjointe de la santé
Grégoire Rullier, adjoint au chef du bureau du Budget

- **CPAM de Paris**
Yann Rouault, directeur adjoint
Michèle Pierre, sous-directrice des prestations

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**
Benjamin Voisin, sous-directeur à la sous-direction de l'accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail
Sarah Sauneron, chef de bureau