

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

– Commission d'évaluation des politiques publiques :

Missions *Santé ; Solidarité, insertion et égalité des chances* :  
audition de Mme Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de  
la santé ..... 2

– Présences en réunion ..... 26

Jeudi

31 mai 2018

Séance de 13 heures 45

Compte rendu n° 97

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

**Présidence**

**de M. Éric Woerth,  
*Président***



*La commission entend, dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques, Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé sur les Missions Santé ; Solidarité, insertion et égalité des chances.*

**M. le président Éric Woerth.** Bienvenue, madame la ministre, à cette commission d'évaluation, à laquelle se sont déjà prêtés un certain nombre de vos collègues.

Rappelons qu'il s'agit bien ici de traiter de l'évaluation des politiques publiques, c'est-à-dire de porter un regard sur les crédits de 2017 et plus largement sur l'efficacité de diverses politiques. L'année prochaine, nous pourrions accroître la cohérence de l'exercice en votant des programmes d'évaluation en commission des finances.

**Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale.** J'ai choisi de concentrer mes travaux d'évaluation, dans le cadre du projet de loi de règlement, sur l'aide médicale de l'État (AME), et plus précisément sur les conséquences induites par la politique migratoire sur les territoires. Je m'arrêterai d'abord sur les variations du nombre de bénéficiaires de l'AME, puis dresserai le bilan de la gestion par le gouvernement de l'exécution des crédits correspondants. Je ferai ensuite part de mes hypothèses d'explication de la stagnation du nombre de bénéficiaires. Enfin, je vous proposerai quelques pistes d'action pour améliorer l'évaluation de cette politique publique.

Pour commencer, j'ai cherché à comprendre la raison pour laquelle le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État avait diminué, comme l'indiquaient les informations alors disponibles, en partant du rôle supposé de la politique migratoire.

Le nombre total de bénéficiaires de l'aide médicale de l'État est passé de 316 314 au 31 décembre 2015 à 311 310 au 31 décembre 2016. Prenant acte de cette diminution et des premiers chiffres observés en 2017, le gouvernement a anticipé une trajectoire baissière continue au cours de cette même année. Cependant, il s'est avéré que si le nombre de bénéficiaires avait reculé entre mars 2016 et mars 2017, passant de 318 619 à 309 890, il avait en revanche augmenté à partir de mars 2017, pour s'établir à 315 185 au 31 décembre 2017. Cela correspond à une hausse de seulement 1,5 % par rapport à 2016, mais constitue une rupture avec la dynamique observée entre 2002 et 2015. Nous retrouvons ainsi, fin 2017, un nombre total de bénéficiaires assez proche de celui qui avait été établi au 31 décembre 2015.

La gestion par le Gouvernement de l'exécution des crédits destinés à l'AME paraît peu opportune. L'augmentation du nombre de bénéficiaires ayant été connue tardivement par l'administration, du fait d'un décalage de la remontée d'informations issues de l'assurance maladie, les hypothèses d'exécution pour l'année 2017 se sont fondées sur une diminution constante du nombre de bénéficiaires. Les services de la direction de la Sécurité sociale annonçaient d'ailleurs, lors de l'élaboration du projet de loi de finances pour 2018, un nombre probable de 306 000 bénéficiaires au 31 décembre 2017. Cet écart de 10 000 bénéficiaires entre les prévisions communiquées en octobre 2017 et la réalité à fin 2017 est symptomatique d'une carence d'information et de connaissance sur le profil des demandeurs de l'AME et les facteurs de variation du nombre de bénéficiaires.

En effet, nous savons uniquement que les bénéficiaires de l'AME sont des étrangers en situation irrégulière, résidant en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources sont inférieures au plafond établi pour la couverture maladie

universelle complémentaire. Nous ne disposons, en revanche, d'aucune information sur leur âge, leur sexe, leur pays d'origine et les pathologies qu'ils présentent.

En s'appuyant sur des hypothèses datées et peu fiables, le gouvernement a choisi d'annuler des crédits destinés à l'aide médicale d'État à hauteur de 9,7 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 9,1 millions d'euros en crédits de paiement, par un décret d'avance du 30 novembre 2017. Cette annulation a entraîné une consommation de crédits inférieure à la prévision, à rebours de la tendance de ces dernières années. Elle permet au gouvernement d'afficher une diminution de 2,5 % des crédits dépensés au titre de l'AME de droit commun. Or cette baisse de la dépense est dépourvue de signification, puisque le remboursement par l'État des dépenses d'aide médicale d'État de droit commun n'a pas couvert l'ensemble des dépenses enregistrées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en 2017.

Ces dépenses ont finalement crû de 4,9 % par rapport à 2016, hausse n'ayant aucunement été anticipée par l'État, pour les raisons évoquées plus haut. Si la croissance du nombre de bénéficiaires n'a légitimement pas pu être anticipée, il reste qu'une forte hausse du coût moyen par bénéficiaire a néanmoins été observée au premier semestre 2017. Ceci aurait dû inciter le gouvernement à faire preuve de prudence quant à ses hypothèses de réduction de la dépense totale.

La dette de l'État envers la CNAM a donc augmenté de 38,3 millions d'euros, pour s'établir à 49,8 millions d'euros. À cette dette croissante s'ajoute le différentiel supporté par l'assurance maladie entre la contribution forfaitaire de l'État, qui s'établit à 40 millions d'euros, et les dépenses prises en charge par l'assurance maladie, lesquelles représentent 65,1 millions d'euros en 2017 au titre des soins urgents de l'AME.

Si cette dette reste supportable – notamment en comparaison avec le montant de 1,2 milliard d'euros atteint en 2007 avant la mise en place d'un plan d'apurement –, je souhaite néanmoins vous alerter, madame la ministre, sur la dynamique négative que nous connaissons actuellement. J'insiste sur la nécessité de rompre avec la logique faisant porter à la CNAM le coût des sous-budgétisations et des mauvaises appréciations de gestion. L'assurance maladie ne peut plus servir de variable d'ajustement pour afficher une maîtrise de la dépense publique.

Dans une même logique, il paraît pertinent d'introduire une réflexion sur les modalités de remboursement de l'assurance maladie au titre de la prise en charge des soins urgents. La dotation forfaitaire actuelle, de 40 millions d'euros, ne permet pas de couvrir l'ensemble des coûts supportés par l'assurance maladie, ce qui interroge sur la prise en charge réelle de cette politique par l'État.

Au cours des différentes auditions menées pour préparer cette commission, plusieurs hypothèses pouvant expliquer le ralentissement de la hausse du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État ont retenu mon attention. Précisons que ces hypothèses ne peuvent être vérifiées, les informations faisant défaut sur cette politique publique.

Mon hypothèse initiale, selon laquelle la politique de répartition des migrants sur le territoire pouvait avoir une influence sur le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État, peut être en partie écartée. En effet, cette politique migratoire a principalement concerné les demandeurs d'asile ne relevant pas de l'AME mais de la protection universelle maladie (PUMa) gérée par l'assurance maladie.

En revanche, la forte hausse du nombre de demandeurs d'asile en 2017 pourrait être un facteur d'explication, notamment lorsqu'elle concerne des nationalités qui n'ont pas l'habitude de demander l'asile et qui ne l'obtiennent que très rarement. En effet, en 2017, 100 412 demandes d'asiles ont été déposées, d'après les chiffres de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Parmi ces demandes, 7 630 provenaient par exemple d'étrangers de nationalité albanaise, soit une hausse de 4 000 demandes par rapport à 2016. En tant que demandeurs d'asile, les personnes concernées relèvent de la protection universelle maladie et non du régime de l'aide médicale d'État. Un phénomène de « trou d'air » pourrait donc être à l'œuvre, renforçant une dynamique dans laquelle les demandeurs d'asile, une fois déboutés, basculeront probablement dans le régime de l'AME.

Ce phénomène de « trou d'air » semble par ailleurs accentué par l'élargissement aux régimes complémentaires d'assurance maladie du maintien des droits pendant 12 mois dans le régime de la protection universelle maladie, après l'expiration des titres de séjour ou la décision de déboutement d'une demande d'asile. Cette modification pourrait en partie expliquer la stagnation du nombre de bénéficiaires au cours de l'année 2017.

Enfin, les associations et les chercheurs que j'ai rencontrés ont pointé l'importance de la problématique des barrières à l'accès. Ainsi les caisses primaires d'assurance maladie tendent-elles à réclamer toujours davantage de pièces complémentaires, ce qui allonge le temps de traitement des dossiers et contribue à décourager les demandeurs. Les chercheurs pointent également une absence d'harmonisation des preuves de résidence acceptées par les différents départements, malgré les exigences réglementaires fixées par le décret du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État.

Nous ne pouvons cependant évaluer la réalité de cette hypothèse, puisque nous n'avons pas en notre possession d'indicateur sur l'évolution du rapport entre le nombre de demandes déposées et le nombre de bénéficiaires. *A minima*, nous savons que le nombre de demandes déposées a augmenté de 2,5 % en 2017, d'après la CNAM. Nous ignorons toutefois si cette évolution est habituelle.

Finalement, aucune de ces hypothèses ne peut aujourd'hui être vérifiée. Aussi ai-je fait le constat d'un manque structurel d'information sur cette politique publique, empêchant de réaliser une évaluation réelle du dispositif. Je vous interpelle donc, madame la ministre, et vous interroge sur la possibilité de fournir de telles informations.

J'en viens à la dernière partie de mon intervention, détaillant les propositions que je souhaite vous soumettre.

Plusieurs données chiffrées seraient indispensables pour assurer un meilleur contrôle de cette politique par le parlement et les chercheurs. Il serait par exemple utile de mieux connaître le profil des bénéficiaires de l'aide médicale d'État : sexe, âge, pays d'origine et pathologies éventuellement identifiées dès leur arrivée. De même, il est nécessaire de recueillir davantage de données sur les habitudes de consommation des bénéficiaires de l'AME, notamment sur la répartition des dépenses entre ceux-ci. Nous pourrions ainsi mieux appréhender le pourcentage de personnes concernées par des dépenses médicales lourdes, ou encore la répartition des dépenses par pathologie.

Nous avons également besoin d'informations approfondies sur le traitement des demandes : évolution du nombre de demandes déposées, taux de refus ou d'obtention par

rapport au nombre de demandes déposées et de personnes éligibles, délai de traitement d'un dossier avant réponse définitive, au-delà du seul temps d'instruction fourni actuellement, qui ne tient pas compte des demandes de pièces complémentaires allongeant les délais d'obtention.

En outre, nous avons besoin de connaître la répartition entre les bénéficiaires de l'aide médicale d'État entrant dans le dispositif et les bénéficiaires au titre d'une demande de renouvellement, puisque cette demande doit être réitérée chaque année.

Une attention particulière doit être portée au nombre de bénéficiaires au titre des soins urgents. Cette donnée est aujourd'hui inconnue, ce qui s'avère éminemment problématique en termes de suivi.

Alors que les informations font défaut de façon aussi flagrante, madame la ministre, pouvez-vous nous expliquer comment sont construites les hypothèses de prévision qui nous sont présentées comme fiables ? Peut-on accepter de voter des crédits sur lesquels il n'existe aucune visibilité ? Comment évaluer une politique publique qui ne repose sur aucune donnée sûre ? Ne pourrait-on pas améliorer ces dispositifs d'évaluation en enrichissant la récolte des données et en communiquant ces dernières aux acteurs concernés ?

Une telle évaluation permettrait également de mieux connaître le phénomène souvent décrié du « tourisme médical », certes marginal au regard de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale d'État. Un certain nombre de personnes viennent en effet en France pour traiter des pathologies chroniques coûteuses. Ce phénomène est marginal, mais il existe. En l'appréhendant plus finement, nous combattrions les préjugés qui courent à son sujet et réduirions le nombre de personnes qui bénéficient indûment de la gratuité des soins, notamment lorsqu'elles ont la possibilité de se soigner dans leur pays. Nous devons faire preuve de discernement entre les personnes qui migrent pour se faire soigner et celles qui sont soignées parce qu'elles ont migré.

Pour toutes ces raisons, je propose, madame la ministre, la mise en place d'une évaluation basée sur des données chiffrées et étayées de cette politique, contribuant à un meilleur contrôle du Parlement. Cette évaluation devrait être suivie d'une campagne d'information sur la réalité des situations des bénéficiaires de l'AME. Je proposerai d'ailleurs un projet de résolution en ce sens.

**M. Joël Giraud, rapporteur général.** Je remercie la rapporteure spéciale d'avoir choisi de traiter l'impact de la politique migratoire sur l'aide médicale de l'État, sujet d'importance. À cet égard, la baisse de la dépense entre 2016 et 2017 suscite des interrogations. En tant qu'élu d'un département frontalier avec l'Italie, j'avoue peiner à la comprendre. Je constate également que les traitements varient selon les secteurs. Des protocoles ont par exemple été passés avec des agences régionales de santé (ARS), comme l'a fait le centre hospitalier des Escartons à Briançon. Or, ce dernier est quasiment le seul dans cette situation sur la frontière franco-italienne, puisque aucun protocole particulier ne concerne des hôpitaux que je qualifierais de plus « littoraux ».

Dans sa note d'exécution budgétaire (NEB), la Cour des comptes relève que « la programmation 2017 de la mission *Santé* se caractérise à nouveau par la sincérité contestable du niveau des crédits alloués à certaines dépenses, particulièrement l'aide médicale de l'État ». Elle ajoute que « la construction des hypothèses sur lesquelles reposent ces dépenses n'est toujours pas explicitée ». Je crois très sincèrement, madame la ministre, que cette

situation n'est pas de votre fait. Nous nous devons néanmoins de constater un manque de transparence récurrent vis-à-vis du Parlement, d'autant qu'il s'agit d'une dépense « de guichet ». À ce titre, pourriez-vous nous indiquer, comme le souhaite la rapporteure spéciale, sur quelles hypothèses se fondent les prévisions de dépenses de l'AME ?

Pouvez-vous vous engager, madame la ministre, à ce que les documents budgétaires qui nous seront soumis dans le prochain projet de loi de finances détaillent les hypothèses sur lesquelles reposent les dépenses liées à l'AME ?

**M. le président Éric Woerth.** En 2016 a été créée une agence nationale de santé publique, Santé publique France, ayant vocation à regrouper divers opérateurs de l'État tels que l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ou encore l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Ceci devait remédier à une situation de morcellement, engendrer des gains importants d'efficience et dégager des économies. La Cour des comptes en dresse un constat mitigé. Si certaines économies sont constatées en matière de personnel, les dépenses de fonctionnement de ce nouvel ensemble sont globalement en hausse. Quel bilan en tirez-vous, madame la ministre ? Quel est votre sentiment sur ce regroupement, qui devait contribuer à éviter un morcellement des compétences et des budgets, et partant un contrôle amoindri ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** En préambule, je souhaiterais remettre en perspective l'exécution budgétaire de l'exercice 2017. À l'arrivée du nouveau gouvernement, et à la suite de l'audit réalisé par la Cour des comptes, il s'est avéré nécessaire de prendre des mesures d'urgence pour corriger la trajectoire des finances publiques à fin 2017. Il s'agissait de tenir l'objectif de réduction du déficit public et de sortir de la procédure de déficit excessif – effort qui a porté ses fruits.

À la différence de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, la mission *Santé* n'avait pas connu de sous-budgétisation manifeste dans la loi de finances initiale (LFI) pour 2017, notamment en ce qui concerne l'aide médicale de l'État. Il existait certes une sous-budgétisation de 30 millions d'euros, comme l'a noté madame la rapporteure spéciale, mais elle doit être mise en regard du coût de l'AME, soit 800 millions d'euros. Nous nous situons ainsi, en quelque sorte, dans la marge d'erreur d'une politique publique particulièrement difficile à anticiper.

Les dépenses ont été *in fine* légèrement supérieures à la prévision en loi de finances rectificative (LFR). Nous verrons désormais, ensemble, comment construire une prévision plus fine de l'évolution des dépenses d'AME.

L'élaboration du budget 2018 a fait l'objet d'une attention toute particulière, tenant compte des enseignements du budget 2017. Comme j'ai eu l'occasion de l'indiquer dans le cadre de la commission élargie, en amont du projet de loi de finances, le budget 2018 est le reflet d'un parti pris, celui de la sincérité, préalable indispensable à une action publique efficace et à des choix politiques assumés. La Cour des comptes a elle-même souligné, dans sa note d'exécution budgétaire 2017 de la mission *Santé*, l'effort notable de mise en cohérence avec les prévisions techniques qui a été mené pour la budgétisation 2018. Le budget de l'AME a ainsi augmenté de quelque 70 millions d'euros pour 2018.

S'agissant plus spécifiquement de l'AME et de sa construction, vous soulignez avec raison, madame la rapporteure spéciale, la difficulté à produire des prévisions fiables. Le périmètre de la population bénéficiaire est en effet d'une évaluation complexe. Ceci vaut non

seulement pour le nombre de bénéficiaires, mais évidemment aussi pour la dépense moyenne par bénéficiaire en fonction des pathologies, voire des lieux d'arrivée. Des facteurs extrêmement variés peuvent expliquer que cette construction soit délicate à anticiper : l'origine des migrations – avec, le cas échéant, des pathologies spécifiques –, l'objet des migrations, ou encore l'état de santé à l'arrivée des migrants concernés.

Pour autant, nous avons amélioré nos capacités d'anticipation, en insistant sur la qualité des données et en travaillant en étroite collaboration avec la CNAM sur plusieurs sujets. D'une part, nous avons mis en place un suivi précis des dépenses d'AME par type de dépense prise en charge, afin de mieux comprendre *a posteriori* l'évolution des consommations. Nous disposerons ainsi d'un profil des pathologies et des dépenses. D'autre part, nous avons mis en œuvre une facturation hospitalière détaillée, qui permettra de suivre spécifiquement ce poste de dépenses.

Toutefois, je vous rejoins, madame la rapporteure : il nous faut encore progresser, notamment dans une connaissance plus fine des bénéficiaires. À titre d'exemple, nous savons seulement d'une demande si elle est initiale ou concerne un renouvellement, mais ignorons la durée moyenne pendant laquelle une personne bénéficie de l'AME. Nous devons impérativement progresser sur cette question. Cela nécessite une meilleure coopération entre les systèmes d'information des différentes caisses. Je demande d'ailleurs à la CNAM de veiller à améliorer ses systèmes d'information dans cette perspective, afin que nous disposions de ces données fin 2018.

Par ailleurs, une centralisation de l'instruction des demandes, telle que proposée par la CNAM, sera mise en œuvre à partir de 2019 sur les caisses de Paris, Bobigny et Marseille. Ceci devrait grandement améliorer notre vision et renforcer la continuité des demandes. L'objectif est d'approfondir notre connaissance des situations, mais aussi de professionnaliser la gestion des demandes d'AME et l'analyse des dépenses. Il y va également de l'harmonisation des demandes de pièces complémentaires. Grâce à ce système de trois caisses en charge, nous bénéficierons d'une meilleure remontée d'informations et pourrons améliorer encore nos anticipations. Ainsi disposerons-nous, au moment de l'élaboration de la loi de finances rectificative, d'une prévision fondée sur des données récentes.

S'agissant de la connaissance des motifs et des stratégies de recours à l'AME, nous savons que les personnes qui se rendent en France pour des raisons médicales sont en proportion marginale. Les enquêtes révèlent que très peu de migrants sont mus par des raisons de santé. Ils seraient 3 %, selon Médecins du monde, tandis que 9 % des migrants souffrant de maladies chroniques le savaient avant leur arrivée en Europe. À 85 %, les patients reçus dans les centres de soin de Médecins du monde n'ont strictement aucune couverture maladie. Cela signifie qu'ils ne connaissent pas les dispositifs, et ne viennent donc pas en France pour en bénéficier.

En revanche, il est possible de mieux identifier les situations pouvant s'assimiler à de la fraude ou à des détournements de procédure, notamment les dissimulations de visas de tourisme aux caisses primaires d'assurance maladie afin de bénéficier de l'AME. Ces pratiques avaient été pointées par le rapport parlementaire de 2015, qui recommandait l'accès des caisses à la base des visas du ministère de l'Intérieur pour empêcher ces fraudes. Cette recommandation n'a jamais été mise en œuvre de façon opérationnelle. Je souhaite progresser en ce sens avec le ministère de l'intérieur, afin que nous puissions croiser ces bases de données.

Dans le courant de l'année 2018, nous aurons ainsi progressé dans l'analyse de la typologie des dépenses et des profils des personnes qui sollicitent l'AME.

Monsieur le président, l'Agence nationale de santé publique résulte de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'EPRUS et de l'INPES. Cette fusion a été voulue à plafond constant d'équivalents temps plein (ETP) la première année, pour favoriser l'acceptation par les personnels des déménagements et de la charge que fait peser sur eux ce mouvement. Pour autant, le rapprochement de ces trois agences générera des économies fonctionnelles.

Les missions de l'Agence nationale de santé publique sont restées à périmètre constant, mais certaines d'entre elles ont été mises à rude épreuve cette année. Je pense notamment à l'EPRUS, et à la réserve sanitaire qui a été mobilisée à de très nombreuses reprises à l'occasion d'événements climatiques tels que l'ouragan Irma à Saint-Martin, ou encore lors de la crise de Mayotte. Cette réserve est considérablement sollicitée pour remédier aux urgences non seulement dans les territoires d'outre-mer mais encore en métropole, y compris dans des services d'urgence de centres hospitaliers. Ceci explique en partie que cette agence soit en tension. Une diminution de ses effectifs est néanmoins prévue, à hauteur de 15 équivalents temps plein (ETP) dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, puis à la même hauteur en 2019, grâce à la mutualisation des fonctions de support. Il devrait en résulter un gain de masse salariale. Nous sommes cependant attentifs à ne pas porter atteinte aux capacités opérationnelles de cette agence extrêmement utile à la surveillance du territoire.

Nous dégagerons également quelque 1 261 000 euros d'économies sur les baux de location des différentes agences, auparavant localisées à Saint-Denis et qui ont été regroupées dans le site initial de l'InVS, à Saint-Maurice.

Enfin, nous progressons sur des chantiers de mutualisation, notamment au regard des systèmes d'information. En association avec la direction générale de la santé (DGS), nous œuvrons à une sécurisation en matière de politiques d'achat – lesquelles seront mutualisées – et d'hébergement des serveurs informatiques. Il en découlera des économies fonctionnelles, sans porter atteinte aux missions de cette agence très utile.

**M. le président Éric Woerth.** Madame la ministre, vous portez donc un regard positif sur cette décision de fusion.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** En effet, monsieur le président. Il n'est pas étonnant qu'elle n'ait pas dégagé d'économies dès la première année, sachant que les personnels ont déménagé et ont été mis en tension, pour les raisons que je viens d'évoquer.

**M. le président Éric Woerth.** Cela s'entend, en effet, pour une première année. Il restera à s'assurer que cette fusion produit des effets favorables sur les plans opérationnel et logistique.

**Mme Stella Dupont, rapporteure spéciale.** La mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* est essentielle à la cohésion sociale de notre pays. Elle comprend quatre programmes, dont les trois premiers sont consacrés à l'insertion et à la lutte contre la pauvreté, au handicap ainsi qu'à l'égalité entre les femmes et les hommes. Le quatrième couvre, en support, le champ de tous les ministères sociaux.

Comme l'avait relevé la Cour des comptes dans son audit de juin 2016, nous pouvons constater des sous-budgétisations conséquentes au sein de cette mission. La plus importante concerne la prime d'activité. Tandis que le projet de loi de finances pour 2017 prévoyait 3,34 milliards d'euros pour le financement de celle-ci, la consommation des crédits a atteint 5,3 milliards d'euros, nécessitant une ouverture de 840 millions d'euros en loi de finances rectificative.

Cette montée en charge est essentiellement causée par l'amélioration du marché du travail. Avec la décrue du chômage, le nombre de travailleurs à temps partiel augmente, tout comme le nombre de bénéficiaires de la prime d'activité. Cette dépense reste difficile à modéliser et à anticiper finement. Au vu de l'exécution 2017, la prévision pour 2018 me semble toutefois insuffisante, d'autant que le gouvernement prévoit une revalorisation de la prime à compter de l'automne prochain. Cette revalorisation constitue un engagement présidentiel fort, afin que « toute reprise d'emploi se traduise par un supplément de revenu conséquent ».

Madame la ministre, je suis très attachée à ce dispositif qui vise à apporter un complément de revenu aux travailleurs dits pauvres. Afin de dissiper nos doutes, pourriez-vous nous confirmer que la revalorisation de 20 euros du montant forfaitaire de la prime d'activité aura bien lieu à compter du mois de novembre ? Pourriez-vous également nous éclairer sur les prévisions de dépenses relatives à cette prime pour 2018 ?

La deuxième dépense à contrôler réside dans l'allocation aux adultes handicapés (AAH), pour laquelle la loi de finances prévoyait 9,05 milliards d'euros. Or, il manquait 330 millions d'euros. Après une sous-budgétisation chronique, la Cour des comptes considère que la programmation 2018 est sincère.

Je terminerai, pour la partie exécution, par quelques mots sur le programme 124, support de plusieurs ministères, qui contribue depuis plusieurs années aux efforts de maîtrise de la dépense publique. Cette année encore, la subvention aux 17 agences régionales de santé diminue, conduisant à une réduction d'effectifs de 187 ETP travaillés. La trésorerie des ARS ne permet plus de faire face qu'à 14 jours de dépenses de fonctionnement, soit une durée inférieure au seuil prudentiel de 20 jours déterminé par la direction des finances, des achats et des services. Je tenais à vous faire part de mon inquiétude à ce sujet, madame la ministre.

Je ne poursuivrai pas d'avantage sur l'exécution 2017, pour vous faire plutôt part des conclusions auxquelles j'ai abouti sur deux thèmes d'évaluation. J'ai ainsi travaillé sur deux aides récentes ayant fait débat lors de l'examen du projet de loi de finances.

Je me suis penchée tout d'abord sur le parcours de sortie de la prostitution, volet social de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

Grâce à cette loi très largement partagée sur tous les bancs des hémicycles, la honte a changé de camp. Le délit de racolage a été supprimé, et les clients de prostituées sont verbalisés. Rappelons que la prostitution en France concerne à 90 % des femmes étrangères, généralement entravées dans des réseaux de traite d'êtres humains. L'un des piliers de la loi vise à créer un parcours d'accompagnement et d'insertion pour celles et ceux qui souhaitent sortir du système prostitutionnel. Ce parcours de sortie de la prostitution comprend un accompagnement par une institution agréée ainsi que l'obtention d'une autorisation provisoire

de séjour d'une durée de six mois, et d'une aide financière pour l'insertion sociale et professionnelle de 330 euros par mois.

Pour examiner les demandes, la loi prévoit la mise en place de commissions départementales rassemblant les associations et les services de l'État concernés. Là où ces commissions sont créées, il semble que la coordination fonctionne bien. Elle permet d'impliquer, sous l'impulsion des délégués départementaux aux droits des femmes, les services de la préfecture en charge des titres de séjour, la police, la gendarmerie, mais aussi les acteurs de l'insertion : directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), éducation nationale, etc.

Cependant, fin 2017, le compte n'y est pas, puisque seules 18 commissions départementales sont installées. Elles sont chargées d'examiner les demandes soumises par des associations agréées. Si, dans la plupart des commissions, les demandes aboutissent, l'on observe néanmoins de fortes disparités d'appréciation entre les territoires. Dans certains départements, tous les dossiers ont été refusés. Les questions du droit au séjour sont le plus souvent sources de blocages, notamment lorsque la candidate ou le candidat est sous l'effet d'une obligation de reconduite à la frontière ou de la procédure dite « Dublin » de transfert du demandeur d'asile vers l'État membre qui l'a reçu en premier sur son sol.

Sur les questions budgétaires, les crédits prévus à l'action 15 du programme 137, qui finance la prévention ainsi que la lutte contre la prostitution et la traite des êtres humains, ont diminué entre 2017 et 2018, alors même que la loi se met doucement en place et que le nombre de parcours de sortie accordés est voué à augmenter. Cette diminution de la prévision budgétaire se justifie au regard du très faible nombre de parcours de sortie autorisés fin 2017. Seules 29 personnes en bénéficient. C'est bien moins qu'initialement prévu, notamment parce que la mise en œuvre de cette loi demande du temps – temps de parution des décrets, d'attribution des agréments aux associations, de mise en place des commissions départementales, d'instruction des demandes, etc.

D'après les auditions que j'ai menées, les associations pourraient présenter davantage de dossiers aux commissions départementales. Cependant, elles s'autorégulent, faute de moyens suffisants. Le dispositif est en effet assez lourd. Il faut s'assurer que la personne a bien cessé toute activité prostitutionnelle, constituer un dossier de demande, le défendre en commission, renouveler cette demande tous les six mois pendant deux ans, et prouver à chaque étape les progrès réalisés en matière d'insertion. Entre deux passages en commission départementale, il s'agit d'accompagner les bénéficiaires dans l'ensemble de leur parcours, que ce soit en matière de logement, d'apprentissage du français, de scolarisation des enfants, d'emploi, d'insertion et de formation.

Dans ce « parcours du combattant » – ou, devrait-on dire, « de la combattante », car il concerne surtout des femmes –, deux points ont retenu mon attention, la mise à l'abri et le logement.

Dans les zones tendues, le dispositif d'hébergement d'urgence est saturé. Les pouvoirs publics recourent trop souvent aux nuitées hôtelières, solution inappropriée pour ce public particulièrement vulnérable. Plusieurs cas de disparitions de personnes, probablement rattrapées par leur réseau, m'ont été rapportés.

Une autre difficulté réside dans la durée trop courte de l'autorisation provisoire de séjour. La loi prévoit une durée minimale de six mois, malheureusement interprétée comme une durée ferme. Or, un titre de séjour de six mois ne permet pas d'accéder à un logement ni à une formation professionnalisante ou un emploi durable.

À cet égard, j'aurais souhaité entendre sur plusieurs points les réponses de Mme Marlène Schiappa, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes. Je tiens d'ailleurs à vous présenter mes excuses pour la sollicitation très tardive qui lui a été adressée, qui ne lui a pas permis d'être présente aujourd'hui. C'est donc à vous, madame la ministre, que je soumettrai mes questions. Pouvez-vous vous assurer que l'ensemble des commissions départementales seront bien mises en place en 2018 ? J'ai conscience qu'elles nécessitent l'impulsion des préfets, et partant du ministère de l'Intérieur. Une relance pourrait être bienvenue à cet égard, par exemple par le biais d'une circulaire interministérielle.

Par ailleurs, est-il envisageable, madame la ministre, d'élaborer un socle commun pour les décisions des commissions, afin de résoudre les questions de droit au séjour, souvent sources de blocage ? Si une sorte de jurisprudence était établie, elle permettrait aux commissions de s'appuyer sur les décisions déjà prises dans des cas similaires, et faciliterait une équité dans le traitement des situations.

Madame la ministre, est-il prévu de doter les associations de moyens budgétaires suffisants pour que toutes celles et tous ceux qui font la démarche de sortir de la prostitution puissent être accompagnés – ce qui ne semble pas le cas aujourd'hui ? Enfin, peut-on veiller à ce que les associations agréées disposent de places suffisantes et suffisamment financées, en centres d'hébergement et de réinsertion sociale notamment ?

J'en viens à mon deuxième thème d'évaluation, l'aide à la réinsertion des migrants dans leur pays d'origine. Elle vise à permettre à des émigrés âgés, notamment ceux que l'on nomme les « Chibanis », de retourner vivre dans leur pays d'origine tout en bénéficiant d'une aide financière lorsque leur pension de retraite est particulièrement faible. Ce dispositif a un impact positif sur les dépenses publiques. Car, en s'engageant à vivre plus de six mois par an dans leur pays d'origine, ces personnes perdent le bénéfice des aides au logement et de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées, dont le montant est bien supérieur à celui de l'aide à la réinsertion familiale et sociale (ARFS).

Le projet de loi de finances pour 2016 était particulièrement optimiste quant au nombre de bénéficiaires de l'ARFS, prévoyant un financement de 60 millions d'euros. Or, aucune dépense n'a été enregistrée en exécution en 2016 comme en 2017. Au cours de mes auditions, j'ai appris que la convention de gestion liant l'État et la Caisse des dépôts et consignations (CDC), chargée d'examiner les demandes et de verser l'allocation, n'était toujours pas signée. Cela explique l'absence totale de dépense de l'État, puisque les frais ont été avancés par la Caisse des dépôts. Aujourd'hui, cette dernière n'avance plus les sommes. Certaines aides octroyées sont donc en attente de versement. Les dépenses ne sont cependant guère élevées, car seules 16 personnes ont pu bénéficier de l'ARFS.

Comment comprendre cet échec ? Tout d'abord, le nombre de demandes s'est avéré extrêmement faible, soit 32 au total. Nous pouvons y voir un manque d'information sur le dispositif, ou la crainte des personnes éligibles de perdre le bénéfice de la couverture maladie universelle. Le faible montant de l'ARFS joue également. L'aide atteint au maximum 6 600 euros par an, les autres ressources du demandeur étant déduites de ce montant maximal.

Comparativement, une personne âgée sans ressource peut bénéficier de 9 600 euros par an avec l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), soit 45 % de plus que l'ARFS.

S'ajoutent à cela des conditions d'octroi drastiques, qui avaient déjà été critiquées par le défenseur des droits en 2016. Ainsi, l'aide est réservée aux personnes de plus de 65 ans vivant seules en foyer de travailleurs migrants ou en résidence sociale.

Enfin, les conditions de deuxième renouvellement de l'aide sont incongrues, demandant notamment une attestation de logement en foyer ou en résidence sociale, alors qu'il est impossible de réserver des places pour des durées courtes dans ces structures déjà saturées. Il semble d'ailleurs qu'aucune demande de deuxième renouvellement n'ait abouti. D'après les données transmises par Adoma, qui gère ces foyers, on dénombre, hors places réservées, 7 500 demandes d'hébergement par an pour 7 000 entrées.

Madame la ministre, le dispositif de l'ARFS a du sens. Il répond aux aspirations d'immigrés qui ont passé une partie importante de leur vie en France et souhaitent retourner dans leur pays d'origine pour leur retraite. Il répond de surcroît à l'enjeu de saturation des foyers et des résidences sociales en France. Qu'envisagez-vous pour que ce dispositif fonctionne ?

J'émet à ce titre plusieurs recommandations dans mon rapport : l'élargissement du champ des bénéficiaires aux personnes ne vivant pas en foyer, la simplification des conditions de deuxième renouvellement, ou encore un rapprochement du montant de l'aide avec celui de l'ASPA. Le dispositif pourrait également être rendu plus attractif si, au lieu d'une allocation mensuelle, un capital était versé en une ou plusieurs fois.

Enfin, madame la ministre, je vous interroge sur la date à laquelle la convention entre l'État et la Caisse des dépôts pourrait être signée.

**Mme Delphine Bagarry, rapporteure pour avis de la commission des affaires sociales.** En 2017, nous avons voté, pour l'exercice en cours, une augmentation importante de l'enveloppe du budget consacrée à la prise en charge d'une partie des surcoûts de dépenses d'aide sociale à l'enfance (ASE) relative aux mineurs non accompagnés. Cette augmentation faisait suite à l'accroissement du nombre de mineurs non accompagnés accueillis par les départements entre 2016 et 2017.

Après plusieurs mois de concertation et de travail, un accord a été trouvé entre l'État et l'Assemblée des départements de France (ADF). L'aide financière aux départements est concentrée sur la phase d'accueil et d'évaluation. Elle se constitue d'un forfait de 500 euros par jeune à évaluer, auquel s'ajoutent 90 euros par jour et par jeune les 14 premiers jours, passant ensuite à 20 euros jusqu'au vingt-troisième jour.

L'une des questions est celle de la possibilité de transférer à l'État la prise en charge initiale de ces enfants, à savoir la mise à l'abri et l'évaluation de la minorité et de l'isolement. Je me réjouis que finalement, la collectivité compétente et experte en matière de protection de l'enfance – le département – continue à piloter les politiques publiques pour la prise en charge globale de ces mineurs. Je me réjouis également que ces enfants soient encore considérés comme des enfants, avec le droit de protection et le devoir d'accompagnement que nous avons envers eux, avant d'être considérés comme des migrants.

Aussi, madame la ministre, ma question portera-t-elle sur la clarification des 132 millions d'euros votés pour 2018. Leur vocation est-elle bien de financer l'accord trouvé entre l'État et les départements pour participer au financement de l'accueil et de l'évaluation de ces mineurs non accompagnés ? Un montant de 132 millions d'euros suffira-t-il ?

**M. Joël Giraud, rapporteur général.** Comme l'a souligné la rapporteure spéciale, la consommation budgétaire liée à l'ARFS a été nulle en 2017. Le rapport annuel de performance signale de façon quelque peu sibylline que « la montée en puissance a été lente, et la prestation compte seulement 16 bénéficiaires ». Les dépenses de prestation de 2016 et 2017 ainsi que les frais de gestion feront l'objet d'un remboursement en 2018 de l'État à la Caisse des dépôts. Dans sa note d'exécution budgétaire, la Cour des comptes critique le dispositif pour sa complexité juridique, le rendant totalement inopérant.

Madame la ministre, je suis, comme la rapporteure spéciale, convaincu de l'utilité de cette aide. J'aimerais obtenir des précisions de votre part sur le suivi qui en est assuré par le ministère. Quels objectifs lui ont été vraiment fixés ? Le rapport annuel de performance ne mentionne pas le moindre indicateur associé à cette prestation. En d'autres termes, comment ce dispositif est-il piloté ? Cette question de méthode pourrait d'ailleurs, sans doute, s'appliquer à d'autres dispositifs de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*.

**M. le président Éric Woerth.** Dans ses notes, la Cour des comptes fait état d'une sous-budgétisation, situation assez classique pour les dépenses de guichet. Madame la ministre, comment parvenir à une budgétisation plus sincère de ces dépenses ?

Par ailleurs, nous sommes face à l'évaluation d'un dispositif d'aide sociale très éclaté. Le précédent gouvernement a créé la prime d'activité, fusion du revenu de solidarité active (RSA) « activité » et de la prime pour l'emploi (PPE). Nous constatons aujourd'hui une dispersion, probablement assortie d'un manque de lisibilité. La prime d'activité avait d'ailleurs été mise en place au motif que le RSA « activité » était insuffisamment lisible, et le nombre de bénéficiaires insuffisamment élevé au regard des personnes éligibles. Tout ceci est fort complexe, et ne donne satisfaction ni sur le plan comptable et budgétaire, ni aux personnes elles-mêmes. Pensez-vous, madame la ministre, qu'il soit nécessaire de regrouper certaines des aides qui sont placées sous votre autorité ? Si oui, lesquelles, et dans quelles conditions ? Cette piste pourrait-elle découler d'une évaluation pointant un éclatement des aides sociales ?

Enfin, madame la ministre, les missions qui vous sont confiées recouvrent de nombreuses dépenses fiscales. On en dénombre 29, pour un montant de près de 14 milliards d'euros. Elles ont crû en 2017. La Cour des comptes, tout comme les parlementaires ayant travaillé sur le sujet, signale une absence de pilotage des dépenses fiscales. Madame la ministre, pensez-vous que des progrès soient possibles en la matière ? Jugez-vous toutes ces dépenses fiscales nécessaires et utiles ? Un travail est-il mené au sein de votre ministère pour en évaluer l'efficacité ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Je dirai tout d'abord quelques mots des conditions de l'exercice 2017 de la mission *Santé, solidarité, insertion et égalité des chances*. La priorité du Gouvernement, à son arrivée, a été de remédier à des sous-budgétisations manifestes en loi de finances initiale 2017. C'était notamment le cas de deux grands dispositifs d'intervention de la mission : d'une part la prime d'activité sur le programme 304, d'autre part l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sur le programme 157. Comme l'a noté la Cour des comptes dans son rapport d'exécution

budgétaire sur la mission, la sous-budgétisation en loi de finances initiale était de l'ordre de 850 millions d'euros pour la prime d'activité et de 330 millions d'euros pour l'AAH. Pour y faire face, des ouvertures de crédits en fin de gestion sur ces deux programmes se sont élevées à un peu plus de 2 milliards d'euros en crédits de paiement.

J'aborderai à présent ces différents dispositifs, aides et prestations.

Commençons par l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens travailleurs migrants. Après un démarrage effectif du dispositif il y a deux ans, cette prestation est un échec. Alors que la population cible avait été évaluée à 35 000 personnes, vous avez évoqué 17 dossiers, madame la rapporteure, tandis que j'ai connaissance de 37 demandes reçues par la Caisse des dépôts au 9 mai 2018, et que l'on dénombre seulement 21 bénéficiaires.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation, au premier chef desquels des conditions d'attribution probablement inadaptées. Il faut ainsi être hébergé en foyer de travailleur migrant ou en résidence sociale pour bénéficier de la prestation, y compris lors du renouvellement. Ceci est parfaitement aberrant, j'en conviens, puisque l'objectif était justement de permettre aux personnes de quitter ces structures.

Par ailleurs, le montant de l'aide est peut-être en cause. Certains bénéficiaires potentiels préfèrent effectivement continuer à percevoir l'ASPA ou les aides au logement.

D'autres facteurs peuvent intervenir, comme la crainte de ne plus pouvoir obtenir facilement un titre de séjour pour revenir en France. Enfin, la communication sur le dispositif a probablement été insuffisante.

Il est inenvisageable de maintenir le *statu quo*. Derrière cette prestation, il y a évidemment des personnes qui souhaiteraient retourner dans leur pays. Il s'agit de travailleurs migrants, âgés, qui ont des ressources faibles et pourraient jouir d'une qualité de vie supérieure dans leur pays d'origine. Ils se trouvent bloqués et vieillissent dans des foyers, des hébergements ou des résidences qui ne sont pas absolument pas adaptés pour accueillir des personnes de leur âge.

Je vous remercie donc, madame la rapporteure spéciale, d'avoir fait la lumière sur ce dispositif. Nous devons impérativement le réinterroger collectivement pour préserver son objectif initial, qui était vertueux. Nous devons répondre à la réalité sociale que vivent ces personnes. Il nous faut tirer les conséquences de toutes ces observations pour adapter nos actions.

Je ne saurais me prononcer dès aujourd'hui sur les recommandations que vous me soumettez, et que je découvre ici. Je prendrai connaissance de votre rapport avec grand intérêt, et demanderai à mes services d'instruire vos propositions et de mener des travaux de refonte de cette prestation.

Concernant l'absence de signature, à ce jour, de la convention avec la Caisse des dépôts – chargée d'instruire les demandes et de liquider les prestations pour l'État –, sachez que les discussions ont avancé. La signature devrait intervenir au mois de juin, sous réserve de la confirmation de l'accord du ministère de l'action et des comptes publics. Une fois signée, cette convention contribuera effectivement à une meilleure gestion par la Caisse des dépôts des demandes en cours. Cependant, je doute que nous passions des 37 demandes actuelles à la

cible de 35 000 par cette seule convention. Aussi avons-nous intérêt à repenser cette prestation dans son intégralité.

Vous m'avez par ailleurs interrogée sur l'aide financière à l'insertion sociale et professionnelle des femmes sortant de la prostitution. Cette question relève des compétences de Mme Schiappa, qui vous présente ses excuses pour ne pas être parmi nous. Ce sujet a été débattu lors du vote de la loi de finances 2018. Vous avez souhaité y revenir. Il me semble en effet intéressant de mettre en lumière cette politique.

La loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées date du 13 avril 2016, et la mise en œuvre du dispositif a été assez lente. Les causes de ce délai sont diverses. Elles tiennent d'une part au temps d'élaboration des textes, dont le dernier date du 29 novembre 2017. D'autre part, elles sont inhérentes au dispositif lui-même, notamment au regard de l'installation des commissions départementales et de l'agrément des associations devant accompagner la sortie de la prostitution. Enfin, le choix de l'opérateur gestionnaire de l'aide a ajouté un délai supplémentaire. Il est maintenant identifié : il s'agira de la caisse centrale de la Mutuelle sociale agricole.

En 2017 ont été installées 32 commissions départementales, sous l'autorité des préfets, et il est prévu d'en créer 26 autres en 2018, ce qui représentera au total 58 commissions départementales à la fin de l'année. Par ailleurs, 78 associations ont été agréées pour la mise en œuvre du parcours de sortie de la prostitution, dans 62 départements. À ce jour, seules 64 personnes sont inscrites dans un parcours de sortie de la prostitution et ont été autorisées à le suivre par décision préfectorale, et ce dans 16 départements. Enfin, 37 personnes bénéficiaient de l'aide financière à l'insertion sociale et professionnelle au 30 avril 2018.

Concernant les crédits, la consommation a été limitée à 50 000 euros en 2017. En 2018, elle atteint déjà 47 000 euros pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril. Ce dispositif semble donc monter en charge, certes doucement.

D'un point de vue prospectif, nous sommes prudents quant à l'appréciation du dispositif, compte tenu du caractère très récent de sa mise en œuvre, et dans l'attente d'une évaluation plus précise. Une circulaire interministérielle, en lien avec le ministère de l'Intérieur, doit prochainement préciser les conditions d'ouverture des droits dans le cadre du parcours de sortie de la prostitution. À cet égard, nous partageons votre attention, madame la rapporteure, aux conditions de délivrance de l'autorisation provisoire de séjour. Elles sont actuellement hétérogènes. Alors que les personnes bénéficiaires de ces parcours doivent avoir accès à cette autorisation. La circulaire devrait contribuer à favoriser la poursuite du déploiement du dispositif. Elle sera de surcroît l'occasion de soutenir, auprès des préfets, le déploiement des commissions départementales sur tous les territoires non encore couverts.

La loi du 13 avril 2016 a prévu une évaluation du dispositif en 2018. Elle permettra de disposer d'un premier état des lieux, notamment sur son volet social. Cette évaluation sera menée tout à la fois par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale de la justice (IGJ). Les conclusions devraient en être rendues en octobre 2018, à temps pour le futur projet de loi de finances. Elles s'inscriront en complémentarité avec votre travail, madame la rapporteure spéciale. Sur la base de ce rapport d'inspection et de votre propre rapport, nous devrions pouvoir proposer une modification des procédures dans le projet de loi de finances 2019.

S'agissant des aides aux associations accompagnant les personnes sortant de la prostitution, nous avons prévu en 2018 une augmentation des crédits de 2,1 millions d'euros.

J'en viens à la prime d'activité. Nous avons mené avec le ministre de l'action et des comptes publics, M. Gérard Darmanin, un travail approfondi visant à mettre fin à la sous-budgétisation de cette prime. Cet effort a été récemment salué par la Cour des comptes. La situation actuelle est liée à une conjoncture économique favorable et au caractère récent de ce dispositif, dont le public cible s'est emparé en deux ans. Nous n'avons pas le recul nécessaire pour affiner les prévisions avec autant de précision que pour d'autres prestations. Dans un objectif de sincérité, nous avons retenu pour cette prime, en loi de finances initiale 2018, un montant fondé sur les prévisions les plus récentes dont nous disposons en provenance des caisses d'allocations familiales (CAF). En conséquence, le Gouvernement a majoré la ligne de la prime d'activité au cours de la discussion du projet de loi de finances initial, afin de tenir compte d'une augmentation du nombre prévisionnel de bénéficiaires. Il est encore trop tôt pour anticiper de façon fiable l'exécution de l'année. Nos dernières données montrent un risque d'insuffisance budgétaire de l'ordre de 200 millions d'euros. Il nous semble prématuré de nous prononcer dès à présent et attendons l'automne. Nous respecterons cependant les engagements présidentiels, puisque nous avons prévu d'augmenter la base forfaitaire de 20 euros au 1<sup>er</sup> octobre 2018. Nous sommes bien entendu très attentifs à la dynamique de cette dépense.

Pour finir, j'aborderai plus largement la question des aides sociales. Aujourd'hui, nous cherchons à rendre nos dispositifs d'aide les plus vertueux possible en termes d'accompagnement des personnes et de retour vers l'emploi. Nous avons en effet la conviction que l'emploi est la meilleure façon pour les personnes en difficulté de gagner en liberté, en autonomie et en émancipation.

Le débat actuel n'est donc pas budgétaire, mais porte sur l'efficacité de l'action publique. Il s'agit de mettre en œuvre des politiques publiques à destination des personnes les plus démunies afin qu'elles accèdent à des mécanismes de réinsertion – lesquels ont été négligés ces dernières années, pour des raisons que nous comprenons, dans les collectivités. Les dépenses de guichet, dispositifs monétaires, ont trop souvent été privilégiées au détriment de l'accompagnement des personnes.

La politique du Gouvernement consistera donc à réinterroger les aides existantes pour favoriser leur lisibilité et leur accessibilité. Nous savons en effet que le non-recours aux droits atteint 30 % pour certaines prestations. Nous devons clarifier ce maquis et nous assurer que l'argent que nous accordons aux aides aboutit réellement à un gain en autonomie et à un retour vers l'emploi.

Je souhaite que nous prenions de la distance, collectivement, face au débat permanent sur la proportion la plus opportune des aides monétaires et sur ce que certains qualifient d'« assistanat ». Les personnes qui se trouvent dans la grande pauvreté ne l'ont pas choisi. Ce sont majoritairement des femmes et des enfants, notamment des familles monoparentales. Elles n'ont guère accès, autour d'elles, à des dispositifs d'accompagnement propices à un retour vers l'emploi – crèches, transports... – et se voient parfois proposer des horaires de travail incompatibles avec leurs contraintes familiales. C'est donc toute la politique publique que nous devons revoir pour mieux accompagner les personnes les plus vulnérables. Ce n'est en rien une question purement budgétaire, quoi qu'il ait pu en dire la presse.

Nous avons effectivement augmenté les crédits de l'action 17 du programme 304 destiné au fonds de soutien aux départements pour la prise en charge des mineurs non accompagnés. En 2017, les crédits consacrés par l'État au financement de la mise à l'abri de ces mineurs atteignaient 20 millions d'euros, montant de toute évidence insuffisant. Nous les avons portés à 132,1 millions d'euros dans la loi de finances 2018, en intégrant un financement exceptionnel de l'État au profit des conseils départementaux au titre de la « prise en charge partielle » – à savoir 30 % de la dépense réalisée par les départements pour la prise en charge de ces jeunes. Il s'agit là de dépenses d'aide sociale à l'enfance (ASE) que nous couvrons.

L'effort du gouvernement est donc notable, et les crédits destinés aux départements au titre de la prise en charge partielle de l'aide sociale à l'enfance pourront prochainement faire l'objet d'une délégation aux départements pour un montant total de 95 millions d'euros. Madame la rapporteure, vous me demandez si cet effort est suffisant. Il est, en tout état de cause, sept fois supérieur à celui qu'avait consenti l'État en 2017. Un travail de contractualisation est en cours entre l'État et les départements dans le cadre de la Conférence nationale des territoires. Tous ces sujets sont en discussion avec les départements. À ce stade, je ne peux pas aller plus loin sur les engagements que nous prenons.

Quant aux dépenses fiscales sur lesquelles vous m'interrogez, monsieur le président, elles se montent à 13,7 milliards d'euros, pour 19 milliards d'euros de crédits budgétaires. Dans sa note d'exécution budgétaire (NEB) 2017 relative à la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, la Cour des comptes formule quatre recommandations. Trois d'entre elles concernent des questions fiscales, leurs objectifs ou leurs performances, leur cohérence avec les dépenses d'intervention de l'État, des collectivités locales et des régimes sociaux, et enfin leur efficience. C'est donc nécessairement un sujet d'attention, qui devra donner lieu à des travaux interministériels entre mes services et ceux de Bercy.

De la même façon que nous sommes autorisés à questionner l'efficience des aides sociales au regard de l'objectif que nous nous sommes fixé, nous devons questionner en parallèle, et systématiquement, les aides fiscales. Ainsi, la Cour des comptes demande une évaluation de l'efficacité et de l'efficience des trois plus importantes dépenses fiscales de la mission, dont le coût représente 55 % du montant total des dépenses fiscales de la mission, à savoir 7,6 milliards d'euros. C'est une dépense qui concerne l'abattement de 10 % sur les pensions, notamment de retraite, pour l'impôt sur le revenu, l'exonération d'impôt sur le revenu des prestations sociales – allocations familiales, AAH, prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) – et l'exonération de taxe d'habitation en faveur des personnes âgées ou handicapées et de condition modeste. Nous l'évaluerons bien évidemment. Une réflexion sera menée sur l'articulation de l'exonération de la taxe d'habitation susmentionnée avec la mesure présidentielle de suppression progressive puis totale de cette imposition.

Toutes ces questions sont actuellement traitées conjointement entre Bercy et le ministère des solidarités et de la santé.

**M. Laurent Saint-Martin.** Je reviendrai, madame la ministre, sur une des dépenses « de guichet » que vous avez mentionnées, l'allocation aux adultes handicapés. Comme le révèle la note d'exécution budgétaire de la Cour des comptes, cette allocation fait l'objet d'une sous-budgétisation chronique. Or la hausse de cette aide a été votée, à compter du budget 2018. Dans quelle mesure s'est-on assuré, madame la ministre, que le budget 2018 est sincère à cet égard ? Comment s'efforcer de rendre le montant de cette aide sincère pour les budgets futurs ? Le présent exercice d'évaluation des politiques publiques vise en effet à

réaliser des budgets plus sincères, mais aussi à comprendre les raisons d'éventuelles sous-budgétisations.

**M. Gilles Lurton.** Il n'est en rien étonnant que le budget de fonctionnement de Santé publique France ne diminue pas, sachant que le regroupement des trois organismes qui le composent date d'il y a seulement un an. Pour avoir visité cette agence, je fonde sur elle de réels espoirs.

Ma deuxième remarque porte sur le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*. Entre 2014 et 2017, les moyens affectés à celui-ci ont diminué de 31 %, et cette baisse se poursuit en 2018. J'ai eu l'occasion de vous alerter de cette situation l'année dernière, madame la ministre. Or, elle risque d'autant plus de s'aggraver qu'à ce jour, à mi-2018, seuls 500 000 euros ont été dépensés au titre de l'indemnisation des victimes de la Dépakine, sur une dotation de 9,2 millions d'euros prévue à cet effet dans la loi de finances initiale 2017. Hormis ces 500 000 euros, le reste des crédits a été redéployé en interne pour financer des dépenses imprévues. Madame la ministre, de quels moyens disposerez-vous pour financer votre politique *via* des dépenses telles que celle-ci ? Comment la prévention, dont vous avez fait l'axe principal de votre politique, sera-t-elle financée dans les mois à venir ? Je pense en particulier à la politique de prévention de la douleur, qui a été entièrement abandonnée et sur laquelle j'ai eu l'occasion de vous soumettre une question écrite.

Enfin, Madame la ministre, vous avez pris la décision de l'augmenter l'AAH au 1<sup>er</sup> novembre 2018, et je m'en réjouis. Pour autant, le plafond au-dessus duquel un couple ne peut pas bénéficier de cette allocation n'a pas été relevé. Je crains que cela ne prive un grand nombre de foyers du montant total de cette allocation. Pourriez-vous nous apporter une réponse sur ce point ?

**M. Brahim Hammouche.** Le projet de loi de règlement souligne la forte dynamique des dépenses liées à la prime d'activité, à la prime de Noël et au RSA « jeunes », qui augmentent de 1,239 milliard d'euros. Il s'agit, en d'autres termes, de dépenses de lutte contre la pauvreté. Je rappelle que 3 millions d'enfants – soit un sur cinq – sont en situation de pauvreté, et que 30 000 enfants vivent sans domicile fixe.

Le Gouvernement entend lutter avec vigueur contre cette situation par une stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, visant tout particulièrement les jeunes et les enfants. J'ai pris part à un groupe de travail sur ce sujet, et des annonces devraient être effectuées dans les prochaines semaines.

Pour rappel, la prime d'activité instituée par la loi du 17 août 2015 se substitue au RSA « activité » et à la prime pour l'emploi afin de soutenir les travailleurs modestes dès l'âge de 16 ans. L'ouverture à de nouveaux publics jeunes et la dématérialisation des démarches ont accru le taux de recours, qui se situe à 70 %. Ceci contribue à un meilleur accès aux droits. Le projet de règlement fait par ailleurs état d'une hausse de 12,9 % des dépenses liées aux dispositifs de la prime de Noël et du RSA « jeunes » par rapport à 2016. Si la part des primes exceptionnelles diminue, selon la Cour des comptes, *a contrario*, celle du RSA « jeunes » s'accroît. Pouvez-vous nous préciser de quel montant, madame la ministre ?

**M. Paul Christophe.** Je ne reviendrai pas sur l'AME, à propos de laquelle vous avez été très claire, madame la ministre. Votre action s'est massivement orientée vers les questions de prévention, ce dont nous pouvons nous féliciter.

Cependant, si notre système de santé doit mieux prévenir, il doit aussi mieux guérir. Je souhaiterais à ce titre vous interroger sur l'accès à certains médicaments. Les professionnels de santé, les industriels et les patients constatent en effet, ces dernières années, une forte dégradation des conditions d'accès aux médicaments innovants en France. L'année 2017 n'a pas échappé à cette tendance. La durée d'accès est en moyenne de 530 jours pour les médicaments ne faisant pas l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation, alors qu'elle devrait être de 180 jours au maximum selon la norme européenne. Les délais allongés de mise à disposition des médicaments pénalisent tous les acteurs : les patients tout d'abord, qui ne peuvent pas bénéficier des progrès de la science pour se soigner correctement ; le corps médical ensuite, qui ne peut pas proposer aux malades un traitement innovant adapté et existant ; les industriels enfin, qui, face aux contraintes administratives trop lourdes, craignent désormais d'investir dans la recherche et le développement. Aussi, madame la ministre, je souhaiterais avoir un éclairage sur la consommation des crédits alloués, sur votre diagnostic, sur les perspectives budgétaires et sur l'évaluation prospective liée à la mise à disposition de ces médicaments.

**M. Gabriel Serville.** Madame la ministre, permettez tout d'abord que mon groupe, la Gauche démocrate et républicaine (GDR), fasse état de ses regrets quant à la méthode adoptée pour cet exercice, qui fait de nous des députés « évaluateurs spectateurs » face aux choix gouvernementaux. Nous craignons qu'il s'agisse là d'un avant-goût du sort qui pourrait être réservé par l'exécutif à la représentation nationale dans le cadre de la réforme constitutionnelle.

Sur le fond, je souhaite vous soumettre deux remarques. S'agissant de la mission *Santé*, la stratégie de promotion de la prévention n'est manifestement pas financée à la hauteur des besoins. Le budget 2018 s'inscrit dans cette même logique, puisque les moyens de la prévention n'y ont pas été revalorisés – le tout, dans un contexte d'hôpitaux en souffrance. Le centre hospitalier de Cayenne en est le meilleur exemple, puisque 17 médecins urgentistes, sur la trentaine que compte le service, ont annoncé leur démission pour dénoncer la dégradation des conditions de prise en charge des patients et de leurs conditions de travail. Je rappelle que ce même centre hospitalier, seule offre publique de santé pour l'Est guyanais, avait déjà connu un mouvement social historique de 74 jours en 2017, ayant abouti à la signature d'un protocole de fin de conflit qui peine encore à être mis en œuvre. Je sais que vous y portez votre meilleure attention, madame la ministre, et je m'en réjouis.

J'aborderai pour finir la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, en vous faisant part de notre inquiétude quant à la réforme des aides sociales envisagée. Le gouvernement s'étant engagé à revaloriser la prime d'activité de 80 euros par mois d'ici à 2022. Rappelons que cette prime bénéficie aujourd'hui à environ 5 millions de personnes. Sa réforme viendrait s'ajouter au coup porté au montant de l'AAH, avec la prise en compte des revenus du conjoint – ce à quoi le groupe GDR est farouchement opposé.

**M. le président Éric Woerth.** Je souligne, monsieur le député, que l'évaluation est une action. Cela demande d'observer, de connaître, d'évaluer puis de décider, chacun à sa place – le législatif pour les parlementaires, l'exécutif pour le gouvernement. Nous préparons ici de façon sérieuse et efficace le temps budgétaire à venir, qui sera un temps de décision.

**Mme Martine Wonner.** Je reviendrai sur le budget de l'aide médicale de l'État, évalué à 900 millions d'euros. Ma question portera en particulier sur les crédits qui y sont alloués.

L'AME couvre notamment les frais de médecine générale et de médecine spécialisée, les frais dentaires, pharmaceutiques et de vaccination obligatoire ainsi que le forfait journalier. Nous pouvons nous en féliciter.

Cependant, l'accès aux soins des populations migrantes en situation irrégulière est trop souvent conditionné. Je salue ici le travail formidable mené par certaines associations qui améliorent l'accès aux soins des migrants et de leur famille, en développant des actions de formation, de recherche et d'information auprès des professionnels de santé ou de l'action sociale. Dans le département du Bas-Rhin par exemple, Médecins du monde organise des maraudes et tient des permanences pour offrir un accès aux soins dans des espaces mobiles. Il contribue, de ce fait, à de véritables actions de santé publique.

N'ayant pas un accès aisé aux soins de ville, les bénéficiaires de l'AME ont instinctivement tendance à se rendre aux urgences, qui sont déjà très largement saturées. En facilitant l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME, nous contribuerions donc au désengorgement de ces urgences. Ce serait, de fait, un gage d'économies.

Par ailleurs, il pourrait être envisageable de faire évoluer l'AME vers un rapprochement, voire une fusion, avec la protection universelle maladie, ce qui lèverait les freins à l'accès des soins de ville.

Vous avez mentionné en introduction, madame la ministre, des pistes permettant d'évaluer au plus juste les dépenses. Quelles pistes permettraient de mettre en évidence tous ces coûts évités ? Quelles actions sont prévues en ce sens ?

Pour finir, j'avoue être rassurée quant à l'avenir de l'établissement Santé publique France, dont je suis la référente parlementaire.

**Mme Ericka Bareigts.** Madame la ministre, je souhaiterais aborder la prime d'activité – dispositif qui a été victime de son succès – et vous demander d'explicitier le cadrage budgétaire dont elle a fait l'objet. Par ailleurs, confirmez-vous l'engagement du Président de la République de revaloriser cette prime, qui correspond à une véritable attente de nos concitoyens ?

Tout comme M. Lurton, j'attends une réponse sur le plafond de ressources au-delà duquel un couple ne peut plus bénéficier de l'AAH. Les indications qui ont pu nous être données jusqu'à présent manquent de clarté et ne permettent pas d'envisager la résolution de ce problème. Il faut pourtant être conscient que du fait de cette mesure, certaines personnes se trouvent exclues du bénéfice de cette aide.

Enfin, madame la ministre, je souscris à vos propos selon lesquels l'efficience des aides sociales est intimement liée à l'accompagnement. Il est toutefois un point sur lequel nos vues semblent diverger. J'affirme en effet que cet accompagnement existe par le terrain. Il est dispensé, à titre d'exemple, par les missions locales. Se pose néanmoins la question des moyens budgétaires et humains affectés à cet accompagnement social.

De quels moyens comptez-vous assortir votre politique pour soutenir l'accompagnement à l'accès aux droits sur l'ensemble du territoire ?

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Madame la ministre, vous avez fait état d'une absence de sous-budgétisation caractérisée en 2017, et avez annoncé que vos choix politiques étaient assumés. À la lecture du rapport de la Cour des comptes, un élément m'a toutefois

interpellée, relatif à l'évaluation des dépenses d'intervention du programme 204. Ainsi, les projets régionaux de santé, qui étaient dotés de 132 millions d'euros en exécution 2016, ne font plus l'objet d'aucune inscription en 2017. Ces projets correspondent pourtant à une réalité difficile sur l'ensemble des territoires. Leur mise en œuvre sur la période 2018-2022 créera des déserts sanitaires. Avez-vous demandé aux ARS de mener une concertation avec les territoires en amont de l'élaboration de ces projets ? Les régions semblent en effet manifester une réticence à leur égard. La région Bourgogne-Franche-Comté vient d'ailleurs de rejeter le projet régional de santé qui lui a été soumis. Les départements qu'elle inclut ont fait de même, et les parlementaires de la région n'ont pas même été consultés.

Je tiens à vous alerter, madame la ministre, sur les conséquences qu'auront ces projets localement, qu'il s'agisse de la sécurité des patientes ou des parturientes en cas de fermeture de maternités – je pense au centre hospitalier Louis-Jaillon à Saint-Claude – ou plus largement de l'attractivité de nos territoires ruraux et de l'emploi local. De ce point de vue, comment voyez-vous l'évolution des projets régionaux de santé ?

**M. Philippe Vigier.** Madame la ministre, vous êtes à la tête d'une « maison » difficile qui, dans son volet public comme privé, manifeste des interrogations, des attentes et des inquiétudes. Je vous félicite et vous remercie d'avoir fait monter en charge la réserve sanitaire. Au-delà de ses interventions à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, il n'y aurait plus, sans elle, de service des urgences dans la ville de Bourges cet été. Une transformation en profondeur du système de santé est nécessaire, sans quoi les urgences fermeront en de nombreux endroits en France.

En revanche, je peine à comprendre pourquoi dans le budget 2018, au titre du programme 204, l'action 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* et l'action 15 *Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation* font l'objet de baisses de crédits. Chacun sait que lorsqu'un pays réduit les crédits destinés à la prévention, il s'ensuit des dépenses plus importantes en aval. Madame la ministre, comptez-vous y remédier dans le prochain budget ?

Madame la ministre, vous avez invité l'ensemble des acteurs à développer des stratégies territoriales de santé (STS), autour de véritables projets de territoires. Un projet de territoire vise l'efficacité des soins et exige une mise en réseau du public et du privé. Dès lors, je ne comprends pas pourquoi les ARS poursuivent la logique antérieure, continuant de fermer des services ou autres maternités sans même s'inquiéter d'une cohérence de ces décisions avec les futurs projets. Il me semble urgent, madame la ministre, que vous donniez pour instruction à l'ensemble de vos services de se mettre en capacité, dans un délai très court, d'établir pour chaque bassin d'emploi des stratégies territoriales qui seront ensuite mises en cohérence. Cela évitera que les plans régionaux de santé soient victimes d'un vote négatif dans les conseils régionaux, comme c'est trop souvent le cas actuellement.

**Mme Sarah El Haïry.** Mon intervention portera sur la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*. La première de mes interrogations a déjà été soulevée par le président de la commission concernant les dépenses de guichet. La soutenabilité de cette mission paraît en effet mise en difficulté par leur sous-budgétisation constatée en loi de finances initiale.

Je passerai donc rapidement à ma deuxième question, relative à la gestion des ressources humaines. La Cour des comptes a signalé que le plafond d'emplois de la mission était en sous-exécution, à raison de quelque 200 ETP. La sous-consommation serait même

plus importante en 2017 qu'en 2016. De même, l'exécution 2017 des plafonds d'emplois de l'ARS serait inférieure d'environ 200 ETP aux prévisions inscrites en loi de finances initiale. Madame la ministre, par quels moyens vous assurerez-vous qu'un budget plus sincère et plus juste sera établi ?

Enfin, quelles mesures entendez-vous mettre en œuvre pour répondre aux besoins des personnes les plus fragiles, en particulier celles qui souffrent d'un handicap ?

**M. Fabien Di Filippo.** Madame la ministre, je souhaite vous faire part de ma très grande inquiétude face à l'absence totale de stratégie et de garde-fous pour limiter le dérapage de l'aide médicale de l'État pour les personnes en situation irrégulière. Vous avez affirmé que l'AME était difficile à évaluer, et qu'en la matière, il était difficile d'établir des prévisions fiables. Ceci ira en s'amplifiant du fait de la politique « immigratoire » permissive du Gouvernement, qui allonge les titres de séjour, élargit la réunification familiale et détourne le droit d'asile. Chaque année, nous assistons à un dérapage de ce poste budgétaire, lequel est pris en charge, je le rappelle, par le contribuable. Cette année, il atteint déjà 13 % pour l'AME, avant même les dépassements. Le slogan « humanité et fermeté » ressassé par le Gouvernement se traduit, dans les faits, par une générosité toujours accrue pour les personnes qui ont violé nos lois, et à l'inverse par une dureté toujours accrue pour nos aînés, ceux-là mêmes qui se sont occupés de nous. Je pense ici à l'asphyxie des hôpitaux des territoires périphériques. Il est même question, désormais, du déremboursement de certains médicaments, notamment ceux qui soignent la maladie d'Alzheimer.

Madame la ministre, pourquoi ne pas rétablir un droit d'entrée ou une participation financière pour les bénéficiaires de l'AME ? Pourquoi ne pas revoir la liste des soins pris en charge à ce titre, lesquels sont loin de tous relever de l'urgence absolue ? Ainsi figure encore dans la liste de l'aide médicale d'État la prise en charge totale des frais d'examens pré-nuptiaux. Nous avons revu cette liste en 2011, et en avons extrait les cures thermales et la procréation médicalement assistée (PMA). Cette révision est donc possible.

Je le rappelle, un travailleur qui paie ses cotisations sociales obligatoires mais qui n'a pas de mutuelle complémentaire jouit d'une moins bonne couverture qu'un étranger en situation irrégulière bénéficiaire de l'AME. Si le « en même temps » est efficace en matière de dialectique, de marketing et de communication politique, il ne l'est pas en matière budgétaire, car gouverner, c'est choisir ; et gérer, madame la ministre, c'est choisir. Nos concitoyens attendent, en matière de santé comme pour le reste, de la responsabilité et de l'équité, dans un contexte très tendu où, pourtant, votre gouvernement augmente fortement les dépenses de l'État.

**M. Michel Castellani.** Je voudrais évoquer un sujet qui ne vous est pas inconnu, madame la ministre, celui de l'hôpital de Bastia. Vous connaissez le dévouement de son personnel, mais aussi ses problèmes en matière de trésorerie, de blocs opératoires et de restructuration de certains services. Des avancées ont été enregistrées, et je vous en remercie. Une première aide de trésorerie de 3,5 millions d'euros a été notifiée. Pourtant, d'importants problèmes persistent pour payer les fournisseurs. Un besoin urgent de 3,5 à 4,5 millions d'euros sur la deuxième circulaire de campagne tarifaire doit intervenir à ce titre cet été.

Évoquons également le financement de la deuxième tranche du programme pluriannuel d'investissement annoncé en février dernier par le Président de la République, soit une trentaine de millions d'euros sur cinq ans. Ce dossier fera l'objet d'une expertise de l'IGAS.

Je ne doute pas, madame la ministre, que vous aurez à cœur d'user de votre influence pour qu'une issue favorable soit donnée à ces importantes questions.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Monsieur Saint-Martin, je vous prie d'excuser l'absence de Mme Cluzel, responsable du programme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). La Cour des comptes a montré l'insuffisance des crédits budgétaires afférents à ce programme en 2017. C'est pourquoi nous avons ouvert des crédits supplémentaires, à hauteur de 337 millions d'euros en fin d'exercice. Pour 2018, nous nous sommes assurés d'être au plus près des besoins, avec la budgétisation la plus exacte possible provenant des prévisions de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Pour l'heure, nous sommes en ligne avec les crédits budgétés. En fin d'année il pourrait se manifester une insuffisance d'environ 20 millions d'euros, sur un total de crédits dépassant 9,7 milliards d'euros. Aussi avons-nous atteint un degré de précision assez notable.

J'en viens au programme 204. Monsieur Lurton, vous notez une diminution de dépenses que vous qualifiez « de prévention ». Or ceci tient essentiellement à des effets de périmètre. En effet, nombre de ces dépenses ont été transférées à l'assurance maladie, dans le cadre d'une stratégie de simplification. Rappelons que les sources de financement des agences de sécurité sanitaire et des ARS proviennent pour certaines de l'assurance maladie.

En outre, et comme je l'avais indiqué lors de notre précédente audition lors de la construction du budget, nous changeons de paradigme en matière de prévention. Celle-ci ne saurait se résumer à des budgets de campagnes octroyés aux agences sanitaires, mais doit imprégner le quotidien des professionnels de santé. Dans toute mon action, j'entends financer la prévention dans le cadre des parcours de soins que nous mettons en œuvre. Je souhaite que les professionnels de santé s'engagent dans la prévention sans qu'elle soit nécessairement portée par des campagnes publiques massives dans les médias. Les messages de prévention seront bien plus efficaces s'ils sont véhiculés par les professionnels eux-mêmes que par des agences sanitaires.

Nous avons quoi qu'il en soit provisionné un fonds de prévention au sein de l'assurance maladie, doté de 100 millions d'euros cette année grâce, notamment, à l'augmentation des prix du tabac. Nous disposons donc de financements pour la prévention. Je n'ai aucunement l'intention de relâcher la pression sur cette politique majeure de santé.

Passons au plafond de ressources fixé aux bénéficiaires de l'AAH. Le Gouvernement souhaite rapprocher le plafond de ressources des couples bénéficiaires de l'AAH et celui des autres minima sociaux, du RSA notamment, en abaissant le coefficient multiplicateur utilisé pour le calcul du plafond de ressources des couples à 1,9 en novembre 2018 et à 1,8 en novembre 2019. Un mode de calcul favorable aux personnes handicapées sera conservé en raison des spécificités de l'AAH et de la prise en charge du handicap. Pour autant, couplé avec la revalorisation exceptionnelle de l'AAH, l'abaissement du coefficient multiplicateur sera *a minima* neutre pour les couples qui bénéficient actuellement de l'AAH. En effet, le plafond de ressources des couples reste croissant, jusqu'à atteindre 1 629 euros à compter de novembre 2019, pour 1 621 euros aujourd'hui.

Monsieur Hammouche, notre politique relative aux aides sociales est en cours de transformation. Je lancerai notamment, au début de l'été, une stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Beaucoup d'entre vous ont participé aux groupes de travail afférents en région. Nous avons co-construit cette politique avec les associations, les élus locaux et les personnes concernées. L'objectif est de miser sur l'humain, l'école, la formation

ou encore l'accès à l'apprentissage et au travail. L'ensemble des politiques publiques permettra aux personnes de s'émanciper. Tel est l'objectif que nous poursuivons avec cette stratégie, qui sera annoncée très prochainement.

Monsieur Christophe, vous m'interrogez sur l'accès aux médicaments innovants. C'est un sujet que je connais bien. Lorsque je présidais la Haute Autorité de santé (HAS), j'étais extrêmement attentive aux délais de rendu des avis, avec le souci de ne pas retarder l'accessibilité des médicaments. À près de 90 %, les avis sont rendus dans les délais auxquels la HAS est astreinte. Ces délais sont liés aux négociations entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les industriels. À vouloir les réduire, l'on amoindrirait la marge de négociation du CEPS. Nous avons pourtant besoin de cette négociation pour abaisser le prix de certains médicaments – prix qui s'avère parfois, au départ, sans commune mesure avec les services rendus. Ces délais sont donc malheureusement incompressibles, dès lors que nous voulons préserver la capacité de négociation du CEPS. Pour autant, je tiens à rassurer nos concitoyens : lorsqu'un médicament est réellement innovant et lorsqu'il répond à un besoin non couvert jusque-là, il fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Il est alors accessible environ un an avant son autorisation de mise sur le marché, et il est payé par la solidarité nationale au prix souhaité par l'industriel. La France est le seul pays au monde à procéder de la sorte. Aucun patient français, aujourd'hui, ne pâtit d'un délai d'accès aux médicaments réellement innovants, répondant à un besoin qui n'est pas couvert par un médicament existant.

Monsieur Di Filippo, vous pouvez compter sur moi pour faire des choix, et vous en prendrez bientôt la mesure. Au regard de la maladie d'Alzheimer, j'assume pleinement mon choix de ne plus rembourser un médicament nocif et toxique. Ce déremboursement n'a en aucun cas une motivation budgétaire. Jamais un patient français ne me verra dérembourser un médicament utile. En revanche, il est normal que je prenne mes responsabilités s'agissant d'un médicament ayant été évalué à deux reprises par la Haute Autorité de santé comme nocif pour les malades et n'apportant pratiquement aucun bénéfice. Si je ne suivais pas les avis de la HAS sur les médicaments inefficaces et toxiques, pourquoi le ferais-je pour rembourser les médicaments efficaces ? L'argent qui sera économisé de la sorte par la sécurité sociale sera consacré aux centres Alzheimer et aux équipes qui s'occupent des malades aujourd'hui. Je le répète, ce n'est pas une question financière.

Quant aux stratégies de prévention, monsieur Serville, elles sont réellement financées. Je suis très attentive au centre hospitalier de Cayenne, et vous connaissez mon attachement aux outre-mer. Je me rendrai dans votre territoire cet été. J'y envoie pour l'heure la réserve sanitaire, et la situation devra être résolue.

J'ajoute que les revenus des familles sont pris en compte dans le calcul de la prime d'activité. Celle-ci n'est pas liée aux salaires des personnes, mais bien à l'ensemble des revenus de leur foyer.

Madame Wonner, vous vous êtes exprimée sur le rapprochement de l'AME et de l'assurance maladie. Je reste attachée à ce que le volet contributif, issu des cotisations sociales, reste attaché au financement de l'assurance maladie, et par ailleurs à ce que le volet de solidarité soit financé par le budget de l'État, selon une autre logique. Je ne suis donc guère favorable au rapprochement que vous évoquez.

Madame Bareigts, l'accompagnement des personnes les plus démunies sera mis en œuvre dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté que nous dévoilerons au

début de l'été. Nous avons pour objectif de mettre en œuvre une politique efficace pour extraire les personnes de la pauvreté. Nous voulons lutter contre ce déterminisme social spécifique à la France voulant que lorsqu'on est pauvre, on reste pauvre.

Madame Dalloz, vous m'avez interrogée sur les projets régionaux de santé et leur financement. Le projet régional de santé de la Bourgogne-Franche-Comté a été co-construit au fil de dix-huit mois de travaux durant lesquels l'ARS a associé l'ensemble des parties prenantes – représentants des professionnels de terrain, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des collectivités et des associations de malades – dans le cadre de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Cette dernière a validé le projet régional de santé de votre territoire. Cette assemblée fédère l'ensemble des acteurs qui ont partagé, pas à pas, la totalité des priorités de ce projet. Je comprends qu'il ne satisfasse pas certains élus, mais il a été largement débattu.

Monsieur Vigier, ma politique de santé sera territoriale. Nous dévoilerons très prochainement la stratégie de transformation du système de santé. Je considère qu'elle doit organiser les territoires pour les mettre en mesure de répondre aux besoins de santé, en prenant en compte les bassins de vie et l'ensemble des professionnels qui y travaillent, qu'ils relèvent du secteur privé ou public, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Je déploierai une politique volontariste pour répondre aux besoins de santé de nos concitoyens. Je sais à quel point, aujourd'hui, dans les banlieues ou les zones rurales, il est difficile d'accéder à un professionnel de santé. La démographie posera en outre des difficultés dans les années à venir. Les besoins en professionnels de santé n'ont pas été anticipés il y a quinze ou vingt ans. J'hérite de cette situation pour les urgences, les obstétriciens, les anesthésistes ou encore les médecins généralistes. Nous devons nous organiser, car nous ne pourrions pas faire apparaître de but en blanc 20 000 nouveaux professionnels de santé sur les territoires. Je le répète, nous trouverons l'organisation qui permettra de répondre aux besoins de nos concitoyens.

Enfin, monsieur Castellani, je suis attentive à l'hôpital de Bastia. J'ai d'ores et déjà ouvert des crédits pour la construction des blocs opératoires. Sachez que je suis très attentive aux problèmes d'accessibilité de la santé en Corse, où je me rendrai d'ici l'été.

\*

\*       \*

Membres présents ou excusés  
**Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire**

Réunion du jeudi 31 mai 2018 à 13 heures 45

Présents. – M. Michel Castellani, Mme Marie-Christine Dalloz, Mme Stella Dupont, Mme Sarah El Haïry, M. Joël Giraud, M. François Jolivet, M. Daniel Labaronne, Mme Véronique Louwagie, Mme Marie-Ange Magne, Mme Cendra Motin, M. Laurent Saint-Martin, M. Philippe Vigier, M. Éric Woerth

Excusés. – M. Marc Le Fur, M. Olivier Serva

Assistaient également à la réunion. – Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, Mme Valérie Beauvais, M. Paul Christophe, M. Fabien Di Filippo, M. Brahim Hammouche, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Christophe Lejeune, M. Gilles Lurton, M. Jean-Luc Warsmann, Mme Martine Wonner

