

N° 143

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 24 novembre 2016

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2017, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME VI

SANTÉ

Par M. René-Paul SAVARY,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 4061, 4125 à 4132 et T.A. 833

Sénat : 139 et 140 à 146 (2016-2017)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES.....	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. LE PROGRAMME 204 : LA POURSUITE DE L'ÉROSION DES CRÉDITS.....	9
A. DE NOUVELLES BAISSES DES MOYENS ALLOUÉS AUX OPÉRATEURS SANITAIRES	9
B. L'AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE : UNE INSTALLATION NÉCESSITANT STABILITÉ ET PRÉVISIBILITÉ	13
C. DES TRANSFERTS QUI POSENT QUESTION.....	15
II. LE PROGRAMME 183 : LA NÉCESSAIRE RÉVISION DU DISPOSITIF DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT	16
A. L'AME : UN DISPOSITIF AU DOUBLE ENJEU HUMANITAIRE ET DE SANTÉ PUBLIQUE, QUI NÉCESSITE D'ÊTRE RÉVISÉ	16
B. L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE : UNE DOTATION DE L'ÉTAT QUI N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX	19
EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ.....	21
<i>Article 62 quinquies</i> Indemnisation des victimes de la « Dépakine »	
EXAMEN EN COMMISSION.....	23
Liste des personnes auditionnées par le rapporteur pour avis	29

Les observations de la commission des affaires sociales

Réunie le **mercredi 23 novembre 2016**, sous la présidence de **M. Alain Milon, président**, la commission a examiné le **rapport pour avis de M. René-Paul Savary**, sur les crédits de la **mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2017**.

La commission relève que le projet de loi de finances pour 2017 fixe les crédits de la mission à 1,256 milliard d'euros, en hausse de 4,5 % à périmètre constant par rapport aux crédits initialement ouverts pour 2016. Cette évolution résulte de l'effet conjugué d'une baisse de 6 % des crédits du programme 204 « *prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* » et d'une hausse de près de 8,3 % des crédits du programme 183 « *protection maladie* ».

S'agissant du programme 204, la commission a toujours soutenu les efforts d'économies engagés pour contenir la dépense publique et appelé de ses vœux la poursuite de la simplification du paysage sanitaire, tout en restant très vigilante quant à l'adéquation entre les moyens alloués aux agences sanitaires et leur capacité à assurer leurs missions.

A cet égard, la commission regrette que l'Agence nationale de santé publique (ANSP), qui entamera le 1^{er} janvier prochain son premier exercice budgétaire en année pleine, ne puisse bénéficier de la prévisibilité et de la stabilité nécessaires à la bonne poursuite de son installation. L'agence sera en effet confrontée dans les années à venir à de nouvelles réductions importantes de ses niveaux de subvention et d'emplois, tandis qu'elle ne percevra plus aucune dotation de l'assurance maladie, contrairement à ce qui est prévu dans l'ordonnance du 14 avril 2016 prévoyant sa création.

De façon plus générale, votre commission s'inquiète de l'érosion continue des crédits du programme 204, en particulier dans le cadre des nombreux transferts de dépenses intervenus au cours des derniers exercices de l'État vers la sécurité sociale. Le projet de loi de finances pour 2017 prévoit un nouveau transfert à l'assurance maladie de la part du financement du fonds d'intervention régional (Fir) jusque-là assuré par l'État, pour un montant de 116 millions d'euros.

S'agissant du programme 183, la commission réitère les réserves déjà formulées sur la sous-budgétisation des crédits alloués à l'aide médicale d'État (AME) et le maintien de la dette de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie. De même, elle déplore le désengagement du Gouvernement dans le financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

La commission a émis un avis défavorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2017. Elle a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 62 *quinquies* qui prévoit un dispositif spécifique d'indemnisation des victimes de la « Dépakine ».

Mesdames, Messieurs,

Pour 2017, le projet de loi de finances fixe les crédits de la mission « Santé » à **1,256 milliard d'euros, en hausse de 4,5 %** à périmètre constant par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2016. Comme les années précédentes, cette hausse résulte de l'évolution en sens contraires des deux programmes de la mission :

- le **programme 204** relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins représente 35 % des crédits de la mission ; il retrace en particulier les subventions pour charges de service public versées à divers opérateurs sanitaires de l'Etat. Ses **crédits diminuent de 6 %** à périmètre constant, après une baisse de 2,4 % en 2016 par rapport à 2015 ;

- le **programme 183**, « protection maladie », qui représente 65 % du budget de la mission et se compose en quasi-totalité des crédits dédiés au financement de l'aide médicale d'Etat (AME), affiche quant à lui une **hausse de près de 8,3 %** en 2016, après 10 % en 2016 et 13,7 % en 2015.

Évolution des crédits des programmes 204 et 183 entre 2016 et 2017

(en euros en AE et en CP)

	LFI 2016	PLF 2017	Évolution	
			à périmètre courant	à périmètre constant
Programme 204	498 125 083*	433 079 516*	- 13 %	-6%
Programme 183	752 430 028	823 213 193	+ 9,4 %	+ 8,3%
Total mission	1 250 555 111*	1 256 292 709*	+ 0,5 %	+4,5 %

*en crédits de paiement

Source : *Projet annuel de performances pour 2017, page 11*

La mission « Santé » ne regroupe qu'une partie limitée des dépenses publiques en matière sanitaire, l'essentiel des dépenses engagées dans ce domaine relevant des lois de financement de la sécurité sociale. En outre, la mission ne comporte pas de dépenses de personnels, lesquelles relèvent du programme 124, « *Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative* » de la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* ». Enfin, la mission ne concerne que certains établissements publics du champ sanitaire dont la tutelle est assurée en tout ou partie par le ministère des affaires sociales et de la santé.

I. LE PROGRAMME 204 : LA POURSUITE DE L'ÉROSION DES CRÉDITS

A. DE NOUVELLES BAISES DES MOYENS ALLOUÉS AUX OPÉRATEURS SANITAIRES

Le programme « *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* », qui relève de la responsabilité de la direction générale de la santé, poursuit trois objectifs généraux :

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

Pour 2017, ce programme fait l'objet d'importantes modifications de périmètre liées à des transferts de dépenses de l'État vers la sécurité sociale. À compter de l'année prochaine, la contribution de l'État aux dépenses de prévention des agences régionales de santé (ARS) *via* le fonds d'intervention régional (Fir) est en effet transférée à l'assurance maladie. De plus, à la suite de la création de l'agence nationale de santé publique (ANSP) résultant du regroupement de trois opérateurs (l'Institut de veille sanitaire, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), le programme 204 financera désormais, à titre principal ou complémentaire, six opérateurs sanitaires de l'État, au lieu de huit auparavant. Dans ce cadre, la part du financement de l'ANSP jusque-là assurée par l'assurance maladie sera désormais prise en charge par l'État.

Dans la maquette budgétaire de la mission, ces modifications se traduisent par la suppression de l'action n° 13 dont les crédits ont été répartis entre les actions n° 12, 14, 16 et 17, ainsi que par la disparition de l'action n° 18 qui concernait les ARS. La subvention pour charges de service public versée à l'ANSP est désormais retracée à l'action n° 11.

Au total, la mise en œuvre des orientations du programme 204 se décline en sept actions dont l'évolution des crédits est présentée à périmètre courant dans le tableau ci-dessous.

**Évolution des crédits des actions du programme 204
entre 2016 et 2017 à périmètre courant**

(en millions d'euros en AE et en CP)

Intitulé de l'action	LFI 2016	PLF 2017	Variation
11 Pilotage de la politique de santé publique	91,4	187,7	+ 105 %
12 Santé des populations (<i>nouvel intitulé</i>)	25,5	1,1	- 95,5 %
13 Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	6,9	<i>action supprimée</i>	
14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52,1	55,9	+ 7,3 %
15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (<i>nouvel intitulé</i>)	19,1	19,4	+ 1,2 %
16 Veille et sécurité sanitaire (<i>nouvel intitulé</i>)	11,3	1,4	- 87,9 %
17 Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (<i>nouvel intitulé</i>)	131,6	130,3	- 0,9 %
18 Projets régionaux de santé	124,5	<i>action supprimée</i>	
19 Modernisation de l'offre de soins	35,7*	37,2*	+ 4,2 %
TOTAL	1 250,6*	1 256,3*	+ 0,5 %

**en crédits de paiement*

Source : Projet annuel de performances pour 2017, page 11

Depuis plusieurs années, les agences sanitaires relevant du programme 204 sont invitées à prendre leur part dans les efforts d'économies engagés pour contenir la dépense publique. Votre commission a toujours soutenu ce mouvement et appelé de ses vœux la poursuite de la simplification du paysage sanitaire, tout en restant très **vigilante quant à l'adéquation entre les moyens alloués aux agences et l'évolution de leurs missions.**

Compte tenu des efforts attendus dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques pour les années 2015 à 2017, le Gouvernement propose de fixer le montant total des subventions pour charges de service public versées aux opérateurs à **345 millions d'euros en 2017, soit une baisse de 2 % à périmètre constant par rapport à 2016.** Parallèlement, la diminution globale du plafond d'autorisations d'emplois et du nombre d'équivalents temps plein (ETP) se poursuit. **Il est ainsi prévu une suppression de 40 ETPT en 2017, contre 25 en 2016.**

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

(en millions d'euros)

Opérateur	LFI 2016	PLF 2017	Variation 2017/2016
Agence de la biomédecine (ABM)	13,9	13,8	- 0,7 %
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	113,7	112,7	- 0,9 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	13,4	14,3	+ 6,7 %
École des hautes études en santé publique (EHESP)	9,5	9,2	- 1,1 %
Institut national du cancer (INCa)	45,0	44,5	- 1,1 %
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)	10,6	150,5	- 5,5 % à périmètre constant (+ 67 % à périmètre courant)
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	23,8		
Institut de veille sanitaire (InVS)	55,7		
Total à périmètre constant	285,6	345,0	- 2 % à périmètre constant (+ 20,8 % à périmètre courant)

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

Opérateur	LFI 2016		PLF 2017		Variation 2017/2016
	<i>sous plafond</i>	<i>hors plafond</i>	<i>sous plafond</i>	<i>hors plafond</i>	
Agence de la biomédecine (ABM)	247	16	243	16	- 1,6 %
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	970	6	955	19	- 1,5 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	1 285	70	1 279	70	- 0,4%
École des hautes études en santé publique (EHESP)	325	71	313	32	- 3,7 %
Institut national du cancer (INCa)	149	12	145	12	- 2,7 %
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)	30	0	597	14	5,1 % (à périmètre courant)
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)	127	5			
Institut national de veille sanitaire (InVS)	411	9			
TOTAL	2 259	117	2 253	93	- 0,3 %

Source : Projets annuels de performances pour 2016 et 2017

La quasi-totalité des agences sont concernées par les nouvelles révisions à la baisse du montant des subventions qui leur sont allouées, **à l'exception de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).**

En application de l'ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010, cette dernière a pour mission principale de fournir une expertise scientifique indépendante et pluridisciplinaire sur la gestion des risques en matière de santé environnementale, professionnelle et alimentaire. Pour 2017, le montant de la subvention pour charges de service public allouée à l'Anses s'élève à 14 millions d'euros, en hausse de près de 7 % par rapport à 2016. Selon les explications fournies par le Gouvernement, ce montant a été déterminé en tenant compte des efforts d'économies demandés mais également des nouvelles missions assumées par l'agence. L'Anses a en effet été amenée à reprendre le 1^{er} janvier 2016 la mission de pilotage de la toxicovigilance assurée auparavant par l'Institut de veille sanitaire (InVS) puis, à compter du 1^{er} juillet, celle de la délivrance des autorisations de mise sur le marché des produits biocides. Les missions de l'Anses ont une nouvelle fois été élargies à compter du 22 août 2016 dans le cadre de la mise en œuvre de la directive « tabac ». Elles s'ajoutent à celles prises en charge à compter de 2015 (délivrance des autorisations de mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et matières fertilisantes et supports de culture ; mise en place de la phyto-pharmacovigilance). Ces élargissements successifs ont conduit l'agence à conclure avec ses ministères de tutelle, en décembre 2015, un avenant au contrat d'objectifs et de performances (Cop). Celui-ci a été prolongé jusqu'à la fin de l'année 2017 et son contenu a évolué pour intégrer les évolutions de périmètre des missions de l'agence.

En ce qui concerne l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), votre rapporteur constate le maintien d'une situation particulièrement fragile. Instituée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé, l'ANSM s'est substituée le 1^{er} mai 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afssaps) à la suite de la crise du « Médiator ». Sa mission est d'assurer la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie et de garantir à tous les patients un accès équitable à l'innovation. Elle dispose pour ce faire d'un pouvoir de police sanitaire et prend chaque année plus de 80 000 décisions.

Depuis 2012, les ressources de l'agence sont principalement constituées d'une subvention de l'État, qui représente à elle seule 40 % du montant total des subventions allouées sur la mission « Santé ». Ses autres ressources sont constituées de produits provenant de l'agence européenne du médicament (EMA), de l'OMS, du Conseil de l'Europe ainsi que de conventions d'études et de recherche. Le mode de financement qui prévalait antérieurement, reposant sur des taxes affectées, a été supprimé afin de renforcer l'indépendance de l'opérateur par rapport à l'industrie pharmaceutique.

A la suite des baisses successives des ressources de l'agence au cours des derniers exercices, celle-ci a été conduite à équilibrer ses budgets, votés en déficit, par des prélèvements opérés sur son fonds de roulement. Le niveau atteint par ce dernier ne lui permet toutefois plus aujourd'hui de servir de variable d'ajustement. **Pour 2017, le projet de loi de finances fixe le niveau de la subvention pour charges de service public à 112,7 millions d'euros contre 135 millions en 2012.** Compte tenu de la situation dégradée du fonds de roulement, ce montant ne permet pas de compenser le déficit budgétaire de l'agence.

Dans ce contexte, en accord avec son ministère de tutelle, l'ANSM a mis en œuvre dès cette année un premier plan d'économies prévoyant de lisser les efforts d'économies demandés à l'agence sur seize mois au lieu de douze. Alors que l'agence est conduite à assumer toujours plus de missions, les plans d'économies successifs ont entraîné une *« réorganisation du fonctionnement de l'agence d'une part, avec une forte accentuation des priorisations conduisant à reporter, voire à geler, certaines opérations et, d'autre part, une réduction forte des budgets d'intervention notamment ceux de la recherche »*¹. Dans ces conditions, il semble que les efforts d'économies demandés à l'agence aient désormais atteint leurs limites et qu'il ne sera dorénavant plus possible de les poursuivre sans mettre en danger la mise en œuvre des missions conférées à l'ANSM par le législateur et sans nuire aux conditions de travail de ses personnels.

B. L'AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE : UNE INSTALLATION NÉCESSITANT STABILITÉ ET PRÉVISIBILITÉ

L'année dernière, les trois opérateurs qui allaient donner naissance à « Santé publique France » avaient été exonérés de la réduction d'emploi prévue par le Gouvernement. Votre commission s'était félicitée de cette stabilité, qu'elle jugeait indispensable pour assurer la réussite de la fusion. Elle était d'autant plus justifiée que ces trois opérateurs avaient déjà fourni des efforts importants pour réduire leurs dépenses de fonctionnement au cours des exercices précédents.

¹ Réponses de l'ANSM au questionnaire de votre rapporteur.

Entre 2010 et 2015, le montant des subventions allouées aux trois opérateurs a en effet diminué de 80,2 millions d'euros au total, soit une réduction de 23 %, tandis que leurs plafonds d'emplois étaient réduits de 65 ETP. La contraction des moyens a tout particulièrement affecté l'Eprus. En effet, au cours des cinq dernières années :

- l'Inpes a connu une baisse d'un tiers de son budget (de 119 à 77,5 millions d'euros) et de 14 % de ses effectifs autorisés (de 147 à 127 ETP) ;
- l'InVS une baisse de 10 % de son budget (ramené de 64,5 à 57,5 millions d'euros) et de 9 % de ses effectifs autorisés (passés de 432 à 392 ETP) ;
- et l'Eprus une baisse de plus de 40 % (ramené de 73,6 à 41,7 millions d'euros) et de 14 % des effectifs autorisés (de 35 à 30 ETP).

De fait, les budgets de l'Inpes et de l'InVS n'ont pu être présentés en équilibre ni en 2014, ni en 2015, ce qui a conduit à des prélèvements sur les fonds de roulement des deux opérateurs.

La stabilisation des moyens a par ailleurs été rendue nécessaire par les adaptations de l'organisation interne appelées, à compter de cette année, par la mise en œuvre des nouvelles règles de gestion financière liées à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP).

Le 1^{er} janvier prochain, l'ANSP entamera son premier exercice budgétaire en année pleine. De nombreux défis l'attendent, en particulier la poursuite du regroupement de l'ensemble des personnels sur un site unique et l'appropriation de nouveaux outils informatiques. Les prochaines années seront décisives pour que l'agence trouve sa place en tant qu'opérateur de référence en matière de veille, de prévention et de réponse aux alertes sanitaires.

Votre rapporteur estime que ces enjeux appellent une relative stabilité des moyens alloués à l'agence et surtout de la prévisibilité. Or, l'ANSP verra dès l'année prochaine ses effectifs diminuer de 20 ETPT dans le cadre d'une réduction des effectifs de 10 % sur trois ans prévue par le Gouvernement. Dans ce contexte, des tensions sociales grandissantes se sont fait jour au sein de l'agence, des inquiétudes légitimes s'exprimant sur sa capacité à mener à bien ses missions.

De plus, l'agence ne percevra plus aucune dotation de l'assurance maladie à compter de l'année prochaine, contrairement à ce qui avait été négocié dans le cadre de la préparation de l'ordonnance du 14 avril 2016 créant l'ANSP¹, dont le Sénat a autorisé la ratification en première lecture le 27 octobre dernier.

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

Cette ordonnance prévoit en effet le principe d'une participation de l'assurance maladie destinée aux missions de prévention de l'ANSP. Cette solution permettait de sanctuariser ces crédits pour la prévention, en les mettant à l'abri des régulations prévues sur le programme 204. A son article 26, le projet de loi de finances pour 2017 prévoit cependant de supprimer définitivement cette dotation de l'assurance maladie. Celle-ci serait désormais prise en charge par l'État à hauteur de 65 millions d'euros.

Le Gouvernement justifie cette évolution par la nécessité de simplifier les circuits de financement en privilégiant le principe du financeur unique. Cette logique peut s'entendre. Il n'est en revanche pas possible d'accepter un tel revirement en l'espace de quelques semaines dès lors qu'il contribue à accentuer l'instabilité et le manque de prévisibilité auxquels l'agence fait face. De plus, il apparaît contradictoire avec la volonté de mettre l'accent sur l'amélioration de la politique de prévention dans notre pays. Votre commission devra être d'autant plus attentive au contrat d'objectifs et de performances (Cop) qui sera conclu entre l'agence et l'État pour les années à venir et qui précisera les efforts d'économies demandés à celle-ci.

C. DES TRANSFERTS QUI POSENT QUESTION

Les évolutions budgétaires dont l'ANSP fait l'objet sont symptomatiques de l'instabilité qui caractérise le périmètre de la mission « Santé » depuis plusieurs exercices. De nombreuses modifications de périmètre sont en effet intervenues pour transférer des dépenses de l'État vers la sécurité sociale. En particulier, la loi de finances pour 2015 avait transféré 134 millions d'euros de dépenses vers l'assurance maladie pour le financement de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNC) ainsi qu'en matière de formation médicale initiale. Le projet de loi de finances pour 2017 prévoit à son tour de transférer à l'assurance maladie la part du financement du fonds d'intervention régional (Fir) jusque-là assuré par l'État, pour un montant de 116 millions d'euros.

Au total, le programme 204 se caractérise par une érosion continue de ses crédits. Les fonds de roulement des opérateurs sanitaires se rapprochent aujourd'hui de leur niveau prudentiel. L'assurance maladie est contrainte de prendre à sa charge toujours plus de dépenses. On peut s'interroger sur les raisons de ces transferts, d'autant que ces coups de rabot successifs sur le programme 204 s'accompagnent de la hausse des crédits du programme 183. En effet, ainsi que l'a fait remarquer la Cour des comptes en 2014¹, le désengagement progressif de l'État vers l'assurance maladie se traduit dans la construction de la mission « Santé » par le fait que « *pour faire face à l'insuffisance récurrente des crédits AME, toutes les autres lignes budgétaires du programme sont progressivement réduites, voire annulées* ».

¹ Cour des comptes, note d'analyse de l'exécution budgétaire 2014 de la mission « Santé », 22 mai 2015.

II. LE PROGRAMME 183 : LA NÉCESSAIRE RÉVISION DU DISPOSITIF DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

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

Pour 2017, le projet de loi de finances fixe les crédits de ce programme à **823,2 millions d'euros**, contre 754,5 millions en 2015 et 686,4 millions en 2014. Les crédits alloués connaissent ainsi une **augmentation très soutenue, qui atteint près de 10 % entre 2015 et 2016** après 13,7 % entre 2014 et 2015.

Cette forte progression résulte intégralement des crédits destinés à l'AME de droit commun, qui représentent près de 95 % des crédits du programme, le montant de la dotation au Fiva étant réduite de 40 % par rapport à son niveau de 2016.

Évolution des crédits des actions du programme 183 entre 2016 et 2017

(en millions d'euros)

	LFI 2016	PLF 2017	Évolution
Action 02 : Aide médicale d'Etat	739,0	815,2	+10,3 %
Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	13,4	8,0	-40 %
Total	754,5	823,2	+9,4 %

Source : *Projet annuel de performances pour 2017*

A. L'AME : UN DISPOSITIF AU DOUBLE ENJEU HUMANITAIRE ET DE SANTÉ PUBLIQUE, QUI NÉCESSITE D'ÊTRE RÉVISÉ

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

L'AME¹ vise à assurer une couverture du risque maladie aux personnes étrangères en situation irrégulière dans un double objectif humanitaire et de santé publique. Elle regroupe trois dispositifs distincts :

- **L'AME de droit commun**, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 parallèlement à la couverture maladie universelle (CMU), permet la prise en charge des soins des personnes résidant en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui fixé pour le bénéfice de la couverture maladie universelle

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

complémentaire (CMU-C)¹. Elle est accordée pour la durée d'un an renouvelable. Financé par l'Etat, le dispositif est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) qui avance les frais avant leur prise en charge par l'Etat.

- **L'AME « soins urgents »** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des soins urgents « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* ». Sont également considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité ainsi que les soins liés à la maternité et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les soins sont assurés par les hôpitaux et réglés aux établissements de santé par la Cnam à partir d'une subvention forfaitaire de l'Etat fixée à 40 millions d'euros depuis plusieurs années.

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

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

2. Une dépense sous-budgétisée, qui connaît un fort dynamisme

Les dépenses liées à l'AME de droit commun se caractérisent à la fois par une forte dynamique et par une faible fiabilité des prévisions budgétaires.

a) Un fort dynamisme

Pour 2017, les crédits ouverts au titre de l'AME s'élèvent à **815 millions d'euros** contre 739 millions ouverts en loi de finances initiale pour 2016, soit une **hausse de 10 %** entre les deux exercices. Depuis 2012, les dépenses d'AME ont progressé de 40 %.

La progression tendancielle des effectifs, qui a plus que doublé depuis la création du dispositif, demeure le déterminant essentiel de la dépense. Au 31 décembre 2015, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élevait à 316 314, dont environ 21 000 en outre-mer, ce qui correspond à une hausse de 7,5 % par rapport à fin 2014 et de plus de 50 % par rapport à fin 2011.

¹ 721 euros mensuels pour une personne seule au 1^{er} avril 2016.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME depuis 2002

Au 31/12	Nombre de bénéficiaires	Variation annuelle
2002	154 015	
2003	180 415	+17 %
2004	154 971	-14 %
2005	189 284	+22 %
2006	202 396	+7 %
2007	194 615	-4 %
2008	202 503	+4 %
2009	215 763	+6,5 %
2010	228 036	+5,7 %
2011	208 974	-8 %
2012	252 437	+21 %
2013	282 425	+12 %
2014	294 298	+4 %
2015	316 314	+7,5 %

Source : *Projet annuel de performances pour 2017, page 103*

Selon les informations communiquées par le Gouvernement, 41 % des bénéficiaires ont moins de 30 ans. Les hommes représentent 57 % de l'effectif total. Environ 66 % des dépenses d'AME de droit commun résultent de prestations hospitalières. S'agissant des prestations de ville, les honoraires des médecins généralistes et spécialistes représentent 26 % des dépenses et les dépenses de médicaments 43 %.

Depuis toujours, les dépenses exécutées au titre de l'AME restent relativement concentrées sur le territoire. Sur 106 caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) ou caisses générales de sécurité sociale, 10 concentrent 65 % de la dépense. La Cpam de Paris représente 23 % de la dépense totale d'AME, les caisses franciliennes 53 % et celle de Cayenne 5 %.

b) Une dépense sous-budgétisée

Les dépenses d'AME font l'objet d'une sous-budgétisation récurrente qui appelle des abondements de crédits en loi de finances rectificative.

De plus, les dotations inscrites dans les lois de finances ne permettant pas de couvrir la totalité des dépenses d'AME, il en résulte une dette de l'État vis-à-vis de la Cnam. Des apurements de dette ont eu lieu en 2007 (920 millions d'euros) et 2009 (280 millions d'euros). Une dette s'est cependant de nouveau constituée dès 2011. Son montant est passé de 6,2 millions à 57,3 millions d'euros fin 2014. La dette cumulée de l'État vis-à-vis de la Cnam au titre des dépenses d'AME représentait 12,5 millions d'euros fin 2015.

En 2016, la dépense d'AME de droit commun atteindrait 770 millions d'euros, soit 74 millions d'euros de plus que les crédits ouverts initialement. Pour 2017, la prévision de dépenses d'AME inscrite dans le projet de loi de finances se décompose comme suit :

- **772,55 millions d'euros au titre de l'AME de droit commun**, contre 700 millions en loi de finances initiale pour 2016. Le Gouvernement se fonde sur l'hypothèse d'une évolution des effectifs moyens annuels « consommateurs de soins », de + 4,9 % par an en 2016 et 2017 et d'une « *diminution du coût moyen des dépenses de santé prises en charge prenant en compte les économies réalisées dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2017, qui intègrent notamment les résultats de la lutte contre la fraude et des mesures visant à contenir les dépenses de médicaments* »¹.

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

- **2,65 millions d'euros pour les autres dépenses d'AME**.

S'agissant de l'AME « soins urgents », le projet annuel de performances pour 2017 indique que la participation forfaitaire de l'État n'a couvert que 45 % des dépenses de soins à la charge de la Cnam en 2015, après 38 % en 2014. Les dépenses exécutées se sont en effet élevées à 89,4 millions d'euros en 2015 après 105,2 millions en 2014.

Compte tenu de l'ensemble de ces constats, votre rapporteur est convaincu qu'une révision du dispositif de l'AME est nécessaire, dans le respect des enjeux humanitaires et de santé publique soulevés par la question de la prise en charge de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français.

B. L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE : UNE DOTATION DE L'ÉTAT QUI N'EST PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX

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

¹ Projet annuel de performances pour 2017, page 104.

Pour 2017, la contribution de la branche AT-MP du régime général au Fiva est fixée à 400 millions d'euros en 2017. Le projet de loi de finances pour 2017 prévoit une dotation complémentaire de l'Etat de **8 millions d'euros** contre 13,4 millions en 2016, soit une baisse de 40 % entre les deux exercices.

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

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

*
* *

Suivant la proposition du rapporteur, la commission a donné un avis défavorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2017.

Elle a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 62 *quinquies* rattaché à la mission.

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

EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ

Article 62 quinquies

Indemnisation des victimes de la « Dépakine »

(art. L. 1142-22, L. 1142-23, L. 1142-24-9 à L. 1142-24-18 [nouveaux] et L. 1142-28 du code de la santé publique)

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, institue un dispositif spécifique d'indemnisation des victimes de dommages imputables au valproate de sodium et à ses dérivés (Dépakine).*

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement. Il prévoit un dispositif spécifique d'indemnisation des victimes de dommages imputables au valproate de sodium et à ses dérivés, adossé à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam).

En application de ce dispositif, toute personne s'estimant victime d'un préjudice à raison d'une malformation ou de troubles du développement imputables à la prescription, avant le 31 décembre 2015, de valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse peut saisir l'Oniam en vue d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité de ces dommages à cette prescription. Cette possibilité est également ouverte, le cas échéant, au représentant légal ou aux ayants droit de la victime.

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

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

Afin d'assurer le financement de la première année de mise en œuvre de ce dispositif, l'Assemblée nationale a adopté à l'initiative du Gouvernement une **augmentation des crédits du programme 204 de 10 millions d'euros**.

Il est prévu une entrée en vigueur de ces dispositions le lendemain de la publication des mesures réglementaires prévues au présent article et **au plus tard le 1^{er} juillet 2017**.

II - La position de la commission

Selon une estimation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)¹, plus de 14 300 grossesses ont été exposées au valproate de sodium entre 2007 et 2014 (dont un peu plus de 8700 grossesses dont l'issue est une naissance vivante).

Le dispositif proposé paraît de nature à faciliter le règlement amiable des litiges entre les victimes et les personnes reconnues responsables du dommage, tout en prévoyant une indemnisation par la solidarité nationale en l'absence de responsabilité définie.

La commission a donné un avis favorable à cet article.

¹ *Etude de l'exposition à l'acide valproïque et ses dérivés au cours de la grossesse, réalisée à partir des données du SNIIRAM, août 2016.*

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 23 novembre 2016, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport pour avis de M. René-Paul Savary, sur les crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2017.

M. Alain Milon, président. – Nous examinons ensuite le rapport pour avis de M. René-Paul Savary concernant la mission « Santé ».

M. René-Paul Savary, rapporteur pour avis. – Pour 2017, le projet de loi de finances fixe les crédits de la mission « Santé » à 1,256 milliard d'euros, en hausse de 4,5 % à périmètre constant par rapport aux crédits initialement ouverts pour 2016. Comme les années précédentes, cette évolution résulte de deux tendances contraires. Les crédits du programme 204 relatif à la « prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins », qui retrace en particulier les subventions pour charges de service public versées à certains opérateurs sanitaires de l'État, diminuent de 6 %. A l'inverse, les crédits du programme 183 relatif à la « protection maladie », qui assure essentiellement le financement de l'aide médicale d'État (AME), progressent de 8,3 %.

Avant d'aborder les principales évolutions qui caractérisent chacun de ces programmes, je rappelle que la mission « Santé » ne regroupe qu'une partie limitée des dépenses publiques en matière sanitaire. L'essentiel des dépenses engagées dans ce domaine relève bien sûr des lois de financement de la sécurité sociale. La mission ne comporte en outre pas de dépenses de personnels et ne concerne que certains établissements publics du champ sanitaire.

Le programme 204 finance, à titre principal ou complémentaire, six opérateurs sanitaires de l'État, au lieu de huit auparavant à la suite du regroupement de trois établissements au sein de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) officiellement créée le 1^{er} mai dernier. Comme vous le savez, depuis plusieurs années ces agences sont invitées à prendre leur part dans les efforts d'économies engagés pour contenir la dépense publique. Nous avons toujours soutenu ce mouvement et appelé de nos vœux la poursuite de la simplification du paysage sanitaire, tout en restant très vigilants quant à l'adéquation entre les moyens alloués aux agences et l'évolution de leurs missions.

En 2017, le montant total des subventions pour charges de service public versées aux opérateurs est fixé à 345 millions d'euros, soit une baisse 2 % à périmètre constant par rapport à 2016. La quasi-totalité des agences sont concernées par cette réduction, à l'exception de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Parallèlement, la diminution globale du plafond d'autorisations d'emplois et du nombre d'équivalents temps plein (ETP) se poursuit. Il est ainsi prévu une suppression de 40 ETPT en 2017, contre 25 en 2016.

L'année dernière, les trois opérateurs qui allaient donner naissance à Santé publique France avaient été exonérés de la réduction d'emploi prévue par le Gouvernement. Nous nous étions félicités de cette stabilité, que nous jugions indispensable pour assurer la réussite de la fusion. Elle était d'autant plus justifiée que ces trois opérateurs avaient déjà fourni des efforts importants pour réduire leurs dépenses de fonctionnement au cours des exercices précédents.

L'ANSP entamera le 1^{er} janvier son premier exercice budgétaire en année pleine. De nombreux défis l'attendent, en particulier la poursuite du regroupement de l'ensemble des personnels sur un site unique et l'appropriation de nouveaux outils informatiques. Les prochaines années seront décisives pour que l'agence trouve sa place en tant qu'opérateur de référence en matière de veille, de prévention et de réponse aux alertes sanitaires.

Ces enjeux me paraissent devoir appeler une relative stabilité des moyens alloués à l'agence et surtout de la prévisibilité. Or, l'ANSP verra dès l'année prochaine ses effectifs diminuer de 20 ETPT dans le cadre d'une réduction des effectifs de 10 % sur trois ans prévue par le Gouvernement. Dans ce contexte, des tensions sociales grandissantes se sont fait jour au sein de l'agence, des inquiétudes légitimes s'exprimant sur sa capacité à mener à bien ses missions.

De plus, l'agence ne percevra plus aucune dotation de l'assurance maladie à compter de l'année prochaine, contrairement à ce qui avait été négocié dans le cadre de la préparation de l'ordonnance du 14 avril 2016 créant l'ANSP, dont nous avons autorisé la ratification en première lecture il y a quelques jours. Comme vous le savez, cette ordonnance prévoit en effet le principe d'une participation de l'assurance maladie destinée aux missions de prévention de l'ANSP. Cette solution permettait de sanctuariser ces crédits pour la prévention en les mettant à l'abri des régulations prévues sur le programme 204. A son article 26, le projet de loi de finances pour 2017 prévoit cependant de supprimer définitivement cette dotation de l'assurance maladie. Celle-ci serait désormais prise en charge par l'État à hauteur de 65 millions d'euros. Le Gouvernement justifie cette évolution par la nécessité de simplifier les circuits de financement en privilégiant le principe du financeur unique. Cette logique peut s'entendre. Nous ne pouvons en revanche accepter un tel revirement en l'espace de quelques semaines dès lors qu'il contribue à accentuer l'instabilité et le manque de prévisibilité auxquels l'agence fait face. De plus, il apparaît contradictoire avec la volonté de mettre l'accent sur l'amélioration de la politique de prévention dans notre pays.

Nous devons être d'autant plus attentifs au contrat d'objectifs et de performances (Cop) qui sera conclu entre l'agence et l'État pour les années à venir et qui précisera les efforts d'économies demandés à celle-ci.

En tout état de cause, l'évolution qui touche l'ANSP est symptomatique de l'instabilité qui caractérise le périmètre de la mission « Santé » depuis plusieurs exercices. De nombreuses modifications de périmètre sont en effet intervenues pour transférer des dépenses de l'État vers la sécurité sociale. En particulier, la loi de finances pour 2015 avait transféré 134 millions d'euros de dépenses vers l'assurance maladie pour le financement de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), du centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNC) et en matière de formation médicale initiale.

Le PLF pour 2017 prévoit à son tour de transférer à l'assurance maladie la part du financement du Fir (fonds d'intervention régional) jusque-là assuré par l'État, pour un montant de 116 millions d'euros.

Au total, le programme 204 se caractérise par une érosion continue de ses crédits. Les fonds de roulement des opérateurs sanitaires se rapprochent aujourd'hui de leur niveau prudentiel. L'assurance maladie est contrainte de prendre à sa charge toujours plus de dépenses. On peut s'interroger sur les raisons de ces transferts, d'autant que ces coups de rabot successifs sur le programme 204 s'accompagnent de la hausse des crédits du programme 183.

La quasi-totalité des crédits du programme 183 sont, je l'ai dit, relatifs à l'AME. Comme vous le savez, l'AME de droit commun, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, permet la prise en charge des soins des personnes étrangères en situation irrégulière sous une double condition : résider en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et disposer de ressources inférieures à un plafond identique à celui fixé pour le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Financé par l'État, le dispositif est géré par l'assurance maladie.

Selon le projet annuel de performances (PAP) de la mission « Santé », le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élevait à un peu plus de 316 300 fin 2015. La progression des effectifs s'accélère, avec une hausse de 7,5 % entre 2014 et 2015 contre 4 % entre 2013 et 2014. Comme vous le savez, les dépenses liées à l'AME de droit commun se caractérisent à la fois par une forte dynamique et par une faible fiabilité des prévisions budgétaires. Pour 2017, les crédits ouverts au titre de l'AME s'élèvent à 815 millions d'euros contre 752 millions ouverts en loi de finances initiale pour 2016, soit une hausse de 10 % entre les deux exercices. En 2016, la dépense d'AME de droit commun atteindrait 770 millions d'euros, soit 74 millions d'euros de plus que les crédits ouverts initialement.

Comme chaque année, le Gouvernement sera ainsi conduit à ouvrir des crédits supplémentaires dans le collectif budgétaire de fin d'exercice. De plus, les crédits exécutés inscrits en loi de règlement ne couvrent généralement pas l'intégralité des dépenses du dispositif géré par la Cnam. La dette cumulée de l'État vis-à-vis de la Cnam au titre des dépenses d'AME représentait ainsi 12,5 millions d'euros fin 2015. Notre commission a déjà eu l'occasion de débattre de ces sujets ; je considère, comme vous le savez, qu'une révision du dispositif est nécessaire.

J'en viens pour finir à l'article additionnel rattaché à la mission « Santé ». A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a introduit un article 62 quinquies qui prévoit un dispositif spécifique permettant l'indemnisation des dommages imputables à la « Dépakine ». Toute personne s'estimant victime d'un préjudice à raison d'une malformation ou de troubles du développement imputables à la prescription, avant le 31 décembre 2015, de valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse pourra saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

Je rappelle que selon une estimation de l'ANSM et de la Cnam, plus de 14 300 grossesses ont été exposées au valproate de sodium entre 2007 et 2014. L'association d'aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsivant (Apesac) a quant à elle recensé à ce jour plus de 2 500 victimes déclarées. Afin d'assurer le financement de la première année de mise en œuvre du dispositif, l'Assemblée nationale a adopté une augmentation de 10 millions d'euros des crédits du programme 204.

Le dispositif proposé par le Gouvernement était attendu. Il me paraît de nature à faciliter le règlement amiable des litiges entre les victimes et les personnes reconnues responsables du dommage. L'Oniam se substituera à celles-ci en cas de refus d'indemnisation ou de réparation insuffisante du préjudice subi, ainsi que dans le cas où la responsabilité de l'État serait engagée. En l'absence de responsabilité établie, le mécanisme permet une indemnisation des victimes par la solidarité nationale.

Je vous propose donc de donner un avis favorable à cette disposition. En revanche, compte tenu des éléments précédemment évoqués, les orientations budgétaires définies par le Gouvernement pour la mission « Santé » ne me paraissent pas pouvoir appeler une réponse positive de notre part. Je vous propose donc de donner un avis défavorable à l'adoption des crédits de cette mission.

Mme Laurence Cohen. – *Je partage les réserves de notre rapporteur sur l'importance des transferts opérés par le programme 204 de l'État vers l'assurance maladie. En revanche, les développements sur l'AME ne me paraissent pas correspondre aux réalités. C'est une attaque en charge contre ce dispositif. Nous pouvons débattre mais que proposez-vous ? Je suis en parfait désaccord avec vos propos sur l'AME et mon groupe ne pourra vous suivre sur ce point.*

Mme Aline Archimbaud. – *Je ferai les mêmes observations. Notre pays a une obligation humaniste, une tradition d'accueil. Pouvons-nous rejeter à la mer des gens qui fuient la torture et la guerre ? Le groupe écologiste est en désaccord total avec vos remarques, parfois très insidieuses, sur l'AME. Vous ne proposez aucune alternative, ce qui est très dangereux compte tenu de l'état actuel de l'opinion publique. Je rappelle par ailleurs que plusieurs rapports, notamment de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), ont émis des avis défavorables à la suppression de l'AME, en particulier pour des raisons de santé publique. Votre prise de position n'est donc ni raisonnable, ni responsable du point de vue de l'intérêt général.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *Je suis également d'accord avec les constats du rapporteur sur les transferts de dépenses de l'État vers l'assurance maladie. Ceux-ci sont discutables.*

En ce qui concerne l'AME, nous avons déjà débattu de ce sujet et je ne crois pas qu'un médecin puisse refuser de soigner une personne en situation d'urgence. Il n'est pas question de cela. En revanche, ce qui est susceptible de mécontenter nos compatriotes est le tourisme médical, qui est parfois organisé. Je crois qu'il est important de bien identifier au sein de l'AME, si cela est possible, ce qui relève strictement des réponses apportées dans le cadre d'un devoir d'urgence et ce qui relève d'un enjeu de santé publique. J'aurais aimé que le rapporteur insiste davantage sur cet aspect ; je l'aurais alors soutenu. Pour ma part, je m'abstiendrai.

Mme Catherine Génisson. – La première partie du rapport me convient. Sur l'AME, si vous aviez visité la jungle de Calais, vous auriez compris que l'AME est un dispositif fondamental qui répond à des enjeux humanitaires et de santé publique. On peut sans doute toujours améliorer le système mais c'est un dispositif dont la France doit pouvoir être fière.

M. Daniel Chasseing. – Il n'a jamais été question pour qui que ce soit de s'abstenir de soigner des personnes nécessitant des soins urgents, qui fuient la guerre ou les persécutions. Il est néanmoins tout à fait normal de savoir combien le dispositif coûte. Je voterai ce rapport.

M. Alain Milon, président. – Chacun interprète les développements du rapporteur à sa façon, dans une période un peu troublée, où chacun essaie de se positionner. Le rapport qui nous a été présenté ne m'a pas choqué. Je n'ai pas eu le sentiment qu'il était contre l'AME. Il fait un constat de l'existant et ne prône pas la suppression de l'AME, ni la fin des soins en cas d'urgence. Dans le cadre du déplacement de notre commission à La Réunion, nous avons beaucoup parlé de ce qui se passe à Mayotte et personne ne conteste que le dispositif de l'AME est nécessaire sur l'ensemble du territoire national, y compris en outre-mer. N'exagérez donc pas les propos du rapporteur.

Vous reprochez au rapporteur de ne pas faire de propositions. J'ai discuté de ce sujet avec lui. L'AME est en effet l'une des solutions dont la France peut être fière et les propositions que pourrait formuler notre rapporteur dans un autre cadre que notre commission, c'est une CMU-C généralisée. Gardons-nous donc de tout procès d'intention sur l'intervention du rapporteur ; celle-ci est pragmatique, elle constate uniquement des hausses de crédits.

L'opinion publique accepte mal que nous puissions dépenser un milliard d'euros au titre des soins pour les personnes en situation irrégulière mais notre rôle est d'expliquer que ces sommes servent à soigner des êtres humains. Lors des nombreuses réunions auxquelles je participe, comme beaucoup d'entre vous, en ce moment dans ma région, lorsque j'explique que l'AME est faite pour soigner des personnes malades, nos compatriotes comprennent son intérêt. Le problème est que certains exploitent le discours sur l'AME pour propager des idées fausses.

M. René-Paul Savary, rapporteur pour avis. – Merci monsieur le président. J'ai effectivement fait uniquement un constat budgétaire et n'ai pas fait part de ma position. On voit bien, dans le cadre de cette mission « Santé », que le dispositif de l'AME stigmatise les soins apportés aux étrangers en situation irrégulière. Si on appliquait un dispositif de droit commun, on éviterait cela. Dans les propositions qui viendront dans un autre cadre, une prise en charge différente sera envisagée. J'ai voulu éviter ici toute connotation politicienne. Ce que je constate en revanche est, qu'au cours de ce quinquennat, il y a eu des modifications à la baisse sur le programme 204 relatif à la prévention, qui s'accompagnent de hausses sur le programme 183. Compte tenu de l'importance de la politique de prévention, ces évolutions doivent nous interpeller.

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 62 quinquies du projet de loi de finances pour 2017. Elle émet un avis défavorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2017.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR POUR AVIS

- **Santé publique France**
François Bourdillon, directeur général

- **Direction générale de la santé (DGS)**
Anne-Claire Amprou, directrice générale adjointe de la santé
Thierry Baron, chef de la division des ressources
Anne-Marie Horellou, chef de la division des agences de santé, du partenariat et de la concertation

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
Martine Laborde-Chiocchia, sous-directrice de la stratégie et des ressources
Robert Touret, adjoint au chef du bureau de l'administration générale