

N° 115

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 17 novembre 2022

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, pour 2023,

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, Daniel Breuiller, Emmanuel Capus, Bernard Delcros, Vincent Éblé, Charles Guené, Mme Christine Lavarde, MM. Dominique de Legge, Albéric de Montgolfier, Didier Rambaud, Jean-Claude Requier, Mme Sylvie Vermeillet, vice-présidents ; MM. Jérôme Bascher, Rémi Féraud, Marc Laménié, Stéphane Sautarel, secrétaires ; MM. Jean-Michel Arnaud, Arnaud Bazin, Christian Bilhac, Jean-Baptiste Blanc, Mme Isabelle Briquet, MM. Michel Canévet, 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 Nougein, 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 (16^{ème} législ.) : 273, 285, 286 rect., 292, 337, 341, 364, 369, 374, 386 et T.A. 26

Sénat : 114 et 115 à 121 (2022-2023)

SOMMAIRE

Pages

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

PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

I. UNE MISSION AU PÉRIMÈTRE RÉDUIT MAIS AUX CRÉDITS FORTEMENT MAJORÉS PAR UN FONDS DE CONCOURS LORS DE LA CRISE SANITAIRE ..13	
1. <i>De nombreux transferts de dépenses vers la sécurité sociale depuis 2015</i>	13
2. <i>L'INCa est le seul opérateur rattaché à la mission pour sa gestion financière</i>	14
3. <i>De fortes majorations des crédits en cours d'exercice lors de la crise sanitaire</i>	14
II. UNE NOMENCLATURE BUDGÉTAIRE MODIFIÉE POUR RECEVOIR LES FONDS EUROPÉENS DE RELANCE DESTINÉS À L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER	15
III. UNE ÉVOLUTION DES DOTATIONS À PÉRIMÈTRE CONSTANT SURTOUT MARQUÉE PAR LA MAJORATION DES CRÉDITS DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT	16

DEUXIÈME PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION « SANTÉ »

I. DES ÉVOLUTIONS MARGINALES SUR UN PROGRAMME « PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE » QUI A FINANCÉ DES DÉPENSES EXCEPTIONNELLES CES TROIS DERNIÈRES ANNÉES.....	19
1. <i>Les actions de santé publique et de sécurité sanitaire : des incertitudes sur l'extinction du fonds de concours Santé publique France</i>	19
2. <i>Un ajustement à la baisse des dotations pour l'indemnisation de la Dépakine</i>	22
3. <i>Une stabilisation de la subvention à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna</i>	24
II. UNE PROGRESSION DE PLUS DE 12 % DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT EN 2023.....	26
1. <i>Une évolution des dépenses moins corrélée à celle du nombre de bénéficiaires en 2020 et 2021</i>	27
2. <i>L'effet des mesures prises depuis 2020 n'a pas été véritablement mesuré mais paraît très limité.....</i>	31
3. <i>Une augmentation de 13,2 % de l'AME de droit commun en 2023, calibrée sur la poursuite de la trajectoire tendancielle antérieure à 2020</i>	33
4. <i>Une réforme structurelle de l'AME demeure nécessaire</i>	34
III. UN NOUVEAU PROGRAMME POUR ASSURER LE TRANSFERT DES CRÉDITS EUROPÉENS DE RELANCE DESTINÉS À L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER	36
LES MODIFICATIONS CONSIDÉRÉES COMME ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3 DE LA CONSTITUTION.....	39

EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS	41
• <i>ARTICLE 46 bis (nouveau)</i> Réorganisation de la sécurité sanitaire des produits cosmétiques et de tatouage	41
• <i>ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 46 bis (nouveau)</i> Transformation de l'aide médicale d'État en aide médicale de santé publique.....	47
EXAMEN EN COMMISSION.....	49
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	57
LA LOI EN CONSTRUCTION	59

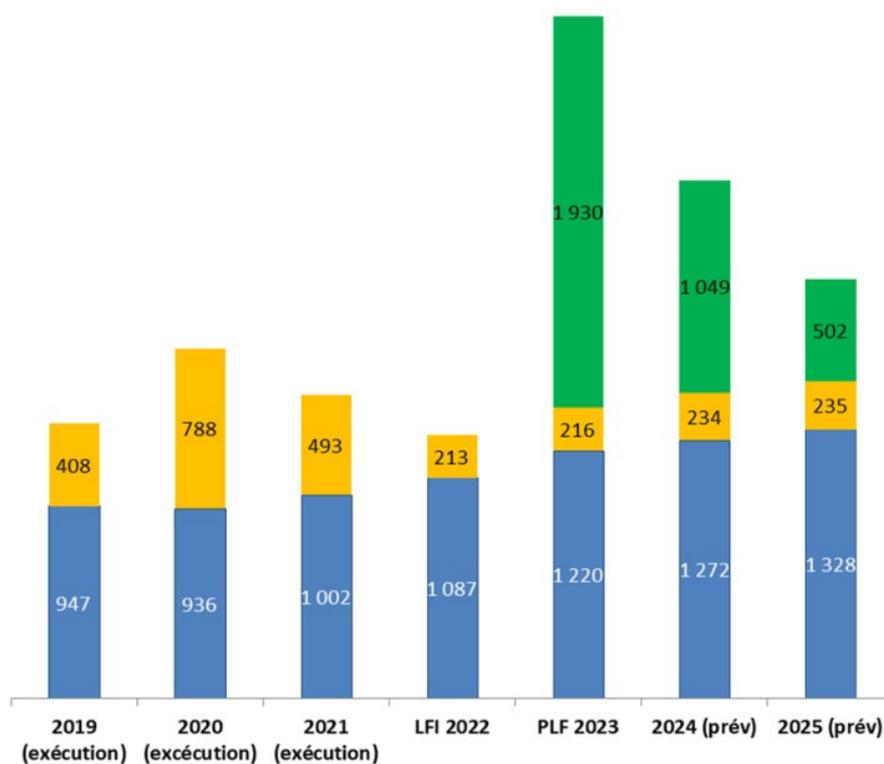
L'ESSENTIEL

I. UNE MISSION MAJORITAIREMENT CONSTITUÉE EN 2023 DE CRÉDITS EUROPÉENS DESTINÉS À L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ

Le profil de la mission « Santé » est profondément modifié en 2023 avec un nouveau programme recevant les fonds européens de relance destinés à l'investissement en santé.

Évolution des crédits de la mission « Santé »

(en millions d'euros)



- Programme 379 Volet Ségur Investissement de la FRR européenne
- Protection 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins
- Programme 183 Protection maladie

A. UN SOUTIEN EUROPÉEN DE 6 MILLIARDS D'EUROS EN SIX ANS POUR L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ

L'investissement en santé, doté de **6 milliards d'euros**, représente une part importante des 40 milliards d'euros attribués à la France au titre de la Facilité pour la relance et la résilience.

L'État a reçu en 2021 une première tranche de 778 millions d'euros qui a été transférée à l'assurance maladie par affectation d'une fraction de TVA. La deuxième tranche de 1,1 milliard d'euros doit transiter en 2022 par un **nouveau programme budgétaire rattaché à la mission « Santé »** et prévu par le projet de loi de finances rectificative de fin de gestion pour 2022. Doté de 1,9 milliard d'euros, ce programme représentera en 2023 la majorité des crédits de la mission.

Les crédits dirigés vers l'assurance maladie sont destinés à des **projets d'investissement des établissements de santé et médico-sociaux** et à **l'amélioration des outils numériques en santé**. Les versements européens s'échelonnent jusqu'en 2026.

Ce programme spécifique améliore la **traçabilité du suivi des fonds européens**. Servant de simple canal de transmission à l'assurance maladie, il ne redonne toutefois aucune substance particulière à la mission en termes de mise en œuvre d'une politique publique.

B. À PÉRIMÈTRE CONSTANT, UN DÉSÉQUILIBRE ACCENTUÉ ENTRE LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

À périmètre constant, les crédits de la mission augmentent de 10,5 %.

Cette **majoration de 136 millions d'euros** est **quasi-intégralement absorbée par l'aide médicale d'État (+ 133 millions d'euros)**.

À la suite de **transferts successifs à l'assurance maladie** des crédits finançant de nombreuses institutions sanitaires (HAS, ANSM, Santé publique France ...), les **dotations du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »** sont **passées de 690 à 213 millions d'euros de 2014 à 2022**. Dans le même temps, les **crédits pour l'aide médicale d'État** ont été **portés d'un peu moins de 600 millions d'euros à 1,07 milliard d'euros**. Ils atteignent **1,2 milliard d'euros en 2023**.

II. DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE À L'IMPACT LIMITÉ, MAIS D'IMPORTANTES MAJORATIONS DE CRÉDITS PAR VOIE DE FONDS DE CONCOURS PENDANT LA CRISE SANITAIRE

A. UN FONDS DE CONCOURS PROVENANT DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE QUI A FORTEMENT MAJORÉ LES DOTATIONS DU PROGRAMME 204 PENDANT LA CRISE SANITAIRE

À partir de mars 2020, l'État a « rapatrié » sur le programme 204 des **crédits provenant de Santé publique France, dont le financement intégral par l'assurance maladie venait d'être décidé** par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le fonds de concours a reçu un total de 980 millions d'euros en 2020 et 2021, essentiellement pour financer des achats de matériels, des évacuations sanitaires, le développement de systèmes d'information et la mise en place de numéros verts. 160 millions d'euros supplémentaires ont été versés en 2022. Ce volume très important de crédits n'a fait l'objet d'aucune approbation parlementaire en loi de finances initiale ou rectificative.

Il est souhaitable que ce fonds de concours soit mis en extinction et que la répartition des missions entre l'État et Santé publique France en matière de veille sanitaire et de préparation aux crises soit clarifiée et stabilisée.

B. UN PROGRAMME FINANÇANT DES ACTIONS HÉTÉROGÈNES, UN IMPACT LIMITÉ SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

La mission ne cofinance plus que **deux opérateurs**, l'Agence de sécurité sanitaire de l'alimentation et de l'environnement (ANSES) et l'Institut national du cancer (INCa), seul opérateur qui lui est rattaché pour sa gestion financière. Les subventions évoluent à la marge en 2023.

La subvention attribuée à l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna (49,4 millions d'euros) est identique à celle de 2022.

Les crédits que l'État verse à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) au titre de **l'indemnisation des victimes de la Dépakine** baissent de 11 millions d'euros, pour s'ajuster aux prévisions de consommation. Ce dispositif d'indemnisation est marqué par un recours très inférieur aux prévisions de la part des victimes, comme l'a analysé le contrôle conduit par le rapporteur spécial¹.

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

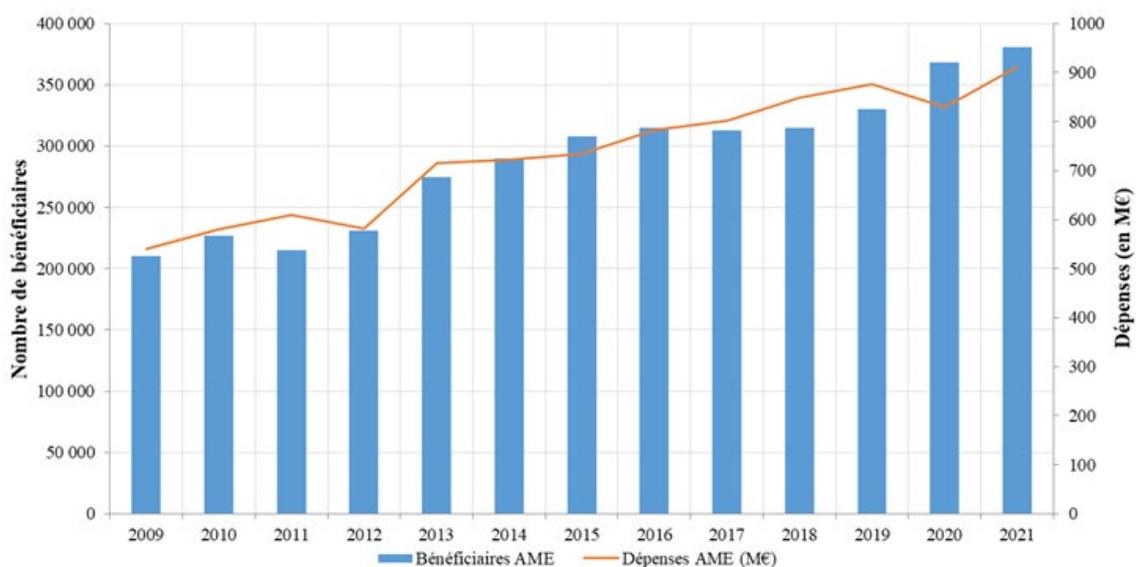
En dehors de ces différents transferts, qui constituent la grande majorité de ses crédits, le programme intègre pour 2023 **deux mesures nouvelles** dans le prolongement de la crise sanitaire : une dotation de 2 millions d’euros pour provisionner d’éventuelles **évacuations sanitaires** comme celles opérées des Antilles vers l’hexagone au second semestre 2021 ; un renforcement des dotations destinées aux systèmes d’information afin notamment de développer une **base de données biologiques** appelée à prendre le relai du Sidep, mis en place pour le suivi des dépistages du covid.

Comme les années précédentes, le programme 204 finance aussi un grand nombre d’actions extrêmement dispersées, pour des montants généralement faibles. Elles paraissent loin de disposer d’une « masse critique » suffisante pour prétendre produire un réel impact sur la réalisation des objectifs de santé publique poursuivis.

III. DES CRÉDITS POUR L’AIDE MÉDICALE D’ÉTAT EN HAUSSE DE 12 % : UNE CHARGE BUDGÉTAIRE EN AUGMENTATION CONTINUE ET NON MAÎTRISÉE

A. APRÈS LA CRISE SANITAIRE ET DES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES, UNE POURSUITE DE L’AUGMENTATION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L’AME ET DES DÉPENSES DE PRISE EN CHARGE

Évolution du nombre moyen de bénéficiaires et des dépenses d’AME de droit commun



Source : CNAM, calculs DSS (réponses au questionnaire budgétaire)

Entre 2020 et 2022, la **crise sanitaire** produit des **effets contrastés sur les dépenses d'AME** : moins de soins en ville en 2020 puis un rattrapage en 2021 ; une baisse d'activité hospitalière mais des recettes d'AME garanties aux établissements au niveau de 2019. Le régime de l'AME a fait l'objet de plusieurs **modifications législatives et réglementaires** (réduction à 6 mois du bénéfice de l'assurance maladie et basculement à l'AME à l'expiration des droits au séjour régulier, condition d'ancienneté de séjour de 3 mois pour bénéficier de l'AME, et de 9 mois dans l'AME pour la prise en charge d'opérations programmées). L'effet de ces mesures n'est pas véritablement évalué.

Le nombre de bénéficiaires continue d'augmenter, passant de 335 000 début 2020 à **près de 400 000 fin juin 2022**. Après avoir baissé de 5 % en 2020, du fait du confinement, **la dépense augmente de près de 10 % en 2021**.

B. UNE FORTE AUGMENTATION PROGRAMMÉE EN 2023, SUR LA BASE D'UNE PROLONGATION DU RYTHME TENDANCIEL DE PROGRESSION DES DÉPENSES ANTÉRIEUR À 2020

Les **crédits demandés pour l'AME de droit commun** s'élèvent à **1,14 milliard d'euros**, soit une **hausse de 13,2 %** par rapport au montant inscrit en LFI 2022. Cette programmation est construite sur une **prolongation de l'évolution tendancielle observée avant la crise sanitaire**. Elle n'intègre **aucune inflexion de l'accroissement du nombre d'étrangers en situation irrégulière** et **aucun effet lié aux mesures de contrôle et de lutte contre les abus** mises en place en 2020-2021.

La **dotation d'AME de droit commun pour 2023** dépasse de **près de 200 millions d'euros la prévision d'exécution pour 2022**, l'État disposant par ailleurs d'une **créance sur l'assurance maladie** au titre de l'AME qui pourrait atteindre **45 millions d'euros fin 2022**.

C. LE RÉGIME DE L'AME CONSTITUE UNE EXCEPTION EN EUROPE

Les ajustements intervenus en 2020 n'ont pas infléchi le cout croissant du dispositif de l'AME. Celui-ci constitue une exception en Europe la plupart des pays voisins ne prenant en charge gratuitement, pour les étrangers en situation irrégulière, qu'un éventail de soins comprenant les soins urgents, les soins liés à la maternité, les soins aux mineurs et les dispositifs de soins préventifs dans des programmes sanitaires publics.

Réunie le mercredi 2 novembre 2022, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission des finances a décidé de proposer au Sénat l'adoption des crédits de la mission tels que modifiés par un amendement de crédits n° [II-24](#) réduisant le montant de l'aide médicale d'État pour tenir compte de sa transformation en une aide médicale de santé publique comparable à celle en vigueur dans les principaux pays voisins. Elle a également proposé l'adoption d'un article additionnel modifiant en ce sens le code de l'action sociale et des familles (amendement n° [II-25](#)).

*

* *

Réunie à nouveau le jeudi 17 novembre 2022, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission a confirmé ses décisions. Elle a adopté un amendement rédactionnel n° [II-26](#) à l'article 46 *bis* et décidé de proposer au Sénat l'adoption de cet article ainsi modifié.

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, 47 % 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 » couvre une proportion extrêmement réduite du financement public de la politique de santé.

Elle ne comporte ainsi qu'une part très minime des crédits publics destinés à la recherche médicale, largement issus de la mission « Recherche et enseignement supérieur », ou aux politiques de sécurité sanitaire et de santé publique, auxquelles contribuent plusieurs autres missions budgétaires et plus largement encore l'assurance maladie, que ce soit au titre de ses actions de prévention¹, ou comme principal financeur d'agences ou d'institutions sanitaires. Elle ne participe à la prise en charge de soins que pour des situations particulières relevant de la solidarité nationale, essentiellement l'aide médicale d'État, cette fonction incombant en quasi-totalité aux régimes de sécurité sociale.

Cette caractéristique s'est accentuée au cours des années récentes, avec le **transfert à l'assurance maladie du financement de plusieurs organismes intervenant dans le domaine de la santé**, ce qui a très logiquement conduit à soulever la question de la pertinence et de l'existence même de cette mission, dont les différentes actions, en particulier l'aide médicale d'État, pourraient être rattachées à d'autres missions budgétaires.

Toutefois, la **gestion de la crise sanitaire** a conduit ces trois dernières années, **en cours d'exercice et par voie de fonds de concours, à redéployer vers la mission des crédits provenant de l'assurance maladie**. La direction générale de la santé a ainsi géré un volume de crédits dépassant largement celui ouvert par les lois de finances initiales sur le programme dont elle a la responsabilité.

Par ailleurs, le **périmètre de la mission** évolue notablement par rapport à la loi de finances initiale pour 2022, avec la **création d'un nouveau programme budgétaire destiné à recevoir les fonds européens** ayant pour objet, dans le cadre de la Facilité pour la relance et la résilience, de **soutenir l'investissement hospitalier**.

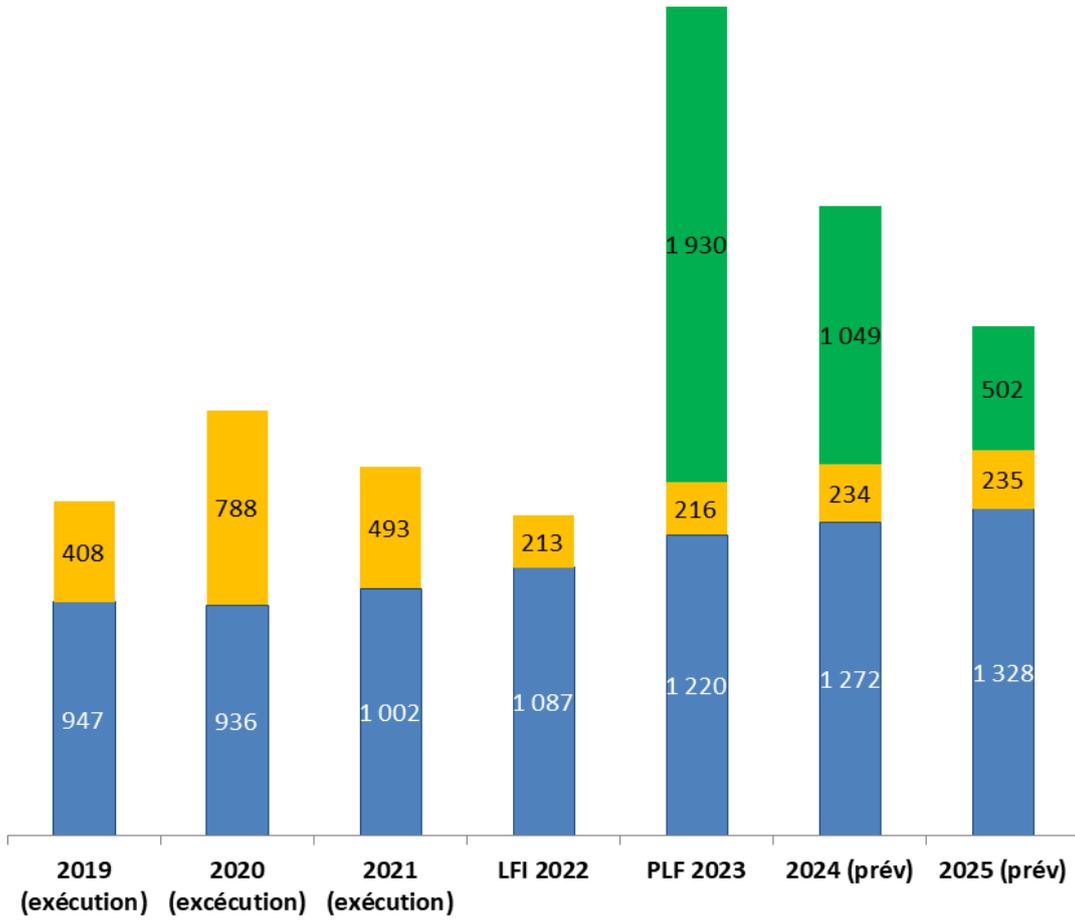
Indépendamment de cette modification de nomenclature, la **dynamique budgétaire de la mission** reste **sous-tendue par les dépenses relatives à l'aide médicale d'État** pour la prise en charge des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière répondant aux conditions de durée de séjour et de ressources.

¹ Voir notamment l'annexe « Prévention en santé » au projet de loi de finances pour 2023.

Évolution des crédits de la mission « Santé »

(crédits consommés, crédits ouverts, crédits demandés et prévisions pluriannuelles)

(en millions d'euros)



- Programme 379 Volet Ségur Investissement de la FRR européenne
- Protection 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins
- Programme 183 Protection maladie

I. UNE MISSION AU PÉRIMÈTRE RÉDUIT MAIS AUX CRÉDITS FORTEMENT MAJORÉS PAR UN FONDS DE CONCOURS LORS DE LA CRISE SANITAIRE

La mission « Santé » ne comporte pratiquement aucune dépense de personnel (hormis des frais de jury), les personnels concourant à la mise en œuvre des actions de la mission relevant pour l'essentiel de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

La mission finance quasi-exclusivement des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'intervention, l'aide médicale d'État représentant à elle seule 85 % des dotations prévues en 2023, hors nouveau programme recevant les fonds européens pour l'investissement en santé.

1. De nombreux transferts de dépenses vers la sécurité sociale depuis 2015

De 2015 à 2020, le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » a cessé de contribuer au financement de plusieurs organismes ou agences exerçant des missions relatives à la santé.**

Ont ainsi été successivement transférés à l'assurance maladie les concours que l'État apportait au financement de la Haute Autorité de santé (HAS), du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), de l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih), du Fonds d'intervention régional (FIR), de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de Santé publique France.

Ainsi, les **crédits de ce programme**, qui s'élevaient à **690 millions d'euros dans la loi de finances initiale pour 2014**, n'étaient plus que de **212 millions d'euros dans la loi de finances pour 2022** (- 69 % en huit ans).

A l'inverse, sur la même période, le **programme 183 « Protection maladie »**, quasi-exclusivement destiné à la prise en charge de l'aide médicale d'État **a vu ses crédits très fortement augmenter**, passant de 605 millions d'euros dans la loi de finances initiale pour 2014 à **1 078 millions d'euros dans la loi de finances pour 2022** (+ 78 %).

2. L'INCa est le seul opérateur rattaché à la mission pour sa gestion financière

La mission « Santé » ne finance plus que **deux opérateurs** :

- **l'Institut national du cancer (INCa),**

- **et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS).**

Toutefois, l'ANSÈS est placée sous la tutelle conjointe de cinq ministères (ceux en charge de l'agriculture, de l'environnement, de la santé, du travail, de la consommation et des finances). Sa subvention pour charges de service public, qui s'élève pour 2023 à 113,5 millions d'euros, n'est financée qu'à hauteur de 23 millions d'euros par la mission « Santé ». La part principale provient du programme « Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation » de la mission « Agriculture » (71,3 millions d'euros) et c'est du ministère en charge de l'agriculture que relève sa gestion financière.

Seul l'INCa demeure donc pleinement rattaché à la mission « Santé » qui finance une subvention pour charges de service public (40,5 millions d'euros en 2023). Celle-ci est toutefois inférieure aux financements provenant du ministère chargé de la recherche.

3. De fortes majorations des crédits en cours d'exercice lors de la crise sanitaire

Alors que la mission « Santé » se trouvait vouée à ne financer que des actions résiduelles en matière de politique de santé publique, la crise sanitaire a conduit à lui **réaffecter en cours d'exercice un important volume de crédits, par voie de fonds de concours.**

En effet, pour répondre de manière urgente aux besoins liés à la lutte contre la pandémie (achats de matériels, de masques, de vaccins, dépenses de transport...), un fonds de concours intitulé « participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins », rattaché au programme 204 et alimenté par Santé publique France, a été créé en mars 2020.

Ce fonds de concours a été doté de 700 millions d'euros en 2020, puis de 280 millions d'euros en 2021, soit un montant total de **980 millions d'euros sur deux ans.**

Pour faire face à la crise sanitaire, un partage des tâches est intervenu entre Santé publique France, intégralement dotée de crédits provenant de l'assurance maladie, et la direction générale de la santé. Celle-ci ne disposant pas des crédits budgétaires nécessaires, des financements provenant de l'assurance maladie lui ont été réattribués par

voie de fonds de concours, et non par décret d'avance ou loi de finances rectificative.

En raison de la mise en place de ce fonds de concours, **l'exécution budgétaire du programme 204 a très largement dépassé les crédits inscrits en loi de finances initiale** : 788 millions d'euros consommés en 2020 pour 200 millions d'euros de crédits ouverts en 2020 ; 493 millions d'euros consommés en 2021 pour 255 millions d'euros de crédits ouverts en 2021.

En 2022, le fonds de concours a été doté de 160 millions d'euros supplémentaires portant à 1 140 millions d'euros le total des dotations reçues depuis 2020, ce qui devrait conduire, pour l'exercice 2022, à une consommation de crédits sur le programme 204 largement supérieure à la dotation de 212 millions d'euros ouverte en loi de finances initiale.

Comme l'a souligné la Cour des comptes¹, l'utilisation de la procédure du fonds de concours pour faire financer par Santé publique France et donc par l'assurance maladie, des dépenses du ministère chargé de la santé « *a favorisé la confusion des rôles entre SPF et le ministère de la santé, ce dernier ayant financé des dépenses relevant des missions de SPF* ».

En outre, la mise à disposition de la direction générale de la santé d'un volume de crédits aussi important a largement échappé à l'appréciation du Parlement puisqu'elle n'était pas prévue par les projets de lois de finances initiales, ni par les projets de loi de finances rectificatives.

II. UNE NOMENCLATURE BUDGÉTAIRE MODIFIÉE POUR RECEVOIR LES FONDS EUROPÉENS DE RELANCE DESTINÉS À L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Le projet de loi de finances pour 2023 comporte une importante modification de périmètre de la mission « Santé » par rapport à la loi de finances initiale pour 2022, avec l'instauration dans la nomenclature budgétaire d'un **nouveau programme 379** intitulé « Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et **reversement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement** » du plan national de relance et de résilience (PNRR) », doté de **1 930,4 millions d'euros**.

Dans le cadre de la Facilité pour la relance et la résilience (FRR) européenne, la France doit recevoir un montant global de 6 milliards d'euros destinés à soutenir l'investissement dans le secteur hospitalier.

¹ Cour des comptes – Les dépenses publiques durant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation – juillet 2021.

Un **premier versement** européen de 778 millions d'euros est intervenu **en 2021**. Il a été transféré à l'assurance maladie sous la forme de l'affectation d'une fraction de TVA en application de l'article 1^{er} de la seconde loi de finances rectificative pour 2021¹.

À compter de 2022, ces versements auront vocation, avant d'être reversés à l'assurance maladie sous forme de crédits budgétaires, à transiter **par un nouveau programme de la mission « Santé »** placé sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale, dont la création est proposée dans le projet de loi de finances rectificative de fin de gestion pour 2022. La dotation correspondante serait de 1 125 millions d'euros pour 2022.

Ce programme a également vocation à assurer la compensation à la sécurité sociale des éventuels dons de vaccins effectués à des pays tiers. En 2021, cette compensation avait également été effectuée par affectation d'une fraction de TVA, à hauteur de 600 millions d'euros, dans le cadre de la seconde loi de finances rectificative.

Par ailleurs, la loi de finances rectificative du 16 août 2022 avait créé dans la mission « Santé » un nouveau **programme « Carte vitale biométrique »**, doté de 20 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement. Ce programme qui a été placé sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale et sur lequel des crédits doivent être affectés, d'ici la fin de l'année, à des actions concourant à l'utilisation de la biométrie pour la bonne identification des assurés sociaux, ne figure pas dans la nomenclature budgétaire pour 2023. Une mission de l'inspection générale des affaires sociales a été lancée par le ministre de la santé et de la prévention pour évaluer les conditions d'intégration de la biométrie dans les évolutions en cours de la carte vitale. Selon les informations fournies au rapporteur spécial par la direction de la sécurité sociale, les développements qui pourraient en résulter relèveraient des régimes d'assurance maladie, parties au GIE Sesam-Vitale, plutôt que de crédits budgétaires.

III. UNE ÉVOLUTION DES DOTATIONS À PÉRIMÈTRE CONSTANT SURTOUT MARQUÉE PAR LA MAJORATION DES CRÉDITS DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

Compte tenu de la création du programme 379, la majorité des crédits de la mission « Santé » sera constituée des versements européens destinés au soutien de l'investissement hospitalier.

Les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » progresseront légèrement à 216,1 millions d'euros (+ 1,6 %).

¹¹ Loi n° 2021-1549 du 1^{er} décembre 2021.

En revanche, les crédits du programme 183 « Protection maladie » connaîtront une progression soutenue (+ 12,3 %) exclusivement liée aux **crédits destinés à l'aide médicale d'État (AME), majorés de 133 millions d'euros (+12,4 %)**.

Les crédits consommés au titre de l'AME ont régulièrement progressé au cours des dernières années, passant de 804,3 millions d'euros en 2017 à 928,3 millions d'euros en 2020 puis 994,3 millions d'euros en 2021.

La dotation inscrite en loi de finances initiale était de 1 079 millions d'euros en 2022 et la nouvelle majoration proposée en 2023 (1 212,3 millions d'euros) représente une progression de 22 % en deux ans.

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

(en millions d'euros)

	LFI 2022	PLF 2023	%
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	212,7	216,1	+ 1,6
Pilotage de la santé publique	70,6	68,5	- 3,0
Santé des populations	1,2	1,2	=
Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	50,8	52,1	+ 2,5
Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	27,9	29,9	+ 7,2
Veille et sécurité sanitaire	1,6	3,6	+ 124,2
Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4,2	4,4	+ 4,8
Modernisation de l'offre de soins	56,5	5-5	=
Protection maladie	1 087,0	1 220,3	+ 12,3
Aide médicale d'État	1 079,0	1 212,3	+ 12,4
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8,0	8,0	=
Reversement FRR européenne - Ségur investissement		1 930,4	<i>ns</i>
Total	1 299,7	3 366,8	+ 159,0

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

DEUXIÈME PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION « SANTÉ »

I. DES ÉVOLUTIONS MARGINALES SUR UN PROGRAMME « PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE » QUI A FINANCÉ DES DÉPENSES EXCEPTIONNELLES CES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

Les dotations inscrites en loi de finances initiale n'ont donné qu'une vision très partielle des actions financées par le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » au cours de ces trois dernières années, puisque celui-ci a bénéficié en cours d'exercice de crédits de fonds de concours très importants pour la gestion de la crise sanitaire.

Cette caractéristique devrait toutefois s'atténuer en 2022, et sans doute plus encore l'année prochaine.

Ce programme est doté de **216 millions d'euros pour 2023**, soit une **progression de 1,6 %**.

Près des **trois-quarts des crédits se concentrent sur quatre actions** :

- la subvention à l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna (49,4 millions d'euros) ;

- les actions juridiques contentieuses (41,6 millions d'euros), incluant la subvention de l'État à l'Oniam ;

- une subvention à l'Institut national du cancer (40,5 millions d'euros) ;

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

Selon les prévisions indicatives figurant cette année dans le projet annuel de performances, le programme 204 connaîtrait une **progression sensible de ses crédits en 2024** (+ 18 millions d'euros, soit + 8,3 %) et une stabilisation en 2025.

1. Les actions de santé publique et de sécurité sanitaire : des incertitudes sur l'extinction du fonds de concours Santé publique France

Les subventions aux opérateurs représentent à elles seules 38 % des crédits du programme 204.

Le projet de loi de finances prévoit une très légère diminution de 0,3 million d'euros, liée à des économies sur les dépenses de fonctionnement, de la subvention destinée à l'**Institut national du cancer**

(INCa) dont le plafond d'emplois (131 ETPT) reste stable. L'INCa reçoit également des financements en provenance du ministère chargé de la recherche.

La subvention à l'**Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS)** imputée sur la mission « Santé » est en progression de 2 % et atteindra 23 millions d'euros pour 2023. Outre une revalorisation salariale pour certains personnels à la suite du Ségur de la santé, cette augmentation est en lien avec la nouvelle mission qu'il est proposé de confier à l'ANSÉS sur les cosmétiques et les produits de tatouage (voir *infra* le commentaire de l'article 46 *bis* rattaché à la mission). Des crédits sont prévus pour préparer l'intégration de cette nouvelle mission, qui sera effective au 1^{er} janvier 2024. Une progression plus significative de la dotation à l'ANSÉS est programmée, à ce titre, pour 2024.

Beaucoup d'actions financées par ce programme sont extrêmement dispersées, pour des montants généralement faibles, si bien qu'elles paraissent loin de disposer d'une « masse critique » suffisante pour prétendre produire un réel impact sur la réalisation des objectifs de santé publique poursuivis.

Le projet annuel de performances énumère à ce titre de nombreuses contributions budgétaires à des plans nationaux ou feuilles de route¹ dans des domaines qui ont été très largement délégués à des opérateurs aujourd'hui surtout financés par l'assurance maladie.

Parmi les évolutions intervenant en 2023 on peut signaler une augmentation de la prise en charge par l'État, à hauteur de 1,86 million d'euros supplémentaires, des trousse de prévention disponibles en pharmacie et comportant du matériel stérile d'injection en vue de réduire les risques et les dommages pour les usagers de drogues. Ces trousse sont vendues à un prix modique (1 euro) grâce à un subventionnement de l'État. Les nouveaux paramètres fixés à ce sujet par la réglementation européenne relative aux aides d'État ont imposé une révision des modalités de soutien public² qui se traduit par une charge budgétaire supplémentaire.

Les dotations consacrées au développement et à l'exploitation des **systèmes d'information de santé publique** sont en progression de 1,85 million d'euros par rapport à la loi de finances initiale et atteindront 11,5 millions d'euros en 2023. Une mesure nouvelle vise à développer, sur la base des fonctionnalités du système d'information de dépistage (Sidep) mis en place pour le suivi des dépistages Covid, une **base de données de biologie**, dite « entrepôt national de données de biologie médicale » destinée

¹ Nutrition et santé, santé environnement, santé mentale et psychiatrie, maladie d'Alzheimer...

² Le décret n° 2021-1766 du 22 décembre 2021 instituant une aide d'État sous forme de compensation de service public à la mise sur le marché de trousse de prévention destinées à la réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues abroge et remplace le décret n°96-494 du 7 juin 1996 instituant cette aide d'État, codifié aux article D. 3121-29 à D. 3121-32 du code de la santé publique.

à des missions de veille et de sécurité sanitaire pour certaines pathologies virales ou infectieuses. D'après les informations communiquées au rapporteur, les dépenses à ce titre sont appelées à monter en charge en 2024.

S'agissant des systèmes d'information, le **suivi des dépistages Covid (Sidep)** a été financé non sur crédits budgétaires, mais par des ressources sur fonds de concours pour un montant évalué à 46 millions d'euros sur 2020 et 2021¹.

Le **fonds de concours « participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins »**, créé en mars 2020, rattaché au programme 204 et alimenté par Santé publique France, a en effet financé des actions pour des montants dépassant très largement les crédits budgétaires initiaux du programme 204. En crédits de paiement, 622 millions d'euros ont été consommés au titre du fonds de concours en 2020 puis 284,4 millions d'euros en 2021, soit un total de **806,4 millions d'euros sur deux ans**.

Pour les deux années 2020 et 2021, plus de 40 % des crédits du fonds de concours ont servi à l'achat de matériel médical (masques, tests, respirateurs ...). Le fonds de concours a également financé des dépenses de transport (transport de matériels et évacuations sanitaires), des commandes de vaccins, les systèmes d'information (Sidep, « TousAntiCovid », plates-formes de rendez-vous vaccinaux), la mise en place de numéros verts dédiés.

En 2021, les dépenses liées aux produits de santé et dispositifs médicaux (vaccins, tests, respirateurs) ont été réorientées vers Santé publique France, le fonds de concours assurant prioritairement les dépenses liées aux systèmes d'information et de communication (numéros verts).

Le fonds de concours bénéficie de 43,9 millions d'euros en autorisations d'engagement et 75,5 millions d'euros en crédits de paiement non consommés et reportés de 2021 à 2022. Au cours de l'exercice, il a en outre été doté de **160 millions d'euros supplémentaires** en autorisations d'engagement et en crédits de paiement.

Les dépenses sur fonds de concours devraient être inférieures, en 2022, à celles de 2021, en lien avec l'atténuation de la crise sanitaire. Mais un « socle » de dépenses demeure tant que fonctionnent un certain nombre d'instruments mis en place pour la gestion de la crise Covid, tels que les systèmes d'information (Sidep, TousAntiCovid) et les numéros verts, qui représentent près de 80 % des dépenses engagées sur le fonds de concours en 2022.

Dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire 2021, la Cour des comptes a recommandé la mise en extinction du fonds de concours au terme de l'exercice 2022.

¹ Cour des comptes – Notes d'analyse de l'exécution budgétaire 2020 et 2021.

Aucune décision n'a à ce stade été prise en ce sens, d'autant que tous les paiements relatifs aux engagements effectués jusqu'à ce jour ne pourront certainement pas intervenir avant la fin de l'exercice 2022.

Le projet annuel de performances mentionne une **dotation de 2 millions d'euros**¹ prévue en 2023 au titre de la gestion sanitaire des « suites Covid », « *en vue de l'extinction du fonds de concours* » en provenance de Santé publique France et « *afin de gérer d'éventuels sujets de crise sanitaire* », notamment pour assurer d'**éventuelles évacuations sanitaires** telles que celles réalisées de Guadeloupe et de Martinique vers la métropole lors de l'été et de l'automne 2021. Il s'agit là d'un timide début de « rebudgétisation », après trois années d'une utilisation du fonds de concours pour des dépenses qui n'ont été présentées au Parlement ni en projet de loi de finances initiale, ni en projet de loi de finances rectificative.

L'évolution intervenue depuis 2020 dans l'usage du fonds de concours a montré que certaines actions, telles que la mise en place de systèmes d'information de santé publique ou la prise en charge des évacuations sanitaires, relevaient davantage de l'État que d'un opérateur financé par l'assurance maladie. Au vu de cette expérience et alors que les impératifs d'urgence ne peuvent plus être évoqués, **une clarification et une stabilisation de la répartition des missions entre l'État et Santé publique France méritent désormais d'être opérées.**

2. Un ajustement à la baisse des dotations pour l'indemnisation de la Dépakine

La dotation pour actions juridiques et contentieuses constitue une part importante des crédits du programme 204.

Elle est constituée :

- d'une provision destinée aux **frais de justice** de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'offre de soins, fixée à 9,2 millions d'euros pour 2023, soit son niveau de 2022 ;

- d'une **dotation versée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)** qui diminue nettement, passant de 43,2 à 32,3 millions d'euros de 2022 à 2023 (- 10,9 millions d'euros).

S'agissant des **frais de justice**, il faut rappeler qu'une ouverture de crédits de paiement de 33,7 millions d'euros était intervenue lors de la seconde loi de finances rectificative pour 2021 en prévision d'un éventuel aboutissement de la **requête du laboratoire Servier** visant à obtenir le remboursement par l'État de 30 % des sommes versées dans le cadre de l'indemnisation des victimes du Médiateur. Ces crédits ont été reportés sur 2022, mais à la suite de la décision favorable au laboratoire Servier

¹ Imputée à l'action 16 « *veille et sécurité sanitaire* » du programme 204.

rendue par le tribunal administratif de Paris le 25 mars 2022, le montant du remboursement incombant à l'État a finalement été fixé à 56,7 millions d'euros. L'ouverture de crédits réalisée sur le programme 204 à hauteur de 6,9 millions d'euros par la loi de finances rectificative du 16 août 2022 ne couvre qu'en partie l'insuffisance de la dotation initiale.

En ce qui concerne la **dotation versée à l'ONIAM** elle comporte pour 2023 :

- un montant de 8 millions d'euros correspondant à l'indemnisation des accidents vaccinaux liés aux vaccinations obligatoires survenus depuis le 1^{er} janvier 2006 ainsi que l'indemnisation des victimes des mesures sanitaires d'urgence ;

- un montant de 24,3 millions d'euros, en **baisse de 10,9 millions d'euros par rapport à 2022**, pour l'**indemnisation des victimes de la Dépakine** (valproate de sodium).

Comme l'a souligné le contrôle présenté par le rapporteur spécial le 28 septembre dernier devant la commission des finances¹, le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine se caractérise par une **sous-exécution des crédits qui témoigne d'un non recours significatif**.

Ainsi, depuis sa création jusqu'au 30 juin 2022, 46,6 millions d'euros ont été engagés et 38 millions d'euros de crédits de paiement ont été consommés, dont 16,8 millions d'euros sur l'année 2021.

En conséquence, la dotation figurant à cet effet sur le programme 204, fixée à plus de 70 millions d'euros jusqu'en 2019, a constamment été abaissée depuis. Le Gouvernement propose un **nouvel ajustement à la baisse de 10,9 millions d'euros pour 2023** qui paraît cohérent avec les dernières prévisions de consommation. Toutefois, cette mesure ne serait pas reconduite en 2024, année au cours de laquelle la dotation retrouverait son niveau de 2022.

Il demeure difficile d'établir des prévisions de dépenses résultant de ce dispositif d'indemnisation. Les indemnités varient fortement selon les types de préjudices subis. La réforme du processus d'évaluation des dossiers intervenue en 2020, notamment la mise en place d'un collège unique d'experts, constitue une avancée positive, mais sans qu'il soit nécessaire d'entreprendre une nouvelle réforme, des améliorations doivent être apportées pour accélérer le traitement des dossiers et accroître le recours au dispositif. Le rapport précité a émis plusieurs recommandations en ce sens, notamment sur pour renforcer le collège d'experts et les capacités d'analyse juridique des dossiers et mieux accompagner les familles.

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

3. Une stabilisation de la subvention à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna

Collectivité d'outre-mer de 11 500 habitants, les îles **Wallis-et-Futuna présentent la particularité de ne pas disposer de système de sécurité sociale. Les soins y sont directement pris en charge par l'État, en application d'un principe posé par l'article 68 de la loi de finances pour 1972, et gratuitement délivrés dans les établissements hospitaliers et dispensaires qu'il administre et finance.**

Ces fonctions relèvent depuis 2000¹ d'une **agence de santé**, établissement public national à caractère administratif.

L'agence de santé dispose d'un centre hospitalier et de trois dispensaires à Wallis, ainsi que d'un établissement hospitalier, incluant un dispensaire, à Futuna.

L'agence assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, leur délivre les médicaments et dispositifs médicaux et procède si nécessaire à leur transfert dans un établissement hors du territoire. Elle est également chargée d'élaborer un programme de santé publique.

Depuis 2013, la dotation de fonctionnement de l'agence de santé relève de la mission « Santé ». En 2021 a également été inscrite sur la mission une dotation d'investissement de 45 millions d'euros au titre du Ségur de la santé, dont l'utilisation doit s'étaler sur plusieurs années.

Pour 2023 le projet de loi de finances prévoit une **stabilisation de la dotation** de fonctionnement, à hauteur de son niveau de 2022, soit **49,4 millions d'euros**, après plusieurs années d'augmentation systématique.

Comme l'a régulièrement souligné la Cour des comptes, l'agence de santé a longtemps connu une **situation de sous-budgétisation chronique**.

Elle avait notamment contracté vis-à-vis du centre hospitalier de Nouméa et de la caisse de sécurité sociale pour la Nouvelle-Calédonie une **dette liée aux évacuations sanitaires** qui atteignait plus de 20 millions d'euros fin 2014. Celle-ci a pu être remboursée grâce à un **prêt de l'Agence française de développement** de 26,6 millions d'euros. La dotation intègre chaque année un **montant de 1,3 milliard d'euros correspondant à l'annuité du remboursement** de ce prêt qui s'étale sur 20 ans.

Par ailleurs, les besoins de l'agence ont été régulièrement couverts par des **redéploiements internes au programme 204 en exécution budgétaire**, pour des montants compris entre 6 et 7 millions d'euros supplémentaires par an entre 2017 et 2019.

¹ Ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 portant création d'une agence de santé et extension ou adaptation de certaines dispositions du code de santé publique aux îles Wallis-et-Futuna.

Faisant suite à un rapport de l'inspection générale des affaires sociales et du contrôle général économique et financier remis en avril 2019, le Gouvernement a souhaité **rehausser sur trois ans la dotation de fonctionnement de l'agence**. Celle-ci est ainsi passée de 36,8 millions d'euros en loi de finances initiale pour 2020 à 49,4 millions d'euros en loi de finances pour 2022.

Aucun redéploiement interne de crédits n'est intervenu pour les besoins courants de l'agence de 2020 à 2022. En revanche, les dépenses supplémentaires liées à la gestion de l'épidémie de covid 19 ont été couvertes par le fonds de concours alimenté par Santé publique France

Les **évacuations sanitaires** représentent une part très importante des dépenses de l'agence (près de 35 %). Elles interviennent de Futuna vers Wallis, distantes de 200 kilomètres. Elles s'effectuent également vers la Nouvelle-Calédonie, et plus exceptionnellement vers la métropole, pour les soins relevant de spécialités médicales qui ne sont pas assurées sur l'archipel.

Des efforts ont été entrepris ces dernières années pour **améliorer l'offre de soins sur le territoire** : acquisition de nouveaux équipements (scanner, mammographe, automate de biologie), création de trois postes de médecins, développement de missions de médecins spécialistes pour assurer le suivi des patients sur le territoire, développement de la télémédecine en partenariat avec le CHU de Rennes. La réalisation d'une unité d'hémodialyse sur Futuna, plusieurs fois reportée en raison de marchés déclarés infructueux, est engagée. Ces mesures sont de nature à améliorer les réponses aux besoins de santé des populations du territoire, mais n'atténueront que modestement le recours aux évacuations sanitaires, qui demeureront nécessaires et vouées à représenter un des postes de dépenses principaux de l'agence de santé.

L'augmentation de la dotation de fonctionnement de l'agence réalisée ces dernières années doit également lui permettre de mettre en œuvre une véritable **politique de prévention et de santé publique**. En effet, les données relatives à **l'état sanitaire de la population** sont préoccupantes. La prévalence de l'obésité est particulièrement forte (70 % de la population adulte, 30 % des adolescents), ainsi que celle des pathologies associées (diabète, hypertension, insuffisance rénale).

Interrogé à ce sujet au Sénat le 12 octobre dernier, lors des questions d'actualité au Gouvernement, par notre collègue Mikaele Kulimoetoke, sénateur des îles Wallis-et-Futuna, M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention, a précisé que l'État avait *« commencé à mettre en place un pôle santé publique et prévention au sein de l'agence, que des personnels ont été recrutés et que les travaux vont enfin démarrer pour mener une politique de prévention plus ambitieuse »*.

Il a par ailleurs indiqué que « *la construction du centre d'hémodialyse de Futuna a débuté. Elle devrait s'achever à la fin de 2023, ce qui nous permettra d'éviter les évacuations sanitaires entre Futuna et Wallis* ».

L'ensemble des problématiques liées à la santé doivent être évoquées lors d'une **conférence territoriale de la santé**, initialement programmée en 2021 mais reportée compte tenu de la crise sanitaire. La dernière réunion d'une telle instance remonte à 2005.

Le préfet, administrateur supérieur du territoire a précisé fin septembre que cette conférence territoriale de la santé se tiendrait au mois de décembre prochain, en vue d'établir un programme de santé publique au début de l'année 2023.

II. UNE PROGRESSION DE PLUS DE 12 % DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT EN 2023

Le programme 183 « protection maladie » est quasi-exclusivement constitué des crédits destinés à l'aide médicale d'État.

Il comporte une dotation de 8 millions d'euros destinée au **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** dont le montant, inchangé depuis 2017, ne représente qu'un très faible part des ressources du fonds (308,5 millions d'euros prévus en 2023), celles-ci étant majoritairement constituées d'une dotation de la branche « accidents du travail - maladies professionnelles » de la sécurité sociale. Cette dotation est versée au titre de la prise en charge, par la solidarité nationale, de l'indemnisation des victimes non professionnelles de l'amiante.

L'**aide médicale d'État** voit pour sa part ses dotations **progresser de 12,4 % (+ 133 millions d'euros)**, passant de 1 078,9 millions d'euros en loi de finances initiale pour 2022 à **1 212,3 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2023**.

Les différents dispositifs d'aide médicale d'État

L'aide médicale d'État (AME) recouvre plusieurs dispositifs :

1. L'AME de droit commun est consacrée à la protection de la santé des personnes étrangères vivant en France depuis au moins trois mois consécutifs en situation irrégulière et, de ce fait, non éligibles à la protection universelle maladie (PUMA). Ces personnes ne doivent pas disposer de ressources dépassant un certain plafond annuel (9 571 euros pour une personne seule en métropole en 2022). 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 1141 millions d'euros dans le présent projet de loi de finances**, soit 94,2 % des crédits de l'action n° 2 et 13,2 % de plus qu'en loi de finances initiale pour 2022 ;

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. Cette dotation a été portée à **70 millions d'euros** en 2022, pour s'ajuster aux dépenses effectivement constatées, et **son montant est inchangé pour 2023** ;

3. Enfin, de manière beaucoup plus limitée et **pour un montant évalué à 1 million d'euros** pour 2023, identique à celui de 2022, sont financées par l'AME :

- **L'AME humanitaire**, qui vise les prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas sur le territoire. Cette couverture est accordée au cas par cas par le ministère chargé de l'action sociale et doit permettre, chaque année, à une centaine de personnes disposant de faibles revenus de régler une dette hospitalière ;

- l'aide médicale accordée 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, ainsi que l'aide médicale fournie aux **personnes placées en rétention administrative** pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention.

Ces deux dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités.

Source : commission des finances du Sénat

1. Une évolution des dépenses moins corrélée à celle du nombre de bénéficiaires en 2020 et 2021

On comptait fin 2021 **380 762 bénéficiaires de l'AME de droit commun**, soit environ 2 000 de moins qu'un an auparavant (382 899). Le nombre de bénéficiaires était en **hausse au 1^{er} semestre 2022 (398 480)**, soit une **progression de 4,6 % sur un an**.

Nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun en fin d'année

	2018	2019	2020	2021
Hexagone <i>dont Ile-de-France</i>	285 365 163 202	296 271 168 768	339 745 194 183	340 282 190 159
Outre-mer* <i>dont Guyane</i>	32 741 29 533	38 275 34 510	43 415 39 145	40 480 36 566
Total	318 106	334 546	382 899	380 762

* Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. L'AME ne s'applique pas à Mayotte.

Source : caisse nationale d'assurance maladie

Le dispositif est significativement **concentré sur l'Ile-de-France**, qui totalise plus de la moitié des bénéficiaires, et la **Guyane**, qui en représente plus de 10 %.

En revanche, l'AME n'est pas applicable à Mayotte. Une participation forfaitaire est demandée aux patients qui ne sont pas assurés sociaux, ce qui est le cas des étrangers en situation irrégulière, dont le nombre est difficile à évaluer¹, mais elle ne peut pas toujours être acquittée. L'essentiel des frais de santé correspondants est financé par l'assurance maladie, sur les crédits du Fonds d'intervention régional dont dispose l'agence régionale de santé².

Comme l'illustre le tableau ci-dessus, **l'année 2020 a connu une très forte hausse du nombre de bénéficiaires de l'AME (+ 48 300)**. Selon les réponses adressées à la commission des finances, « *les facteurs qui expliquent les sous-jacents de l'évolution des effectifs de bénéficiaires sont difficiles à appréhender en raison du manque de données disponibles et de la méconnaissance de cette population* ».

Cette augmentation sur l'année 2020, au cours de laquelle les déplacements internationaux ont été réduits, « *pourrait être liée à la mesure exceptionnelle de prolongation de droit prise pendant la crise sanitaire* »³, mais également à la réduction de douze à six mois, à compter du 1^{er} juillet 2020,

¹ Selon l'Insee, en 2015, la moitié des étrangers non natifs de Mayotte se trouvait en situation administrative irrégulière (Insee analyses La Réunion Mayotte, n° 12, mars 2017), soit sans doute plus de 40 000 personnes compte tenu du nombre d'étrangers nés à l'étranger, évalué à près de 82 000 en 2017 (Insee, « À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère », Insee Première, n° 1737, février 2019).

² Voir à ce sujet le rapport d'information n° 833 (2021-2022) de la commission des affaires sociales : Mayotte : un système de soins en hypertension – juillet 2022.

³ La mesure de prolongation des droits a été mise en œuvre à deux reprises en 2020 et a concerné 192 667 bénéficiaires de l'AME dont les droits expiraient entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 et 96 669 bénéficiaires pour les droits expirant entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021 (réponses au questionnaire budgétaire).

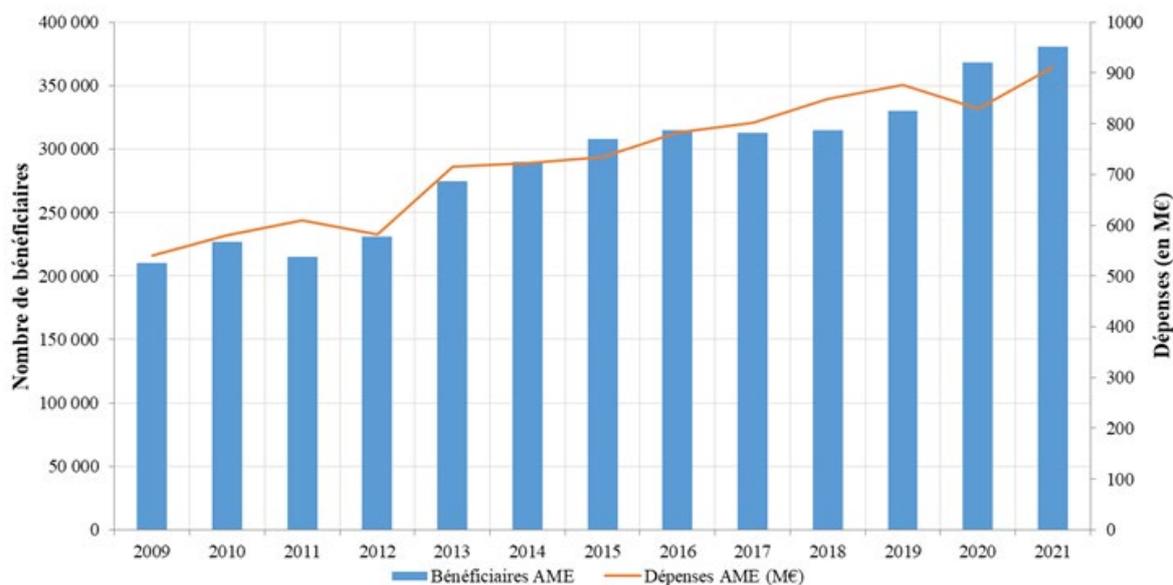
« du maintien de droit à la PUMa lorsque les conditions de régularité de séjour ne sont plus remplies qui a eu pour conséquence d'entraîner une augmentation des effectifs éligibles à l'AME ». Toutefois, comme l'a souligné la Cour des comptes dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire 2021, **aucun suivi des bénéficiaires et de leur transfert éventuel de la PUMa vers l'AME n'est opéré par l'assurance maladie**, ce qui ne permet pas de connaître, dans les dépenses d'AME, la part de consommation de soins des étrangers qui demeurent sur le territoire national après l'expiration de leur visa. L'assurance maladie dispose pourtant des informations relatives aux bénéficiaires, tant au titre de la PUMa que de l'AME, et on peut s'étonner de l'absence de toute quantification du passage d'un dispositif à l'autre, alors qu'il a des conséquences directes sur le montant de la prise en charge de l'AME par l'État.

En dépit d'une progression soutenue du nombre moyen de bénéficiaires sur l'année (+ 11,6 %), **les dépenses d'AME de droit commun ont reculé en 2020 (- 5,5 %)**.

Inversement, on constate **en 2021 une moindre progression du nombre moyen de bénéficiaires (+ 3,3 %) et une nette augmentation des dépenses (+ 9,8 %)**.

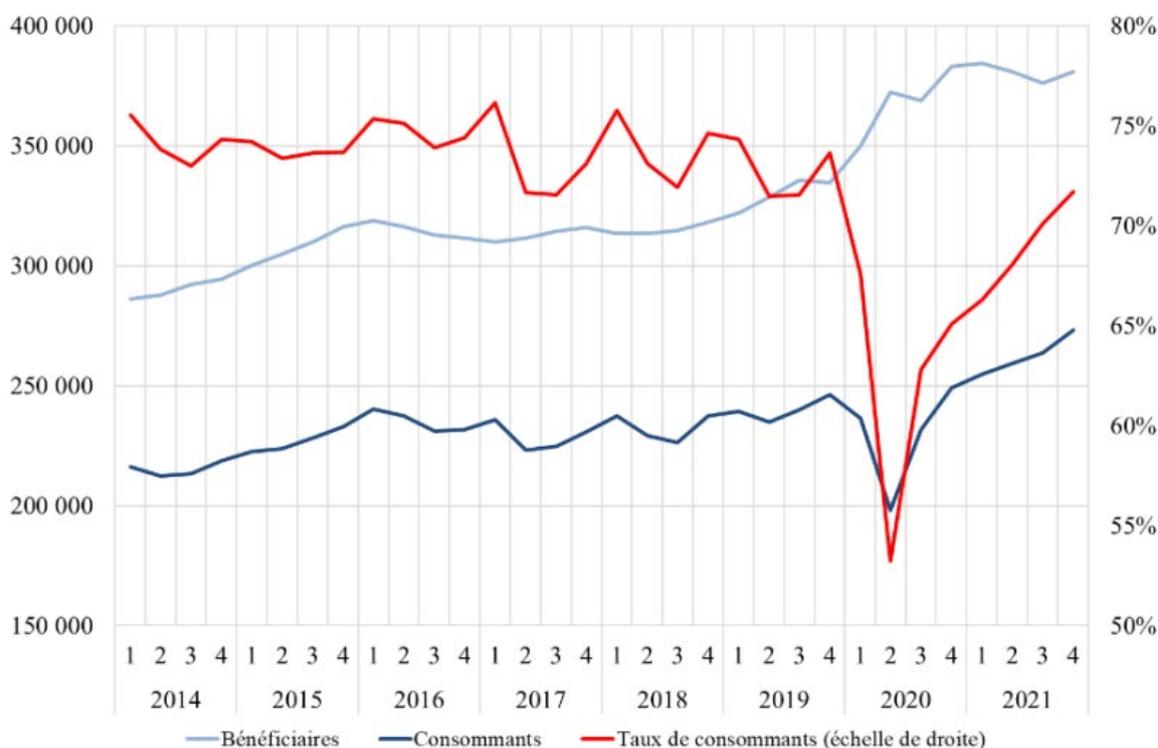
L'année 2020 a en effet été marquée par une **dissociation entre le nombre de bénéficiaires et le nombre de « consommateurs »**, à savoir les bénéficiaires ayant consommé au moins une fois un soin au cours d'un trimestre donné. Le taux de « consommateurs », qui s'établissait en moyenne autour de 75 %, a chuté à 53 % au 2^{ème} trimestre 2020 (confinement) avant de revenir à son niveau antérieur (72 %) fin 2021.

Évolution du nombre moyen de bénéficiaires et des dépenses d'AME de droit commun



Source : CNAM, calculs DSS (réponses au questionnaire budgétaire)

Évolution des effectifs de bénéficiaires et de « consommateurs » de l'AME de droit commun



Source : CNAM, calculs DSS (réponses au questionnaire budgétaire)

Si la variation du nombre de « consommateurs » sur les années 2020 et 2021, à un niveau inférieur à celui des années antérieures, s'est traduite par une moindre dépenses d'AME sur les soins de ville, elle n'a pratiquement pas eu d'incidence sur les dépenses correspondant à des **prestations hospitalières**, les établissements hospitaliers bénéficiant depuis le 1^{er} mars 2020, et jusqu'à fin 2022, d'une **garantie de financement** neutralisant les baisses d'activité et leur assurant des recettes, y compris au titre de l'AME, au moins égales à celles de 2019 majorées de l'évolution des tarifs.

Les **dépenses d'AME de droit commun** se sont élevées :

- à **857 millions d'euros en 2020** (pour 848 millions d'euros initialement budgétés) ;

- et à **923 millions d'euros en 2021** (pour 985 millions d'euros initialement budgétés, ramenées à 923 millions d'euros après annulations de crédits en lois de finances rectificative). La forte hausse enregistrée en 2021 correspond en grande partie à la reprise de la consommation de soins de ville par les bénéficiaires après la chute intervenue en 2020.

Pour 2022, 1 008 millions d'euros ont été budgétés en loi de finances initiale pour l'AME de droit commun et **les prévisions de consommation s'établissent à 944 millions d'euros**¹ : 572 millions d'euros pour les prestations hospitalières, 249 millions d'euros pour les soins de ville, 123 millions d'euros pour les médicaments.

Enfin, alors que jusqu'en 2019, l'État était débiteur de l'assurance maladie au titre de l'AME, les dotations qu'il a versées à celle-ci ces trois dernières années ont été supérieures aux dépenses qu'elle a effectivement réalisées. **L'État est désormais créancier de l'assurance maladie au titre de l'AME**, pour un montant de 27,1 millions d'euros fin 2021 qui pourrait s'élever à plus de 45 millions d'euros fin 2022², sous réserve d'annulations qui interviendraient en loi de finances rectificative.

2. L'effet des mesures prises depuis 2020 n'a pas été véritablement mesuré mais paraît très limité

Deux mesures intervenues en 2020 ont pu jouer dans le sens d'une augmentation du nombre d'étrangers éligibles à l'AME : la réduction de douze à six mois du maintien de droit à la PUMa lorsque les conditions de régularité de séjour ne sont plus remplies, déjà citée, et l'instauration d'un délai de trois mois pour l'affiliation à l'assurance maladie des demandeurs d'asile. Aucune indication n'est disponible sur le nombre de personnes concernées et l'impact sur les dépenses d'AME en 2020 et 2021. On peut une nouvelle fois s'en étonner, alors que l'assurance maladie gère les deux

¹ Réponses au questionnaire budgétaire.

² D'après les réponses au questionnaire budgétaire.

catégories de bénéficiaires et que l'État prend en charge *in fine* les soins de ceux qui relèvent de l'AME.

Plusieurs autres mesures visaient quant à elles à mieux prévenir les risques de fraudes et de détournements abusifs du dispositif de l'AME.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, une **condition de durée minimale de séjour irrégulier de trois mois** est nécessaire pour obtenir le bénéfice de l'AME¹, afin d'éviter un accès immédiat au dispositif dès l'expiration d'un visa touristique.

L'obligation de dépôt physique de la première demande d'AME², instituée à compter du 1^{er} janvier 2020, la demande pouvant toutefois, par exception être transmise par un établissement de santé, **a été suspendue** dès le premier confinement (mars 2020) et jusqu'au 1^{er} juin 2021, puis de nouveau en janvier et février 2022 à la suite de la reprise épidémique.

A compter du second semestre, les caisses primaires d'assurance maladie ont commencé, par l'interrogation de la base Visabio, à pouvoir **vérifier que les demandeurs ne disposaient pas d'un visa en cours de validité**, situation devant les exclure du bénéfice de l'AME. Une proportion de 6 % de détenteurs de visas a été identifiée parmi les demandeurs, mais un sondage mené au printemps sur un échantillon de dossiers a montré que 90 % des cas détectés correspondaient à des visas échus depuis plus de trois mois, seul un dixième des cas s'étant donc traduit par un rejet de la demande.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le bénéfice de certaines **prestations programmées et non urgentes** est subordonné à un **délai d'ancienneté de neuf mois de bénéfice de l'AME³**. Pour les cas les plus urgents ne pouvant attendre le délai d'ancienneté, la prise en charge par l'AME est également possible après accord préalable du service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie. Selon les informations communiquées au rapporteur par le Gouvernement, 8 demandes d'accord préalable seulement avaient été dénombrées par l'assurance maladie au premier semestre 2021 et 2 avaient fait l'objet d'un refus de prise en charge.

L'effet de ces différentes mesures, dont l'entrée en vigueur a été en partie perturbée par la crise sanitaire, **n'a pas véritablement été mesuré**, les années 2020 et 2021 présentant en outre un caractère atypique. **Il apparaît néanmoins très limité au regard de la tendance à la progression continue des dépenses d'AME.**

¹ Article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles.

³ Articles L. 251-1 et R. 251-4 du code de l'action sociale et des familles.

3. Une augmentation de 13,2 % de l'AME de droit commun en 2023, calibrée sur la poursuite de la trajectoire tendancielle antérieure à 2020

Les crédits d'AME augmentent de 133 millions d'euros (+ 12,4 %) pour 2023, les prévisions indicatives pour les deux années suivantes annonçant une progression de 4,2 % en 2024 puis 4,4 % en 2025.

La majoration concerne exclusivement l'**AME de droit commun**, avec une dotation en **augmentation de 13,2 %**, passant de 1 008 à 1 141 millions d'euros de 2022 à 2023. La provision pour soins urgents demeurerait fixée à 70 millions d'euros.

D'après les indications fournies à la commission des finances¹, cette programmation est construite sur une **prolongation de l'évolution tendancielle observée avant la crise sanitaire**.

Plus précisément, **une hausse de 6,5 %**, identique à celle enregistrée annuellement de 2014 à 2019, a été prévue pour les dépenses d'AME de **soins de ville** (261 millions d'euros).

Pour les **prestations hospitalières** (754 millions d'euros), la programmation repose sur une **croissance du nombre de « consommateurs » identique à celle antérieure à la crise sanitaire** et sur l'évolution des tarifs hospitaliers. Il en résulte une **progression considérable de près de 32 %** par rapport aux prévisions de dépenses pour 2022.

Le **poste « produits de santé »** (125 millions d'euros) est lui provisionné sur la base d'une poursuite de baisse des prix et de recours aux antiviraux à usage systémique, notamment pour le traitement du virus de l'hépatite C et du VIH, observée avant 2020, ce qui permettrait une stabilisation de la dépense.

Sans doute est-il difficile d'établir des prévisions sur l'évolution du nombre d'étrangers en situation irrégulière, mais on peut relever qu'**en se fondant purement et simplement sur la progression tendancielle antérieure à 2020, le montant des crédits demandés :**

- n'intègre aucune inflexion du nombre d'étrangers en situation irrégulière, et donc de bénéficiaires potentiels, alors que le Gouvernement entend redresser l'exécution des mesures d'éloignement, qui ont fortement diminué ces dernières années, et annonce la discussion au premier semestre 2023 d'un projet de loi sur l'immigration, précédé d'un débat dans chaque assemblée ; au demeurant, aucune liaison ou concertation n'est établie, pour élaborer les projections du nombre de bénéficiaires de l'AME,

¹ Réponses au questionnaire budgétaire.

entre les services du ministère de la santé et de la prévention et ceux du ministère de l'intérieur, en charge des questions migratoires¹ ;

- n'attribue aucun effet significatif aux ajustements apportés à l'AME en 2020 visant au renforcement des contrôles et de la lutte contre les abus et détournements.

4. Une réforme structurelle de l'AME demeure nécessaire

L'absence d'articulation entre politique de l'immigration et prise en charge des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière met une nouvelle fois en cause la pertinence de l'inclusion de l'AME à la mission « Santé », son rattachement à la mission « Immigration, asile et intégration » ayant été évoqué à plusieurs reprises dans les débats parlementaires.

Par ailleurs, les **modifications législatives et réglementaires apportées il y a deux ans**, dont l'impact est très limité, paraissent **insuffisantes pour véritablement maîtriser la charge budgétaire de l'AME**.

Le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances d'octobre 2019² avait relevé dans la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME et son évolution des atypies qui *« renforcent de façon convaincante l'hypothèse d'une migration pour soins »* et considéré *« comme une priorité la lutte contre la fraude et les abus, qui fragilisent l'acceptabilité politique du dispositif »*.

Certaines actions ont été engagées depuis juin 2019 dans le cadre d'un programme national de contrôle, mais les fraudes détectées représentaient des montants assez modestes (0,5 million d'euros en 2020, 0,9 million d'euros en 2021).

Les modifications intervenues en 2020 dans le régime de l'AME ont pour partie été en ce sens, mais d'autres recommandations n'ont semble-t-il été que peu prises en compte.

Les inspections recommandaient notamment, dans une optique de lutte contre la fraude, de sécuriser dès l'instruction des demandes l'usage des attestations d'hébergement comme preuve de résidence et de renforcer la vérification de la condition de ressources, notamment auprès des consulats lorsque le demandeur a été détenteur d'un visa. Or la pièce d'identité de l'hébergeur n'est pas exigée pour les demandes d'AME, ni d'ailleurs pour les autres prestations, et la sollicitation des consulats ne paraît pas avoir été suivie d'effet.

¹ La Cour des comptes, dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire de la mission en 2021, considère que la prévision du nombre d'étrangers en fin de visa, l'estimation des flux frontaliers attendus et des flux de départ du territoire national ainsi que le nombre de rejets définitifs de demandes d'asile mériteraient d'être demandés au ministère de l'intérieur et à l'Ofpra pour établir la prévision des dépenses d'AME.

² L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions.

Les inspections préconisaient également, afin de détecter les suspicions de migration pour soins, de permettre aux consulats et à la police aux frontières de connaître les bénéficiaires de l'AME et les redevables d'une créance hospitalière, grâce à la constitution d'un fichier centralisé des impayés hospitaliers. Un projet de décret a récemment été établi sur le premier point et fait l'objet d'une saisine de la Cnil. Quant au signalement des impayés hospitaliers, il suppose que les établissements de santé concernés renseignent la nationalité des patients, ce qui n'est le plus souvent pas le cas.

Face au **rythme soutenu d'augmentation des dépenses** et à l'**effet limité des contrôles et vérifications**, qu'il faut bien entendu renforcer, il est donc légitime de s'interroger sur l'**étendue des soins pris en charge**, qui est **notablement plus large que celle assurée dans les autres pays européens** pour les étrangers en situation irrégulière.

Dans la plupart d'entre eux, seuls les soins urgents, les soins liés à la maternité, les soins aux mineurs et les dispositifs de soins préventifs dans des programmes sanitaires publics sont pris en charge gratuitement :

- 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 ;

- au Royaume-Uni, pour les prises en charge hospitalière, les étrangers qui ne disposent pas du statut de résident doivent s'acquitter d'avance du coût des soins, avant que l'acte ne soit réalisé, selon un tarif supérieur de 50 % à celui du NHS ; l'avance des frais n'est pas requise lorsque le praticien atteste d'une urgence médicale.

Par l'éventail des soins couverts, l'AME constitue ainsi, par rapport aux dispositions appliquées dans les principaux pays voisins, une exception difficile à justifier dans un contexte d'augmentation continue et non maîtrisée de la charge budgétaire qu'elle constitue.

Un rapprochement avec les autres législations européennes, en la transformant en une aide médicale de santé publique, comme l'avait proposé le Sénat dans le projet de loi de finances pour 2021, est aujourd'hui nécessaire.

III. UN NOUVEAU PROGRAMME POUR ASSURER LE TRANSFERT DES CRÉDITS EUROPÉENS DE RELANCE DESTINÉS À L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Intitulé « Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) », le **nouveau programme 379**, dont la création est proposée dans le projet de loi de finances rectificative de fin de gestion pour 2022, est placé sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale et représente en 2023, avec **1 930,4 millions d'euros, plus de 57 % des crédits de la mission « Santé »**.

Ce programme a vocation à financer des actions très différentes, qui n'ont en commun que d'avoir déjà fait l'objet, dans la seconde loi de finances rectificative pour 2021, d'un mode de financement identique par l'affectation à la sécurité sociale d'une fraction de TVA, à hauteur de 600 millions d'euros s'agissant des dons de vaccins, et de 778 millions d'euros.

Il est donc décidé, à compter de 2022, de couvrir ce type de dépenses par crédits budgétaires.

Le projet annuel de performance précise que « *dans le cadre de la solidarité internationale dans la lutte contre la pandémie de Covid-19, la France s'est engagée dans le programme Covax, co-dirigé par l'Alliance Gavi, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)* » et procède en conséquence au don de doses de vaccins. Le programme « *sert de canal budgétaire pour la compensation à la sécurité sociale des éventuelles demandes de dons en 2023* », mais ne comporte aucun crédit à ce titre dans le projet de loi de finances pour 2023¹.

Pour 2023, **les seuls financements inscrits au programme concernent le volet « Ségur investissement »** du plan national de relance et de résilience.

¹ Une dotation de 233,6 millions d'euros est inscrite au projet de loi de finances rectificative de fin de gestion pour 2022 au titre de la compensation du coût des dons de vaccins à des pays tiers.

L'investissement en santé a fait l'objet de deux plans successifs : un plan d'urgence annoncé en novembre 2019 puis, en juillet 2020, le « Ségur de la santé – volet investissement », englobant le premier qui n'avait pas encore fait l'objet de mise en œuvre.

Au final, le **plan d'investissement en santé est doté de 19 milliards d'euros répartis entre plusieurs enveloppes dont les finalités et les modalités de financement ont fluctué dans le temps.**

Globalement, on peut distinguer :

- une **première enveloppe de 13 milliards d'euros financée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**, destinée pour moitié à des reprises de dettes des établissements de santé et pour moitié à un soutien à l'investissement. La CADES, dont la durée de vie a été prolongée jusqu'en 2033, aura en principe totalement versé cette dotation à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), en vue de son affectation à l'assurance maladie d'ici fin 2023 (5 millions d'euros ont été versés en 2021, 5 autres millions d'euros en 2022 et 3 millions d'euros sont prévus en 2023) ;

- une **seconde enveloppe de 6 milliards d'euros** financée par l'Etat, à partir de fonds européens issus de la Facilité pour la relance et la résilience.

Ce second volet constitue l'une des composantes (composante 9) du plan national de relance et de résilience que la France a présenté aux instances européennes et qui a fait l'objet d'une adoption formelle des ministres des finances de l'Union européenne lors du Conseil Ecofin du 13 juillet 2021 et qui porte sur un montant total de 40 milliards d'euros.

Cette enveloppe financée par l'Etat se décompose comme suit :

- **2,5 milliards d'euros** pour le soutien aux **projets d'investissements courants et d'investissements structurants dans les établissements de santé** ;

- **1,5 milliard d'euros** pour le soutien aux **projets d'investissement dans les établissements médico-sociaux**, en particulier les EHPAD, comportant également des aides aux « investissements du quotidien » et des investissements immobiliers ;

- **2 milliards d'euros** pour les **projets d'amélioration des outils numériques en santé**. Quatre domaines sont identifiés : les infrastructures numériques de l'État (dossier médical partagé, espace numérique de santé...), l'interopérabilité et la sécurité des logiciels du parc installé, l'accompagnement de la transformation et l'incitation à l'usage par les professionnels, le rattrapage numérique du secteur médico-social.

Chacun de ces sous-ensembles du programme font l'objet d'**indicateurs** et de **cibles** : nombre d'établissements soutenus, nombre de projets, nombre de solutions d'hébergement pour personnes âgées ayant bénéficié d'une aide à l'investissement immobilier, nombre de documents envoyés dans le dossier médical partagé... Ils sont accompagnés d'un

calendrier de mise en œuvre et conditionnent les décaissements des fonds européens jusqu'en 2026. La France présentera régulièrement à la Commission européenne les résultats obtenus.

Les fonds européens doivent être versés à la France de manière échelonnée entre 2021 et 2026.

Comme précédemment indiqué, l'Etat a déjà versé à la sécurité sociale en 2021 un montant de 778 millions d'euros, sous forme d'affectation d'une fraction de TVA.

Le projet de loi de finances rectificative de fin de gestion pour 2022 propose de réaliser le reversement des fonds européens par crédits budgétaires via le nouveau programme 379 pour un montant de 1 125 millions d'euros.

En **2023**, le programme doit réunir les crédits européens à hauteur de **1 930,4 millions d'euros**.

Les **prévisions indicatives** mentionnent une dotation du programme 379 à hauteur de 1 048 millions d'euros en 2024 et 501,6 millions d'euros en 2025.

Le solde, soit 600 millions d'euros, serait versé en 2026.

LES MODIFICATIONS CONSIDÉRÉES COMME ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3 DE LA CONSTITUTION

Dans le texte considéré comme adopté en première lecture par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, l'**état G annexé** au projet de loi définissant les objectifs et les indicateurs associés, a été modifié au titre de la mission « Santé », par l'**amendement II-2911 du Gouvernement afin d'intégrer les objectifs et indicateurs de performance du nouveau programme 379** « Compensation à la sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la relance et la résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience ».

En application du 4° bis du II de l'article 34 de la LOLF, introduit par la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, les objectifs de performance et les indicateurs associés à ces objectifs sont désormais inclus, en seconde partie, dans les dispositions normatives de la loi de finances.

S'agissant du **volet sanitaire** du soutien à l'investissement financé par ce programme, les deux indicateurs proposés sont :

- le nombre d'établissements de santé soutenus dans leurs investissements du quotidien ;

- le nombre de projets d'investissement dans la construction, la rénovation énergétique et la modernisation d'établissements de santé supérieurs à 20 millions d'euros.

S'agissant du **volet médico-social**, l'indicateur proposé est le nombre de places construites ou rénovées en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Ces indicateurs sont cohérents avec ceux figurant au plan national de relance et de résilience et sur lesquels la France rendra régulièrement compte aux instances européennes des résultats obtenus.

EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS

ARTICLE 46 bis (nouveau)

Réorganisation de la sécurité sanitaire des produits cosmétiques et de tatouage

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement inséré lors de l'examen à l'Assemblée nationale, vise à réorganiser le dispositif de sécurité sanitaire des produits cosmétiques et de tatouage, dans le prolongement de travaux menés par la Cour des comptes et les corps d'inspection.

Il propose de transférer, à compter de 2024, des compétences jusqu'alors exercées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS) d'une part et à la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) d'autre part.

La commission des finances propose de modifier cet article par un amendement strictement rédactionnel.

I. LE DROIT EXISTANT : LA SURVEILLANCE SANITAIRE DES COSMÉTIQUES ET PRODUITS DE TATOUAGE RELÈVE DE L'AGENCE EN CHARGE DE LA SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA CONCURRENCE ET DE LA CONSOMMATION

Une modification intervenue en 1993 de la directive européenne relative aux cosmétiques¹ a imposé à chaque État membre de disposer d'une autorité d'évaluation de la sécurité pour tout produit cosmétique placé sur le marché.

Pour se conformer à ces dispositions, la France a donné compétence à l'**Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)**, dès sa création en 1998², en matière d'application des lois et règlements

¹ Directive 93/35/CEE du Conseil du 14 juin 1993 modifiant, pour la sixième fois, la directive 76/768/CEE concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux produits cosmétiques.

² Par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

relatifs aux **produits cosmétiques**. Cette mission a été étendue, en 2004, aux **produits de tatouage**¹. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a repris les compétences de l'AFSSAPS en la matière lorsqu'elle lui a succédé en 2011.

Par ailleurs, les **agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)** ont qualité pour rechercher et constater les infractions aux lois et règlements relatifs aux produits cosmétiques et de tatouage, au titre de leur mission générale de surveillance du marché et de protection des consommateurs. Des pouvoirs élargis en matière de cosmétiques ont également été conférés à la **direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)** par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016².

S'agissant des **cosmétiques**, la cadre réglementaire actuellement applicable découle du règlement européen (CE) n° 1223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 relatif aux produits cosmétiques. Celui-ci vise à protéger le consommateur sous l'angle de la santé humaine. Le règlement REACH³ leur est cependant applicable au titre de la sécurité environnementale et de la sécurité au travail.

Les **produits de tatouage** relèvent principalement d'une réglementation nationale établie en 2014⁴ et largement inspirée de celle régissant les cosmétiques. Toutefois, les encres de tatouage font l'objet depuis le 4 janvier 2022 d'une réglementation européenne⁵ intégrée dans le règlement REACH et imposant des restrictions à l'utilisation de certaines substances ou de certains pigments.

Les **compétences de l'ANSM** portent essentiellement sur l'évaluation du risque (expertise des substances utilisées, gestion des déclarations d'effets indésirables), l'inspection des opérateurs des filières « cosmétiques » et « tatouages » et le contrôle des produits en laboratoires.

¹ Article 149 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

² 17° du 4 de l'article 38 du code des douanes.

³ Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH) et instituant une agence européenne des produits chimiques.

⁴ Articles L. 513-10-1 à L. 513-10-10 du Code de la santé publique issus de la loi n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé.

⁵ Règlement (UE) n° 2020/2081 du 14/12/20 modifiant l'annexe XVII du règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), en ce qui concerne les substances contenues dans les encres de tatouage et les maquillages permanents.

La DGCCRF exerce un rôle de surveillance du marché, adossé aux capacités d'analyse des produits du service commun des laboratoires (SCL), résultant de la fusion du laboratoire des douanes et de celui de la concurrence et de la répression des fraudes.

La DGDDI contrôle les importateurs et les produits lors de leur entrée ou de leur transit sur le territoire national.

II. LE DISPOSITIF CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE : UN TRANSFERT DES MISSIONS D'EXPERTISE À L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL

Dans une enquête réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat et remise en novembre 2019, la **Cour des comptes**¹ a souligné que la **vigilance sur les produits cosmétiques** était éloignée du champ d'action historique de l'ANSM, dans la mesure où les produits cosmétiques ne sont destinés ni à des professionnels ni à des usagers du système de santé, et ne répondent pas, contrairement aux produits de santé, à une logique d'équilibre bénéfice/risque². Ainsi, **l'ANSM n'a jamais considéré cette compétence comme une priorité**, « *laissant de fait ce secteur très insuffisamment suivi* ». La Cour des comptes appelait à « *mettre un terme à cette situation de quasi-abandon, dans un secteur qui n'est pas exempt de risques* ».

En mars 2020, un **rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances**³ confirmait ce désinvestissement de l'ANSM. Il insistait sur la **nécessité d'une remobilisation**, au regard des enjeux sanitaires, mais également réglementaires au niveau européen, liés aux produits cosmétiques et aux produits de tatouage. Considérant qu'aucune solution d'organisation ne s'imposait avec évidence et qu'aucun acteur ne pouvait concentrer l'essentiel des missions, il estimait que celles-ci devaient être réparties entre **un acteur « expert »** en charge de l'évaluation *a priori* des risques et du traitement des signaux et **un ou des acteurs de surveillance**. S'agissant de l'expertise scientifique, il soulignait les **atouts de l'ANSM**, malgré son désengagement, **mais jugeait supérieurs ceux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS)**, compte tenu de sa connaissance des substances et de sa capacité à repérer et traiter les effets indésirables. Il considérait que l'essentiel, voire une part accrue, de la surveillance du marché devait reposer sur la DGCCRF et le service commun

¹ Rapport d'information n° 187 (2019-2020) de Mme Martine Berthet - 11 décembre 2019.

² Les produits cosmétiques et les produits de tatouage s'adressent à l'ensemble de la population et la réglementation prévoit qu'ils ne doivent emporter aucun risque pour le consommateur et ce, quelque soient les bénéfices revendiqués par leur fabricant.

³ Organisation de la sécurité sanitaire des produits cosmétiques et de tatouage : état des lieux et évolutions souhaitables - rapport conjoint IGAS et IGF - mars 2020.

des laboratoires (SCL), les importations relevant des douanes.

Le **Gouvernement**, suivant les conclusions de ces travaux, a déposé un **amendement au projet de loi de finances**, inclus dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, visant à **réorganiser la gouvernance de la sécurité sanitaire des produits cosmétiques et des produits de tatouage autour de deux acteurs principaux** : l'ANSÉS pour les missions d'expertise et de vigilance actuellement du ressort de l'ANSM, la DGCCRF pour les missions de déclaration des établissements, d'inspection, de contrôle et de surveillance du marché, qu'elle partageait précédemment avec l'ANSM.

Plus précisément, **l'article 46 bis** :

- **confie à l'ANSÉS la vigilance sur les produits cosmétiques et les produits de tatouage** (article L. 1313-1 du code de la santé publique) et **lui transfère la compétence**, relevant actuellement de l'ANSM, **pour recevoir les déclarations d'effets indésirables** (articles L. 5131-5 et L. 513-10-8 du code de la santé publique) et **mettre en demeure la personne responsable** de communiquer les informations nécessaires en cas de doute sérieux quant à la sécurité d'une substance entrant dans la composition d'un produit (articles L. 5131-6 et L. 513-10-9 du code de la santé publique) ;

- **confie à l'autorité en charge de la concurrence et de la consommation (DGCCRF) le contrôle**, actuellement exercé par l'ANSM, **de la déclaration d'ouverture et d'exploitation des établissements** fabriquant des produits cosmétiques et des produits de tatouage (articles L. 5131-2 et L. 513-10-2 du code de la santé publique) ;

- maintient la **compétence de l'ANSM** pour publier les **principes de bonnes pratiques de laboratoire** applicables aux études de sécurité non cliniques destinées à évaluer la sécurité des produits cosmétiques (articles L. 5131-4 du code de la santé publique) et à l'évaluation de la sécurité des produits de tatouage pour la santé humaine, son rôle étant cependant ramené à la formulation d'un simple avis, et non d'une proposition, dans l'énonciation des bonnes pratiques de fabrication de ces produits, lesquelles sont toujours arrêtées par les ministres chargés de la consommation et de la santé (article L. 513-10-3 du code de la santé publique) ;

- maintient les compétences des **différentes catégories d'agents habilités à mener des inspections en matière de produits cosmétiques et produits de tatouage** (articles L. 5411-1, L. 5412-1, L. 5413-1 et L. 5414-1 du code de la santé publique) ;

- modifie en conséquence les dispositions mentionnant les compétences des différents organismes concernés (articles L. 5131-3, L. 531-1, L. 5312-4-3 et L. 5313-1 du code de la santé publique et article L. 521-2 du code de l'environnement) et fixant le régime des sanctions pénales (articles L. 5431-2, L. 5431-8 ; L. 5431-9, L. 5437-2 et L. 5437-5 du code de la santé publique).

Par ailleurs, le III de l'article 46 *bis* **habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance** dans un délai d'un an suivant la promulgation de la loi de finances les mesures :

- mettant en cohérence les codes et lois non codifiées avec les dispositions précédentes ;

- établissant un dispositif de certification des établissements de fabrication ou de conditionnement de produits cosmétiques attestant du respect des bonnes pratiques de fabrication des produits cosmétiques afin d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine.

Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Enfin, l'article 46 *bis* fixe la **date d'entrée en vigueur des nouvelles attributions de compétences au 1^{er} janvier 2024**.

Toutefois, il est proposé que l'ANSM demeure compétente pour prendre les décisions concernant l'enregistrement des déclarations d'ouverture ou d'exploitation d'établissements de fabrication ou de conditionnement de produits cosmétiques ou de produits de tatouage déposées avant le 1^{er} janvier 2024.

III. LA POSITION DE LA COMMISSION DES FINANCES : UNE RÉFORME S'APPUYANT SUR DES CONSTATS ÉTAYÉS MAIS MENÉE SELON UNE PROCÉDURE DISCUTABLE

La **nécessité d'une réorganisation de la gouvernance de la sécurité sanitaire des produits cosmétiques et des produits de tatouage** a été mise en évidence à plusieurs reprises, en particulier par la Cour des comptes et le rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF.

Le **transfert à l'ANSÉS de la plupart des missions d'expertise jusqu'ici confiées à l'ANSM** et le **renforcement du rôle de la DGCCRF** découlent des conclusions de ces travaux. Ceux-ci ont également souligné la nécessité de rehausser l'effort budgétaire, notamment pour les ressources humaines affectées aux missions d'expertise.

Les nouvelles compétences confiées à l'ANSÉS auront un **impact sur la mission « Santé »**. Le projet annuel de performance relatif à cette mission et annexé au projet de loi de finances pour 2023 précise qu'une « dotation d'amorçage » de 0,2 million d'euros est prévue à ce titre en 2023, des compléments de dotation devant intervenir à hauteur de 1,8 million d'euros en 2024 puis de 2,3 millions d'euros en 2025.

Il est toutefois discutable qu'une telle réforme soit proposée dans un projet de loi de finances par la voie d'un amendement tardivement déposé, alors que les constats et les options d'évolution ont été formulés il y a près de trois ans.

La commission des finances a adopté un amendement de précision législative n° II-26 et, sous réserve des observations qui précèdent, propose d'adopter l'article ainsi modifié.

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 46 bis (nouveau)

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

La commission des finances propose d'adopter un article additionnel transformant l'aide médicale d'État en aide médicale de santé publique couvrant une gamme de soins comparable à celle prise en charge pour les étrangers en situation irrégulière dans la plupart des pays européens.

Les modifications législatives et réglementaires apportées en 2020 au dispositif de l'aide médicale d'État (AME) sont insuffisantes pour véritablement maîtriser la charge budgétaire de l'AME dont le montant atteindrait 1,2 milliard d'euros pour 2023, soit une augmentation de 133 millions d'euros (+ 12,4 %) par rapport aux crédits inscrits en loi de finances initiale pour 2022.

Cette augmentation continue et non maîtrisée des dépenses rend d'autant moins justifiée la singularité du dispositif de l'AME qui se caractérise par une étendue des soins pris en charge notablement plus large que celle assurée dans les autres pays européens pour les étrangers en situation irrégulière.

Dans la plupart des pays voisins, seuls les soins urgents, les soins liés à la maternité, les soins aux mineurs et les dispositifs de soins préventifs dans des programmes sanitaires publics sont pris en charge gratuitement

La commission des finances propose, dans ces conditions, de remplacer l'AME par une aide médicale de santé publique.

Ce dispositif a été adopté par le Sénat, sur proposition de la commission des finances et de la commission des affaires sociales, dans le projet de loi de finances pour 2021, mais n'a pas été retenu dans le texte définitivement adopté par l'Assemblée nationale.

Il reprend les contours d'un amendement précédemment adopté à deux reprises par le Sénat mais non retenu par l'Assemblée nationale, en juin 2018 à l'initiative de Roger Karoutchi, dans le projet de loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie et à l'initiative de la commission des finances dans le projet de loi de finances pour 2020.

L'aide médicale de santé publique assurerait une prise en charge couvrant :

1° la prophylaxie et le traitement des maladies graves et les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ;

2° les soins liés à la grossesse et ses suites ;

3° les vaccinations réglementaires ;

4° les examens de médecine préventive.

Le dispositif, applicable au 1^{er} janvier 2023, reprendrait les conditions de résidence, d'obligation de comparution physique et, pour les soins non-vitaux, de délai d'ancienneté et d'accord préalable introduits dans le code de l'action sociale et des familles par la loi de finances pour 2020.

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

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 2 novembre 2022, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission des finances a procédé à l'examen du rapport de M. Christian Klinger, rapporteur spécial, sur la mission « Santé ».

M. Christian Klinger, rapporteur spécial de la mission « Santé ». – Chaque année, nous émettons des doutes quant à la pertinence de cette mission « Santé », qui se trouve déséquilibrée entre l'aide médicale d'État (AME) – dont la maîtrise budgétaire n'est toujours pas assurée – et un programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » peu à peu vidé de toute substance, qui se résume à des actions de santé publique hétérogènes et résiduelles. Cependant, un élément nouveau intervient cette année puisqu'un troisième programme apparaît, doté de près de 2 milliards d'euros. Ainsi, les crédits proposés pour la mission sont deux fois et demie supérieurs à ceux votés en 2022.

Le nouveau programme 379, placé sous la responsabilité du directeur de la sécurité sociale, recueille les crédits européens de la Facilité pour la relance et la résilience destinés à la France, qui soutiennent le volet investissement du Ségur de la santé.

Selon mes informations, la création de ce programme doit intervenir dès 2022 et figurera dans le projet de loi de finances rectificative (LFR) examiné ce matin en conseil des ministres.

Le volet investissement du Ségur de la santé représente un montant total de 19 milliards d'euros, dont 6 milliards proviennent de cette facilité de relance européenne, dont les versements doivent s'échelonner entre 2021 et 2026. Une première tranche de près de 800 millions d'euros a ainsi été versée à la France en 2021. L'État l'a attribuée à l'assurance maladie au moyen d'une majoration d'affectation de la TVA, inscrite dans la LFR de fin de gestion 2021.

La création d'un programme budgétaire spécifique pour recevoir les cinq autres tranches, dont 1,1 milliard d'euros dans le prochain projet de loi de finances rectificative (PLFR) et 1,9 milliard d'euros dans le PLF pour 2023, semble favorable pour assurer la traçabilité de ces fonds.

Ce programme sert toutefois de simple canal de transmission à l'assurance maladie et ne redonne aucune substance particulière à la mission « Santé » en termes de politique publique.

Par ailleurs, s'agissant de la nomenclature budgétaire, je rappelle que, à l'initiative du Sénat, un programme relatif à la carte vitale biométrique a été créé dans le cadre de la mission « Santé » et qu'il s'est vu doter de 20 millions d'euros par la LFR d'août 2022.

Toutefois, nous ne retrouvons pas ce programme dans le PLF 2023. J'ai appris que des actions concourant à l'utilisation de la biométrie pour la bonne identification des assurés sociaux devaient être financées par ces crédits d'ici la fin de l'année. D'autres développements pourraient intervenir, en fonction des conclusions de la mission confiée à l'inspection générale des affaires sociales (Igas) sur ce sujet. Mais le Gouvernement considère que cette réforme devrait être financée par les régimes d'assurance maladie, puisqu'ils gèrent la carte vitale à travers le programme SESAM-Vitale.

J'en viens au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». De nombreuses actions financées par ce programme ont été transférées à l'assurance maladie au fil des années. La part restante forme un ensemble hétérogène : dépenses de contentieux, prise en charge du système de santé à Wallis-et-Futuna, subventions pour l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), qui en reçoivent aussi d'autres missions.

Néanmoins, au cours des trois dernières années, l'État a rapatrié sur ce programme, pour les besoins de la gestion de la crise sanitaire, des crédits provenant de l'assurance maladie, en créant un fonds de concours alimenté par Santé publique France. Plus de 800 millions d'euros ont ainsi été consommés en 2020 et 2021. En outre, 160 millions d'euros ont encore été inscrits sur le fonds de concours en 2022. Le rapport comporte des détails sur les opérations et dispositifs ainsi financés, comme l'achat de matériel, les évacuations sanitaires, les systèmes d'information ou les numéros verts.

Ce fonds de concours doit être mis en extinction. De plus, la répartition des missions entre l'État et Santé publique France en matière de veille sanitaire et de préparation aux crises doit être clarifiée et stabilisée.

L'inscription pour 2023 d'un crédit supplémentaire de 2 millions d'euros constituant une provision pour des évacuations sanitaires, comme celles qui ont été effectuées depuis les Antilles vers l'Hexagone au second semestre 2021, constitue de ce point de vue un timide début de rebudgétisation.

De même, dans un objectif de veille sanitaire, les dotations destinées aux systèmes d'information sont renforcées pour développer une base de données provenant des résultats d'analyses biologiques, qui doit succéder au système d'information national de dépistage (SI-DEP) financé par le fonds de concours.

Globalement, le programme 204 est doté de 216 millions d'euros, ce qui représente une légère augmentation de 1,6 %. En outre, si j'ai mentionné deux mesures nouvelles, les principaux postes de dépenses connaissent une grande stabilité.

Toutefois, je relève une diminution importante de la dotation versée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), puisque celle-ci passe de 43 à 32 millions d'euros. Il s'agit de tenir compte de la sous-consommation significative des crédits pour le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine.

À la fin du mois de septembre, j'ai présenté à la commission les résultats d'un contrôle effectué à ce sujet cette année. Un nouvel ajustement de la dotation – d'autres ayant eu lieu depuis 2019 – paraît cohérent avec les prévisions de consommation. Mais il n'a pas vocation à être pérennisé au-delà de 2023. Le Gouvernement entend revenir dès 2024 au niveau de crédits de cette année, dans l'hypothèse d'un recours plus important au dispositif d'indemnisation.

Comme les années précédentes, le programme 204 finance aussi un grand nombre d'actions extrêmement dispersées, pour des montants généralement faibles. Elles paraissent loin de disposer d'une masse critique suffisante pour prétendre produire un réel impact quant aux objectifs de santé publique poursuivis.

Le nouveau programme recueillant les crédits européens mis à part, l'AME demeure l'élément principal de la mission « Santé ». Au cours de la période 2020-2022, deux facteurs ont joué sur le recours à ce dispositif.

En premier lieu, la crise sanitaire a entraîné une baisse des entrées sur le territoire, mais aussi une diminution du nombre de sorties et des prolongations exceptionnelles de droits. Nous avons observé une moindre consommation de soins pendant le confinement. Cependant, un financement a été garanti aux hôpitaux au niveau des ressources reçues de l'AME en 2019, même en cas de moindre activité.

En second lieu, des modifications législatives et réglementaires ont été adoptées. D'une part, elles restreignent le bénéfice de l'assurance maladie pour les étrangers qui ne sont plus en situation régulière, prévoyant une réduction de 12 à 6 mois du maintien des droits après l'expiration des titres de séjour, avec un effet de report sur l'AME. D'autre part, elles imposent des conditions supplémentaires pour l'accès à l'AME : condition de durée minimale de séjour irrégulier de trois mois et délai d'ancienneté de neuf mois pour l'accès à des soins programmés, sauf accord du contrôle médical. J'ai constaté que l'effet de ces différentes mesures n'a pas été évalué *a priori*, ni mesuré *a posteriori*.

En outre, le nombre de bénéficiaires continue d'augmenter, passant de 335 000 début 2020 à près de 400 000 fin juin 2022. Ainsi, la dépense a baissé de 5 % en 2020 en raison du confinement, mais elle a augmenté de près de 10 % en 2021.

En 2023, le Gouvernement propose une majoration de 133 millions d'euros des crédits d'AME, qui portera exclusivement sur l'AME de droit commun, c'est-à-dire hors soins d'urgence délivrés aux non-bénéficiaires. Le montant total de l'AME dépasse ainsi 1,2 milliard d'euros, dont 1,14 milliard est consacré à l'AME de droit commun, ce qui représente une hausse de 13,2 % par rapport au montant inscrit en loi de finances initiale pour 2022.

Cette programmation se fonde sur une prolongation de l'évolution tendancielle du nombre d'étrangers en situation irrégulière, observée avant la crise sanitaire, et l'on peut s'en étonner à plusieurs titres. D'abord, le Gouvernement veut renforcer l'exécution des mesures d'éloignement et annonce un projet de loi pour 2023.

De plus, des mesures de contrôle et de lutte contre la fraude ont été mises en place en 2020 et 2021. Il n'est pas envisagé de les renforcer.

Enfin, la dotation de l'AME de droit commun pour 2023 dépasse de près de 200 millions d'euros la prévision d'exécution pour 2022, alors même que l'État dispose désormais d'une créance sur l'assurance maladie au titre de l'AME, qui pourrait atteindre 45 millions d'euros fin 2022.

Par ailleurs, il faut bien reconnaître que les modifications législatives et réglementaires apportées il y a deux ans n'ont pas produit d'impact significatif et paraissent insuffisantes pour maîtriser la charge budgétaire de l'AME.

Ces éléments conduisent à reposer la question, plusieurs fois abordée dans notre assemblée, de l'étendue des soins pris en charge par l'AME. À ce titre, je rappelle que dans la plupart des pays européens, seuls les soins urgents, les soins liés à la maternité, les soins aux mineurs et les dispositifs de soins préventifs dans le cadre de programmes sanitaires publics sont pris en charge gratuitement pour les étrangers en situation irrégulière. Par l'éventail des soins couverts, l'AME constitue une exception par rapport aux pays voisins. Celle-ci semble difficile à justifier dans un contexte d'augmentation continue et non maîtrisée de la charge budgétaire qu'elle constitue.

En conclusion, les fortes réserves exprimées ces dernières années sur la cohérence et le pilotage de cette mission « Santé » restent valables.

La création d'un programme budgétaire pour diriger vers l'assurance maladie les fonds européens de soutien à l'investissement en santé paraît plutôt opportune.

La forte majoration des crédits d'AME semble difficilement justifiable. Je vous proposerai donc deux amendements. L'un vise à réduire ces crédits de 350 millions d'euros pour les ajuster à une évolution maîtrisée du nombre de bénéficiaires, l'autre à redéfinir le périmètre de la prise en charge par l'État des soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière en

modifiant le code de l'action sociale et des familles pour transformer l'aide médicale d'État en aide médicale de santé publique.

Je propose donc l'adoption des crédits de la mission, assortis de ces modifications.

M. Jean-François Husson, rapporteur général. – Je souscris à la remarque du rapporteur spécial sur le fonds de concours Santé publique France, qui a vu ses montants augmenter sans aucune intervention du Parlement, ainsi qu'à la proposition qui est faite de le mettre en extinction et de clarifier les responsabilités et les prises en charge budgétaires en matière de veille sanitaire et de préparation aux situations de crise.

Par ailleurs, les crédits d'AME progressent sur le rythme d'augmentation tendancielle de ces dernières années, rien n'étant fait face à cette charge budgétaire non maîtrisée. Pour chaque mission budgétaire, il faut pourtant tenter d'atteindre le niveau de dépense pertinent.

Mme Christine Lavarde. – Je voudrais revenir sur l'abandon de la réforme de la carte vitale biométrique. En effet, seuls 20 millions d'euros sont inscrits dans la première LFR de 2022, qui ne seront pas suffisants pour mener ce chantier à terme. Vous avez expliqué que de petites mesures seraient mises en place. Or j'avais compris que cette somme serait utilisée en 2022 pour définir un cahier des charges permettant ensuite la bascule vers un nouveau système. Si ce n'est pas le cas, ces 20 millions d'euros sont dépensés de façon inutile.

M. Claude Raynal, président. – Ont-ils seulement été dépensés ?

Mme Isabelle Briquet. – L'augmentation significative de l'AME correspond à une situation de fait : le nombre de personnes concernées augmentant, il est normal que cette aide connaisse une hausse. De plus, nous observons un effet rattrapage, que les documents budgétaires montrent bien, à cause de la crise du covid. Je ne vois pas matière à s'alarmer. Au contraire, on pourrait s'enorgueillir du fait que notre pays prenne en charge la santé des personnes vivant en situation irrégulière sur notre sol.

Quant à votre appréciation personnelle de la question, vous semblez vous tromper de sujet. Quand nous sommes un certain nombre à parler de santé, vous parlez d'immigration, ce qui n'est pas le but de cette mission budgétaire. Nous ne sommes pas en accord avec vos conclusions et ne soutiendrons pas les amendements que vous présentez.

M. Jean-Marie Mizzon. – J'aimerais soulever une question qui ne se trouve pas dans le rapport. Je sais que celui-ci n'entre pas dans le concret des mesures de santé, mais il me semblait que la prévention représentait une source d'économies pour le budget de la santé. Les crédits qui lui sont réservés sont-ils majorés dans une perspective de meilleure gestion ?

M. Roger Karoutchi. – Il y a quatre ou cinq ans, un ministre nous assurait ici même que jamais l'AME n'atteindrait 1 milliard d'euros. Pourtant, nous y sommes. Et à ceux qui pensent que ce dispositif représente une solution miracle, je voudrais dire qu'il sert avant tout d'argument majeur aux passeurs. En effet, il représente une différence cruciale par rapport aux pays tels que l'Espagne, le Royaume-Uni ou l'Allemagne, qui ont tous revu leur système pour réduire leur offre. Si nous n'en faisons pas de même comme le propose le rapporteur spécial, nous continuerons de faire figure de puissance attractive, et nous ne parviendrons pas à réguler l'immigration. En 2020, nous avons retiré des amendements sur l'AME au prétexte que le Gouvernement allait prendre des mesures pour assurer plus de contrôles, ce qui ne s'est pas fait. Il nous faut prendre des décisions et nous verrons si le Gouvernement en tiendra compte, lorsque le projet de loi reprenant ces thèmes sera débattu début 2023.

M. Christian Klinger, rapporteur spécial. – En ce qui concerne la carte vitale biométrique, la direction de la sécurité sociale reste évasive. Une mission de l'IGAS a été lancée. En tout état de cause, tout développement à venir serait du ressort de l'assurance maladie.

Monsieur Mizzon, la prévention relève pour l'essentiel de l'assurance maladie. La mission « Santé » finance très peu d'actions de prévention.

Vous ne faites pas le lien entre santé et immigration, madame Briquet, mais s'il n'y avait pas d'étrangers en situation irrégulière, il n'y aurait pas d'AME. C'est mathématique et, chaque année, nous observons une augmentation du nombre d'étrangers en situation irrégulière entraînant celle des dépenses d'AME. Nous pouvons continuer à nous voiler la face, ou nous pouvons faire ce que font les autres pays européens : circonscrire le panier de soins. Une personne se présentant à l'hôpital avec un bras cassé sera toujours soignée, mais il faut faire passer le message qu'en France, le tourisme médical n'est plus possible.

Article 27

L'amendement n° 1 est adopté.

La commission a décidé de proposer au Sénat d'adopter les crédits de la mission « Santé », sous réserve de l'adoption de son amendement.

EXAMEN DE L'ARTICLE ADDITIONNEL RATTACHÉ

Article additionnel après l'article 46

L'amendement n° 2 est adopté.

La commission a décidé de proposer au Sénat l'adoption de cet article additionnel.

Réunie le mercredi 2 novembre 2022, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission des finances a décidé de proposer au Sénat l'adoption des crédits de la mission tels que modifiés par un amendement de crédits n° [II-24](#) réduisant le montant de l'aide médicale d'État pour tenir compte de sa transformation en une aide médicale de santé publique comparable à celle en vigueur dans les principaux pays voisins. Elle a également proposé l'adoption d'un article additionnel modifiant en ce sens le code de l'action sociale et des familles (amendement n° [II-25](#)).

*

* *

Réunie à nouveau le jeudi 17 novembre 2022, sous la présidence de M. Claude Raynal, président, la commission a confirmé sa décision de proposer au Sénat d'adopter les crédits de la mission « Santé » tels que modifiés par son amendement de crédits et son amendement portant article additionnel après l'article 46 *bis*. Elle a adopté un amendement rédactionnel n° [II-26](#) à l'article 46 *bis* et décidé de proposer au Sénat l'adoption de cet article ainsi modifié.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Direction générale de la santé

- Mme Danielle METZEN-IVARS, cheffe du service des politiques d'appui au pilotage et de soutien et secrétaire générale ;
- M. Grégoire RULLIER, chef du bureau budgétaire.

Direction de la sécurité sociale

- M. Laurent GALLET, chef de service adjoint du directeur ;
- Mme Caroline COZ, adjointe de la cheffe du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé.

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/pjlf2023.html>