

N° 2304

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2019.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de finances pour 2020*,

TOME I

SANTÉ

PAR MME CAROLINE FIAT,

Députée.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 2272, 2301 (annexe n° 38).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. UN CHANGEMENT DE PÉRIMÈTRE AUX EFFETS IMPORTANTS SUR LES CRÉDITS DE LA MISSION	7
II. LES CRÉDITS DU PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS	9
1. Présentation détaillée des crédits	9
2. Le document de politique transversale, un instrument de lecture de l'effort global de l'État	13
3. David contre Goliath ou le parcours du combattant des victimes du valproate de sodium	15
a. Sanofi, une entreprise arc-boutée sur des positions inacceptables	15
i. Un refus de principe de reconnaître sa responsabilité	15
ii. Des arguments irrecevables	16
b. Une attitude qui ne tient aucunement compte de l'intérêt des familles et de la collectivité publique	17
i. Une grande intransigeance	17
ii. L'ONIAM seul avec les victimes	18
iii. L'urgence d'assurer la soutenabilité du dispositif	18
c. Quelques questions toutefois	19
i. Des difficultés en passe d'être résolues	19
ii. Un encours de dossiers encore faible	20
III. UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE : SANCTUARISER LE PROGRAMME 183	23
1. Une stabilité des crédits en 2020 sur fond de remise en cause de l'aide médicale de l'État	23

a. Pour la première fois depuis plusieurs années, des crédits qui n’augmentent pas...	23
i. Les crédits de l’aide médicale de l’État.....	23
ii. Le Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante.....	24
b. L’AME, une prestation qui ne cesse d’être remise en cause.....	24
2. Que d’idées reçues !.....	26
a. Une prestation sociale trop attractive ?	26
i. Le panier de soins de l’AME.....	26
ii. On n’immigre pas en France pour se soigner !	27
iii. La France, plus généreuse que ses voisins ?	31
b. Une prestation trop coûteuse ?	32
i. Un regard d’ensemble sur les dépenses.....	32
ii. La consommation médicale par bénéficiaire.....	33
c. Les fraudes à l’AME ? Parlons-en !.....	34
i. Un dispositif d’ores et déjà très contrôlé.....	34
ii. Des contrôles de terrain nombreux et sans cesse renforcés	35
iii. Une fraude plus que marginale	36
d. Réduire le panier de soins ou augmenter les frais pour les bénéficiaires ?.....	37
i. Augmenter les coûts pour les bénéficiaires ? Une fausse bonne idée, déjà expérimentée	37
ii. Bien mesurer les conséquences de la réduction de l’offre de soins.....	38
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	43
I. AUDITION DE LA MINISTRE	43
II. EXAMEN DES CRÉDITS ET DES ARTICLES RATTACHÉS	69
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS	75
ANNEXE 2 : ÉVOLUTION DES CRÉDITS DES PROGRAMMES CONCOURANT À LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN SANTÉ	77
ANNEXE 3 : LES DÉPENSES DE PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE (PLFSS)	81

INTRODUCTION

La mission *Santé* de la loi de finances comporte deux programmes aussi différents que complémentaires qui contribuent, l'un, à participer à la politique de prévention, l'autre, à améliorer la protection maladie. D'ampleur inégale par les budgets qu'ils mobilisent, le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, d'un montant global de près de 198 millions d'euros, et le programme 183 *Protection maladie*, doté de quelque 942 millions d'euros, financent les instruments avec lesquels le Gouvernement met en œuvre la stratégie nationale de santé définie en 2017.

Plusieurs aspects sont à relever cette année. En premier lieu, le fait que, en termes budgétaires et à périmètre constant, on observe un fort souci de stabilité qui impacte de manière inédite le programme 183, par rapport aux tendances observées ces dernières années. En second lieu, que pour la première fois, un document de politique transversale est publié en accompagnement du programme 204 qui permet de retracer l'ensemble des financements qui concourent à la politique de prévention en santé. Il convient de saluer l'importance de cet outil que la représentation nationale a longuement réclamé et qui lui permet d'avoir une vue d'ensemble sur les financements mis en œuvre par les différents départements ministériels, au-delà des seuls crédits gérés par le ministère des solidarités et de la santé.

Pour illustrer son analyse des crédits de la mission, la rapporteure a choisi de traiter deux sujets qui sont cette année au cœur de l'actualité : tout d'abord l'indemnisation des victimes du valproate de sodium, ou Dépakine, financée sur le programme 204 ; d'autre part, l'aide médicale de l'État (AME), qui concentre la quasi-totalité des crédits du programme 183. Les remises en cause dont l'AME a fait l'objet ces derniers mois justifient en effet que les divers arguments qui lui sont opposés soient clairement discutés et évalués.

Pour traiter ces sujets, la rapporteure s'est entretenue avec un grand nombre de parties prenantes, qu'elle tient à remercier.

Elle rappelle enfin que l'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances fixe au 10 octobre la date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires. À cette date, le taux de réponses était de 82,5 %.

I. UN CHANGEMENT DE PÉRIMÈTRE AUX EFFETS IMPORTANTS SUR LES CRÉDITS DE LA MISSION

Un regard d'ensemble sur les **crédits de la mission Santé** montre qu'ils subissent une baisse considérable puisqu'ils perdent quelque 280 millions d'euros par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale (LFI) pour 2019. Cette diminution de près de 20 % serait évidemment dramatique si elle n'était essentiellement due au transfert à l'assurance maladie, et par conséquent à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), du financement de deux agences, **l'Agence nationale de santé publique (ANSP)**, et **l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**.

Dans une logique de simplicité et de clarté, et de prise en compte de la finalité du financement des agences qui interviennent en appui des politiques de santé, le Gouvernement avait transféré en 2017 le financement de l'Agence de la biomédecine (ABM) et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à l'assurance maladie. Il poursuit aujourd'hui cette démarche entamée il y a deux ans. Consécutivement le budget, du **programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins** est affecté à due proportion. Les dépenses de fonctionnement – **titre 3** – se voient ainsi amputées de 75,4 % par rapport à la LFI 2019 (– 264,5 millions d'euros), les crédits d'intervention du **titre 6** perdant 15,4 millions d'euros, soit 1,4 %. Les dépenses de personnel – titre 2 – sont stables sur l'ensemble de la mission, en autorisations d'engagement (AE) = crédits de paiement (CP).

Au-delà des seules données chiffrées, ce transfert peut amener à s'interroger sur **l'avenir du programme 204** dont le périmètre est désormais considérablement réduit et les crédits relativement limités. Pour autant, selon les éléments de réflexion qui ont été donnés à la rapporteure, la question de la suppression éventuelle du programme à court terme ne se pose pas. Nombre de sujets sensibles seraient à traiter, ne serait-ce que celui des subventions versées actuellement par le programme à de nombreuses associations nationales ainsi qu'à certains opérateurs. Le réseau associatif constitue en effet un partenaire essentiel à la réalisation des priorités de santé publique portées par les ministères sociaux. En outre, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux – Dépakine, sur laquelle la rapporteure reviendra longuement dans cet avis, Médiateur, prothèses PIP, etc. – relève de la compétence de l'État, soit au titre de sa responsabilité propre, soit en substitution de responsables défaillants, ou encore de la solidarité nationale, et ne saurait être transférée à l'assurance maladie.

Le **programme 183 Protection maladie**, qui finance essentiellement l'aide médicale de l'État, est pour la première fois depuis plusieurs années inchangé, alors qu'il bénéficiait jusqu'alors d'augmentations régulières. Compte tenu des inquiétudes qui ont surgi ces derniers mois, la rapporteure reviendra également longuement sur ce sujet au travers d'une analyse détaillée du dispositif.

Au total, les crédits de la mission s'élèvent à 1 140,2 millions d'euros en AE – soit – 19,7 % par rapport à la LFI 2019 – et 1 143,5 millions d'euros en CP (– 19,55 %).

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET PAR TITRE

Numéro et intitulé du programme ou du titre	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2019	Demandées pour 2020	Variation 2020 / 2019 en %	Ouverts en LFI pour 2019	Demandées pour 2020	Variation 2020 / 2019 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	477 770 813	197 841 993	-58,59	479 070 813	201 141 993	-58,01
Titre 2 - Dépenses de personnel	1 442 239	1 442 239	0,00	1 442 239	1 442 239	0,00
Autres dépenses :	476 328 574	196 399 754	-58,77	477 628 574	199 699 754	-58,19
Titre 3 - Dépenses de fonctionnement	350 889 407	86 373 644	-75,38	349 888 407	86 373 644	-75,31
Titre 6 - Dépenses d'intervention	125 440 167	110 026 110	-12,29	127 740 167	113 336 110	-11,28
183 – Protection maladie	942 390 779	942 390 779	0,00	942 390 779	942 390 779	0,00
Titre 6 - Dépenses d'intervention	942 390 779	942 390 779	0,00	942 390 779	942 390 779	0,00
Total pour la mission	1 420 161 592	1 140 132 772	-19,71	1 421 461 592	1 143 532 772	-19,55
dont :						
Titre 2 - Dépenses de personnel	1 442 239	1 442 239	0,00	1 442 239	1 442 239	0,00
Autres dépenses :	1 418 719 353	1 138 790 533	-19,73	1 420 019 353	1 142 090 533	-19,57
Titre 3 - Dépenses de fonctionnement	350 889 407	86 373 644	-75,38	349 888 407	86 373 644	-75,31
Titre 6 - Dépenses d'intervention	1 067 830 946	1 052 416 889	-1,44	1 070 130 946	1 055 716 889	-1,35

Source : PLF 2020, *Projet annuel de performances, Mission Santé, page 17*

Déclinée par actions, la vision d'ensemble montre que ce sont très logiquement les **actions 11** *Pilotage de la politique de santé publique* et **17** *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* qui supportent l'essentiel des baisses de crédits de la mission, puisque ce sont elles qui assuraient le financement de l'ANSP, d'une part, et de l'ANSM pour la seconde. Elles diminuent respectivement de 73,6 % et de 96,6 %.

Inversement, deux lignes budgétaires voient leurs dotations renforcées : les crédits de **l'action 15** *Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation* augmentent ainsi de près de 41 %, et ceux de **l'action 19** *Modernisation de l'offre de soin* progressent de quelque 23 %.

RÉCAPITULATION DES CRÉDITS PAR PROGRAMME ET PAR ACTION

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2019	Demandées pour 2020	Variation 2020 / 2019 en %	Ouvertes en LFI pour 2019	Demandées pour 2020	Variation 2020 / 2019 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	477 770 813	197 841 993	-58,59	479 070 813	201 141 993	-58,01
11 – Pilotage de la politique de santé publique	242 398 967	63 939 507	-73,62	241 398 967	63 939 507	-73,51
12 – Santé des populations	1 010 000	1 018 000	0,00	1 010 000	1 010 000	0,00
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52 465 399	51 624 644	-1,60	53 465 399	53 624 644	+0,30
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	18 099 747	25 485 038	+40,80	18 099 747	25 485 038	+40,80
16 – Veille et sécurité sanitaire	1 610 000	1 618 000	0,00	1 610 000	1 610 000	0,00
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	121 492 898	4 179 000	-96,56	121 492 898	4 179 000	-96,56
18 – Projets régionaux de santé	0	0		0	0	
19 – Modernisation de l'offre de soins	40 693 802	49 993 804	+22,85	41 993 802	51 293 884	+22,15
183 – Protection maladie	942 390 779	942 398 779	0,00	942 390 779	942 390 779	0,00
02 – Aide médicale de l'Etat	934 390 779	934 398 779	0,00	934 390 779	934 390 779	0,00
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 008 000	0,00	8 000 000	8 000 000	0,00
Total pour la mission	1 420 161 592	1 140 232 772	-19,71	1 421 461 592	1 143 532 772	-19,55

Source : PLF 2020, *Projet annuel de performances, Mission Santé, page 15*

II. LES CRÉDITS DU PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

1. Présentation détaillée des crédits

Le **pilotage de la politique de santé publique** relève de l'**action 11** qui, avec 63,9 millions d'euros en AE=CP, absorbe près du tiers des crédits du programme 204. L'**Agence nationale de santé publique (ANSP)** étant désormais financée par la LFSS, cette ligne perd toutefois près des trois quarts de son enveloppe antérieure, comme le montre le tableau ci-dessus.

Trois types d'actions sont concernées par ces crédits : en premier lieu, des actions de **pilotage, de soutien et de partenariats** pour relayer la politique de santé publique, pour lesquelles 5,67 millions d'euros en AE=CP sont sollicités. Pour l'essentiel, les crédits demandés sont identiques à ce qu'ils étaient : partenariats associatifs (0,72 million d'euros), conférence nationale de santé (0,25 million d'euros), outre-mer (0,15 million d'euros), affaires européennes et internationales (0,26 million d'euros), études et recherches (1,6 million d'euros). De même, les lignes *Veille, surveillance, évolution et expertise* et *Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique* sont-elles maintenues, respectivement à 0,35 million d'euros et 4,5 millions d'euros (AE=CP).

Les **Actions juridiques et contentieuses**, rubrique sous laquelle l'État verse la dotation à l'**Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)**, se voient créditées de 53,61 millions d'euros (AE=CP) contre près de 80 millions d'euros l'an dernier. Les crédits votés en LFI 2019 pour l'indemnisation des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés ont été de

65,7 millions d'euros. La rapporteure présentera plus loin l'analyse qu'elle fait de ce dossier d'une importance majeure, et ses recommandations.

L'action 12 *Santé des populations* est tout à fait marginale au sein du programme 204, dont elle représente 0,5 %. Elle dispose de 1 million d'euros, stable par rapport à l'an dernier, destinés à soutenir des actions en direction des populations en grande difficulté, à hauteur de 0,49 million d'euros en AE=CP, des actions en direction de la mère et de l'enfant – période des 1 000 jours notamment – qui bénéficient de 0,4 million d'euros (AE=CP). Quelques crédits, 0,12 million d'euros (AE=CP), sont enfin destinés à la prévention des professionnels de santé en matière de violences et traumatismes.

L'action 14 regroupe les crédits destinés à améliorer la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades. 51,6 millions d'euros sont demandés en AE et 53,6 millions d'euros en CP pour cette action qui absorbe plus du quart des crédits du programme 204. Peu de changements sont à relever par rapport à l'an dernier : un budget modeste – 0,3 million d'euros en AE=CP – est demandé pour des actions s'inscrivant dans le cadre du plan « Maladies neurodégénératives », cependant que 3 millions d'euros (AE=CP), comme l'an dernier, soutiendront des actions dans le cadre du plan « Priorité prévention » de lutte contre les drogues et conduites addictives, tabac, drogues et autres pratiques. La santé mentale est créditée de 1,1 million d'euros en AE=CP, qui financeront des opérateurs intervenant dans le champ de la prévention ainsi qu'à une étude sur les troubles mentaux des personnes détenues. 1,1 million d'euros (AE=CP) sont également affectés aux « autres maladies chroniques » pour soutenir des acteurs, notamment associatifs, intervenant dans le champ de ces pathologies chroniques. Les actions de prévention et de dépistage en matière de santé sexuelle, sur les hépatites virales et la tuberculose, bénéficient de quelque 4,85 millions d'euros, en AE=CP, comme en LFI 2019. Le Centre international de recherche sur le cancer voit sa dotation doubler à 2 millions d'euros en AE=CP, mais elle intervient dans le cadre de la convention de répartition des financements signée en 2015 qui a fixé la contribution de chacune des parties prenantes – État, région et métropole du Grand-Lyon – le CICR étant implanté à Lyon depuis 1972.

En revanche, **l'Institut national du cancer (INCa)** perd 0,89 million d'euros et se voit doté de 41,27 millions d'euros en AE=CP contre 42,16 millions d'euros en LFI 2019. Cela représente une diminution de 2,1 % et traduit les efforts d'économies – rationalisation des dépenses de fonctionnement et maîtrise de la masse salariale – demandés à l'Institut comme aux autres opérateurs de l'État. Toutefois, si les emplois de l'INCa sous plafond diminuent de 3, à 134 contre 137 précédemment, les équivalents temps plein (ETP) restent fixés à 149 grâce à la création de 3 postes en CDD d'une durée maximale de trois ans, pour face au surcroît d'activité de l'Institut, due à des **projets particuliers en pédiatrie** ainsi que sur le dossier chlordécone et le tabac.

C'est l'occasion pour la rapporteure de préciser que, selon les indications qui lui ont été communiquées, l'année 2019 est la dernière pour la mise en œuvre des actions définies dans le troisième **Plan cancer**, qui couvrait la période 2014-2019. Les conclusions de l'évaluation de ce plan seront connues en 2020 et permettront de travailler à l'élaboration de la **stratégie décennale de lutte contre le cancer**, annoncée par la loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli. Il est prévu que le prochain contrat d'objectifs et de performances (COP) de l'INCa coïncide avec la stratégie décennale et c'est la raison pour laquelle le contrat en vigueur a été prolongé d'un an.

25,5 millions d'euros en AE=CP sont affectés à **l'action 15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation**, qui absorbe ainsi près de 13 % de l'enveloppe totale du programme 204. Ces crédits sont en nette augmentation (+ 40,9 %) par rapport à l'an dernier, où 18,1 millions d'euros (AE=CP) avaient été demandés. On relève une nette stabilité en ce qui concerne la problématique « Nutrition et santé », dont la dotation progresse de 0,83 million d'euros à 1 million d'euros (AE=CP) d'une année sur l'autre. L'Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali) et l'adaptation du Nutri-Score à la restauration collective, pour lequel un effort sera fait pour favoriser son développement international, en sont les **principaux bénéficiaires**. En matière d'environnement et de santé, 2,61 millions d'euros sont demandés en AE=CP contre 2,78 millions d'euros l'an dernier pour financer des actions intervenant dans divers plans de santé publique sur ces thématiques, ainsi que des actions de prévention ou d'études. **L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)**, qui recevait cette année des crédits perçus au titre de la contribution pour les déclarations et notifications des produits du vapotage, bénéficie d'une rebudgétisation sur le programme 204 de quelque 8 millions d'euros en AE=CP suite à la suppression de cette taxe en 2020. Cela explique en conséquence que la dotation demandée pour l'Agence passe de 14,49 millions d'euros en LFI 2019 à 21,87 millions d'euros, étant rappelé que l'ANSES reçoit également des financements de nombreux autres programmes – 111 *Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail*, 113 *Paysages, eaux et biodiversité*, 181 *Prévention des risques*, 190 *Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de la mobilité durables* et 206 *Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation*.

L'action 16 Veille et sécurité sanitaire ne représente que 0,8 % du programme. 1,6 million d'euros en AE=CP sont demandés destinés à financer l'organisation de la veille et des vigilances sanitaires, des actions de prévention des risques infectieux émergents, à conduire une politique de préparation aux crises sanitaires et à gérer les alertes et les crises sanitaires lors de situations sanitaires exceptionnelles. Les crédits demandés sont sans évolution par rapport à l'an dernier.

C'est sur **l'action 17** *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins*, que la subvention de l'État de **l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** était versée. Comme évoqué plus haut, cette dotation est désormais à la charge de l'assurance maladie et relève de la LFSS. La rapporteure fera toutefois remarquer que ce transfert de financement s'accompagne d'une diminution des ressources de l'Agence de près de 5 % et de 2,5 % de ses ETP, alors que l'on peut raisonnablement se demander s'il ne faudrait pas au contraire, accroître ses moyens, notamment humains. À ce rythme, le risque n'est-il pas que l'ANSM soit contrainte d'externaliser dans un futur proche des activités pour lesquelles elle est aujourd'hui en position de force au sein de l'Union européenne – comme la libération des vaccins – pour se concentrer sur la pharmacovigilance dans notre pays ? D'autant que les activités de contrôle et de surveillance qui lui sont confiées augmentent.

L'enveloppe globale de cette action se voit en conséquence amputée de quelque 118 millions d'euros, pour ne plus représenter que 2,1 % du programme 204. Ne subsistent plus que la dotation visant à financer l'activité des **comités de protection des personnes** dans le cadre de recherches impliquant la personne humaine, qui se voient dotés de 4 millions d'euros contre 3,3 millions d'euros l'an dernier pour tenir notamment compte de l'élargissement de leur périmètre d'intervention.

Enfin, **l'action 19**, destinée à financer des crédits bénéficiant à la modernisation de l'offre de soins, voit sa dotation passer de 40,7 millions d'euros en AE à 50 millions d'euros et de 42 millions d'euros en CP à 51,3 millions d'euros dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2020. C'est en particulier **l'agence de santé du territoire de Wallis-et-Futuna** qui en bénéficie : elle reçoit 42,5 millions d'euros en AE contre 35,5 millions d'euros en 2019 et 43,8 millions d'euros contre 36,8 millions d'euros en CP. Ces augmentations fortes de près de 20 % font suite aux conclusions d'une mission commune Inspection générale des affaires sociales (IGAS)/Contrôle général économique et financier (CGEfi) présentées en mai 2019, qui ont établi un bilan des mesures déjà mises en œuvre pour redresser l'agence et formulé des propositions afin de garantir sa pérennité, ainsi que la qualité et la sécurité des soins. Sur ce point, des mesures nouvelles, pour 4,2 millions d'euros, sont introduites pour renforcer l'offre de soins et **développer la prévention** sur le territoire, question prioritaire, compte tenu de l'état de santé de la population – marqué par une prévalence importante de l'obésité, des risques cardio-vasculaires et des addictions notamment. À terme, le développement de la prévention devrait aussi permettre de réduire le poids financier exorbitant – 41 % du total des dépenses et 70 % des dépenses d'exploitation en 2019 de l'agence – des évacuations sanitaires vers Nouméa, l'Australie, voire la métropole. En outre, cet effort de quelque 20 % permettra de rattraper une situation préoccupante, la dépense de santé par habitant sur le territoire étant particulièrement faible.

Dans une moindre mesure, les crédits destinés à soutenir la conception des politiques d'offre de soins et les actions de modernisation sont également en nette hausse, recevant quelque 3,35 millions d'euros en AE=CP contre 1,05 million d'euros l'an dernier, pour permettre le financement du programme PHARE de performance des achats hospitaliers en soutien aux groupements hospitaliers de territoires (GHT), dont le coût est de 2,3 millions d'euros.

2. Le document de politique transversale, un instrument de lecture de l'effort global de l'État

Pour la première fois cette année, un document de politique transversale (DPT) est annexé à la mission *Santé* du PLF.

Il porte sur le programme 204 et a pour finalité de présenter dans un document synthétique les axes stratégiques de la politique de prévention, ainsi que de retracer de manière détaillée l'effort financier qu'y consacre l'État, *via* la participation de différents programmes.

Le DPT dresse ainsi la liste de l'ensemble des programmes qui concourent à la politique de prévention. Vingt-trois programmes, en plus du programme 204, sont concernés, qui relèvent de quatorze administrations différentes. Il est structuré de manière à présenter les trois axes de la politique de prévention : la santé des enfants et des jeunes, la santé des adultes et la santé des personnes âgées et la perte d'autonomie, chacun d'entre eux étant décliné en objectifs mesurés par indicateurs.

Le premier axe, *Santé des enfants et des jeunes*, est structuré autour de trois objectifs :

- « *L'école promotrice de santé : généraliser le parcours éducatif de santé* », qui vise à promouvoir la santé des élèves et à contribuer à améliorer leur qualité de vie. Les indicateurs permettant de mesurer les progrès porteront sur la proportion d'élèves des écoles en éducation prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur sixième année et sur la perception de leur qualité de vie par les élèves de 3^e.

- « *L'enseignement supérieur comme lieu de promotion* », dont les résultats seront mesurés *via* le développement du suivi de la santé des étudiants. On mesurera ici le pourcentage des étudiants vus à titre individuel au service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).

- « *Un environnement de vie qui favorise les bons choix* », qui a pour but de réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive et à promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques, pour lequel une attention particulière est portée à la pratique sportive des publics prioritaires.

L'axe 2, *La santé des adultes*, se décline en cinq objectifs :

- « *Activités physiques en faveur de ma santé* ». Sont recherchées la réduction des inégalités d'accès à la pratique sportive, notamment des publics prioritaires, et la promotion du sport dans les différentes politiques publiques.

- « *Se libérer des addictions* », dans le but d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. La question de la prévalence du tabagisme quotidien est au cœur du sujet.

- « *Mon habitat et mes environnements de vie* » a pour but de prévenir et maîtriser les risques sanitaires.

- « *Ma santé au travail* » vise à contribuer à la prévention et à la réduction des risques professionnels.

- « *Je protège la santé des autres* » est un objectif qui vise à renforcer l'efficacité dans la lutte contre l'insécurité routière, mesurée grâce à un indice d'efficacité du dépistage d'alcoolémie sur les accidents corporels dus à l'alcool.

Le **troisième et dernier axe, *Bien vieillir et prévention de la perte d'autonomie***, est articulé autour de deux objectifs :

- « *Bien manger et bouger* », en premier lieu, entend réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive, notamment des publics prioritaires, et à promouvoir l'insertion du sport dans les différentes politiques publiques.

- « *Les repérages et prise en charge précoces* » est un objectif qui vise à contribuer à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est mesuré au moyen de deux indicateurs : le taux de participation au dépistage du cancer colorectal (pour les personnes de 50 à 74 ans) et le taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les seniors (plus de 65 ans).

En **annexe 2**, la rapporteure présente les crédits des différents programmes qui concourent à la **politique transversale de prévention**. Au total, ce sont **quelque 2 962 millions d'euros en AE et 2 948 millions d'euros en CP** qui seront consacrés par les différents programmes du PLF 2020, soit légèrement moins que les crédits votés en LFI 2019 : respectivement 3 057 millions d'euros en AE (– 3,1 %) et 3 032 millions d'euros en CP (– 2,8 %).

Cela étant, comme on le sait, l'essentiel de l'effort budgétaire en matière de prévention est supporté par l'assurance maladie, comme le reflète le tableau figurant en **annexe 3**.

3. David contre Goliath ou le parcours du combattant des victimes du valproate de sodium

Il a paru important à la rapporteure de faire le point à l'occasion de l'examen du PLF sur la question de l'indemnisation des victimes du valproate de sodium – ou Dépakine – quelques mois après que la représentation nationale, préoccupée de la situation, a adopté une résolution à l'unanimité.

a. Sanofi, une entreprise arc-boutée sur des positions inacceptables

i. Un refus de principe de reconnaître sa responsabilité

Le premier point à rappeler est que Sanofi refuse résolument de reconnaître sa responsabilité et de participer au dispositif instauré par le législateur.

Le laboratoire a en effet indiqué au début de l'année ne pouvoir donner suite aux premiers avis émis par le comité d'indemnisation mis en place auprès de l'ONIAM, dans la mesure où ils font peser l'essentiel de l'indemnisation des victimes sur l'entreprise, même si, dans certains cas, une part de responsabilité de l'État est également reconnue. Sanofi a alors confirmé qu'il ne présenterait pas d'offres en réparation des préjudices, ajoutant que le dispositif permettait la prise en charge des indemnisations par l'ONIAM qui pourrait en retour saisir les tribunaux, seuls juges impartiaux et indépendants de la responsabilité.

S'agissant de sa responsabilité, Sanofi nie tout d'abord le caractère défectueux de la Dépakine, indique qu'il a scrupuleusement rempli ses obligations et que les documents d'information – RCP ⁽¹⁾ et notice aux patients – étaient conformes aux obligations légales et réglementaires édictées par l'autorité de santé. En outre, Sanofi estime que les victimes n'apportent pas la preuve d'un lien de causalité direct et certain entre la prise du médicament et les dommages, étant entendu que divers facteurs peuvent également jouer, par exemple génétiques. L'exposition à la Dépakine ne saurait donc être la cause exclusive et directe des troubles des victimes. Enfin, pour Sanofi, sa responsabilité en matière de produits défectueux est souvent prescrite, le délai de dix ans étant dépassé dans la plupart des dossiers présentés par les victimes. Au demeurant, quand bien même sa responsabilité pourrait être engagée, l'État serait responsable pour défaut de transposition en droit interne dans des délais raisonnables de la directive du 25 juillet 1985 ⁽²⁾.

(1) RCP : Résumé des caractéristiques du produit, qui présente l'ensemble des informations destinées aux professionnels de santé et constitue l'une des annexes de la décision d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

(2) Directive 85/374/CEE du Conseil du 25 juillet 1985 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de responsabilité du fait des produits défectueux, article 11 notamment.

Lors de son audition ⁽¹⁾, le président de Sanofi France s'est logiquement employé à dédouaner le laboratoire, insistant sur la proactivité constante dont il avait fait preuve depuis le début des années 1980, en regard de l'attitude des autorités de santé refusant de donner suite à ses alertes réitérées quant à la nécessité d'apporter une meilleure information aux patientes.

Arc-bouté sur cette position de principe, Sanofi estime ne pouvoir en conséquence assumer une responsabilité qui n'est pas la sienne tant qu'elle n'aura pas été établie par les tribunaux ⁽²⁾, et ce, d'autant plus qu'il estime que l'organisation du dispositif d'indemnisation est telle que l'État est à la fois juge et partie dans un processus non contradictoire auquel ne participent que des experts désignés par lui seul qui ne prennent aucunement compte de ses initiatives.

ii. Des arguments irrecevables

Pour la rapporteure, ces arguments sont tout à fait contestables.

La question de la partialité du dispositif ne résiste évidemment pas à l'analyse : présidés l'un et l'autre par un magistrat – membre du Conseil d'État, magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire – le collège d'experts et le comité d'indemnisation sont des instances indépendantes qui n'ont pas de lien de dépendance avec l'Office. La loi dispose expressément que leur composition et leurs règles de fonctionnement sont déterminées par décret en Conseil d'État afin d'en garantir l'indépendance et l'impartialité ⁽³⁾. En outre, le laboratoire a tout à fait la possibilité d'y être représenté : Au sein du collège d'experts, un médecin proposé par les exploitants de médicaments contenant du valproate de sodium et ses dérivés est présent et trois suppléants peuvent être nommés ⁽⁴⁾. Il en est de même au sein du comité d'indemnisation ⁽⁵⁾. Or, lors de la mise en place du dispositif, Sanofi avait désigné un médecin au sein du collège d'experts, qui a démissionné, sans qu'un remplaçant n'ait été proposé depuis. Le laboratoire n'a pas non plus jugé utile de proposer des représentants au sein du comité d'indemnisation, contrairement au laboratoire Servier qui a toujours désigné des représentants au sein des instances du dispositif benfluorex.

Aux yeux de la rapporteure, la position de Sanofi est de même fortement contestable s'agissant du fond. Si le rapport de l'IGAS de 2016 souligne effectivement que les agences sanitaires ont pu manquer de réactivité, il est loin de considérer le laboratoire comme exempt de responsabilité sur ce point, soulignant au contraire : « *La mission met en évidence une certaine inertie des autorités*

(1) Audition de Guillaume Leroy (2 octobre 2019).

(2) Voir par exemple les communiqués de presse de Sanofi du 22 mai 2015 (https://www.sanofi.fr/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Europe/Sanofi-FR/Newsroom/actualites-produits/2015/22-05-information_Sanofi_Depakine.pdf) et du 22 février 2016 (https://www.sanofi.fr/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Europe/Sanofi-FR/Newsroom/actualites-produits/2016/25-02-position_de_Sanofi_suite_a_la_publication_du_rapport_de_l_inspection_generale.pdf?la=fr).

(3) Articles L. 1142-24-11 et L. 1142-24-14 du code de la santé publique.

(4) Article R. 1142-63-18 (6°) du code de la santé publique.

(5) Article R. 1142-63-31 (2°) du code de la santé publique.

sanitaires nationales, de l'agence européenne et des laboratoires en matière d'information des prescripteurs comme des patientes. »⁽¹⁾ Sur un autre plan, si l'IGAS a cru nécessaire de recommander d'inscrire « *au programme de travail de l'ANSM des inspections chez les industriels afin de vérifier qu'ils remplissent leurs obligations en matière de pharmacovigilance* »⁽²⁾, n'est-ce pas précisément parce que ce respect ne va pas de soi ?

Surtout, Sanofi, qui dit attendre le jugement des tribunaux sur sa responsabilité, ne saurait oublier qu'en deux occasions – en novembre 2015 par le tribunal de grande instance de Tours et en novembre 2017 par la cour d'appel d'Orléans – sa responsabilité à l'égard des victimes a clairement été établie, tant au titre des **produits défectueux** qu'en ce qui concerne les **défaillances de sa communication sur les risques encourus**. La rapporteure rappellera aussi qu'au 30 septembre dernier, le comité d'indemnisation auprès de l'ONIAM, saisi par le collège d'experts, avait rendu 78 avis définitifs. Sur les 52 qui ont été notifiés, **33 ont retenu l'entière responsabilité du laboratoire**, la responsabilité étant partagée avec l'État dans 14 cas⁽³⁾. **C'est donc dans les deux tiers des cas que, en l'état actuel des dossiers présentés, la responsabilité exclusive de Sanofi est reconnue.**

b. Une attitude qui ne tient aucunement compte de l'intérêt des familles et de la collectivité publique

i. Une grande intransigeance

Il faut tout d'abord rappeler que la position de Sanofi diffère radicalement de celle d'autres entreprises pharmaceutiques également au cœur de scandales sanitaires récents. Ainsi, dans l'affaire du Médiateur, les laboratoires Servier ont adopté une position diamétralement inverse qui a permis que l'indemnisation des victimes ne soit pas indéfiniment différée. Selon les indications fournies par la présidente du conseil d'administration de l'ONIAM⁽⁴⁾, en huit ans, l'Office n'a eu à se substituer à Servier que **dans 2 % des cas**, l'entreprise ayant présenté de nombreuses offres amiables dans le cadre du dispositif ou de transactions.

De son côté, Sanofi campe sur ses positions, reste fermé à toute évolution et se refuse à adresser un message positif aux victimes. On aurait en effet pu supposer qu'une condamnation en première instance, clairement confirmée en appel, l'amènerait à moins d'intransigeance, mais il n'en est rien et le laboratoire continue aujourd'hui encore de partir du principe qu'il n'est pas responsable. Aux yeux de la rapporteure, il y a cependant quelque contradiction à indiquer, comme l'a fait Guillaume Leroy lors de son audition, que le groupe souhaite que les

(1) *Enquête relative aux spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium*, IGAS, février 2016, page 69 (<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000143.pdf>).

(2) *Recommandation n° 2* (page 61).

(3) *Dans deux autres cas, la responsabilité du médecin prescripteur est engagée, trois autres cas conduisant à une indemnisation au titre de la solidarité nationale.*

(4) *Audition de Claire Compagnon* (9 octobre 2019).

responsabilités, quelles qu'elles soient, soient reconnues en justice de manière impartiale, rigoureuse et indépendante, et à se pourvoir en cassation après deux jugements indiscutables. Tout se passe comme si, fort de quelque 35 milliards d'euros de chiffre d'affaires qui lui permettent d'assumer sans difficulté tous les frais de justice imaginables, Sanofi n'hésitait pas à faire durer les procédures sans considération pour la situation des victimes. À ce jour, les indemnisations – près de 3 millions d'euros – auxquelles le laboratoire a été condamné à Tours et Orléans restent bloquées sur un compte séquestre et la famille qui a choisi la voie judiciaire n'a donc toujours rien perçu, dix ans après avoir entamé la procédure. Or, le temps des victimes n'est évidemment pas celui d'une entreprise comme Sanofi et requiert des décisions et des indemnisations bien plus rapides.

La décision de la Cour de cassation qui interviendra prochainement fera-t-elle changer les choses... ? Rien n'est moins sûr, si la rapporteure en croit ce que lui a indiqué le président de Sanofi France, et il n'est pas certain que, pour le laboratoire, l'arrêt de la Cour de cassation fasse jurisprudence.

ii. L'ONIAM seul avec les victimes

L'entreprise a beau jeu de dire que sa position n'empêche en rien les indemnisations puisque l'ONIAM intervient en substitution.

De fait, non seulement l'ONIAM respecte les avis des instances et ne demande pas de réexamen des dossiers lorsque la responsabilité de l'État est reconnue, mais en outre, dans l'intérêt des victimes ayant déposé une demande amiable, il se substitue systématiquement à Sanofi et aux compagnies d'assurance pour indemniser les victimes en l'absence d'offre de leur part, c'est-à-dire dans chaque cas.

À ce jour, le dispositif – dont on peut rappeler qu'il est unique en ce qu'il offre aux victimes une procédure totalement gratuite, tant en ce qui concerne l'expertise médicale que l'aspect juridique – a d'ores et déjà permis à l'ONIAM de faire plus d'une trentaine d'offres, acceptées par les requérants, pour un montant de quelque 6,5 millions d'euros, soit considérablement supérieures à celles que les tribunaux ont pu accorder depuis la commercialisation du médicament. Récemment, dans le cadre de l'application du barème actuel de l'ONIAM, des offres importantes ont ainsi été acceptées par les victimes, de 1,3 million d'euros il y a quelques mois, et de plus de 2 millions d'euros récemment.

iii. L'urgence d'assurer la soutenabilité du dispositif

La rapporteure se félicite de la position ferme de la ministre des solidarités et de la santé qui a demandé à l'ONIAM de se retourner contre Sanofi. Il n'est en effet pas légitime que les indemnisations pèsent sur les finances publiques.

Cela étant, cet aspect du dossier invite à **traiter urgemment la question de la soutenabilité financière du dispositif**. Le recouvrement par l'agent

comptable de l'ONIAM des indemnisations versées en lieu et place de Sanofi prendra nécessairement des voies contentieuses. Il sera long et coûteux car le laboratoire ne sera évidemment pas moins procédurier qu'il l'est aujourd'hui avec les familles. Outre l'avance des montants d'indemnisations parfois élevés, l'Office aura en conséquence à supporter des **coûts de procédure importants**, que ce soit en termes d'honoraires d'avocats ou en ETP nécessaires à la bonne marche de l'établissement public. **La problématique du recouvrement est donc majeure et la protection du dispositif doit être assurée dès à présent.**

c. Quelques questions toutefois

i. Des difficultés en passe d'être résolues

Des contestations ont récemment surgi sur divers questions. En premier lieu, sur les montants d'indemnisation proposés par l'ONIAM, qui ont été considérés comme gravement insuffisants par les associations de familles et de victimes contestant les barèmes appliqués. Ces dernières semaines, la présidente de l'Association des parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsivant (APESAC) a également vivement critiqué le blocage du système et contesté le fonctionnement du collège des experts⁽¹⁾ dans la reconnaissance de certains troubles, pourtant depuis longtemps diagnostiqués par les médecins traitants des enfants, qui aurait pour effet d'induire une forte minoration des indemnités. De manière plus générale, se pose en outre la question du montant des indemnisations, qui font l'objet d'écarts parfois importants en fonction de la réalité de chaque situation. C'est pourquoi un coût moyen n'a pas encore pu être déterminé et, pour ces mêmes raisons, il semble même difficile qu'il le soit.

Si des difficultés ont effectivement pu apparaître, selon les informations de diverses sources qui ont été communiquées à la rapporteure, des discussions sont en cours pour les aplanir. Des auditions avec les personnes concernées et les membres des instances ont été tenues afin d'améliorer le processus. Les échanges au sein du conseil d'orientation de l'ONIAM ont permis de réaffirmer un certain nombre de principes, notamment sur l'importance de respecter les avis des centres ressources « autisme », structures publiques qui disposent d'une expertise pluridisciplinaire et apportent soutien et conseils aux familles.

En outre, l'architecture du dispositif était contestée, notamment au niveau de la juxtaposition des deux instances intervenant en matière d'indemnisation, collège d'experts et comité d'indemnisation. Le Parlement a voté au début de l'été à l'unanimité en faveur de la fusion des deux instances et selon les informations qui ont été communiquées à la rapporteure, le gouvernement devrait présenter un amendement en ce sens dans le cadre de la discussion du présent PLF. La rapporteure s'en réjouit, en espérant que cette restructuration, qui supposera de nouvelles désignations d'experts, soit rapidement traduite dans les faits pour éviter tout retard dans le traitement des dossiers en souffrance.

(1) Audition de Marine Martin (12 septembre 2019).

ii. Un encours de dossiers encore faible

Sur la base des estimations, la procédure d'indemnisation a fait l'objet d'un chiffrage établi à 466,2 millions d'euros pour une période de six ans – 424,2 millions d'euros de prévisions d'indemnisations, 30 millions d'euros de frais d'expertises et 12 millions d'euros de coût de fonctionnement des instances collégiales. En 2018, sur les 77,7 millions d'euros prévus en LFI, 16 millions d'euros ont été délégués à l'ONIAM au titre du fonctionnement du dispositif et de l'indemnisation des victimes de la Dépakine. En effet, compte tenu du retard pris dans la mise en place effective du dispositif, le collège d'experts et le comité d'indemnisation ont dû stabiliser, finaliser leur doctrine, mettre en place les outils d'analyse concomitamment à l'examen des premiers dossiers. Sept premiers projets d'avis avaient été communiqués aux responsables identifiés fin octobre 2018, mais aucune indemnisation n'a été versée cette même année. En LFI 2019, les crédits votés pour l'indemnisation des victimes du valproate de sodium ont été de 65,7 millions d'euros et pour 2020 l'évaluation des besoins en PLF a été revue à hauteur de 39,4 millions d'euros, compte tenu des éléments d'activité disponibles à ce jour.

Le montant total des offres adressées par l'ONIAM s'élève aujourd'hui à 3,4 millions d'euros dont 1,8 million d'euros correspondant aux offres acceptées : 3,1 millions d'euros aux victimes directes et 0,2 million d'euros aux victimes indirectes.

Cela étant, selon les informations qui ont été communiquées à la rapporteure, l'exercice de projection budgétaire reste complexe. Se pose notamment la question du nombre de dossiers présentés. À ce jour, en effet, comme le met en évidence le tableau ci-après, peu de demandes d'indemnisation ont été déposées à l'office et le **rythme de dépôt reste faible**, au point que l'ONIAM, qui n'a jamais reçu plus de trente-cinq dossiers par mois à ce titre, en reçoit encore aujourd'hui plus concernant le Médiateur que la Dépakine. Les données de ce tableau sont valables au 30 avril 2019 et, selon les informations de la direction de l'ONIAM, **le nombre de saisines de victimes directes est aujourd'hui de 550.**

Cette situation ne laisse pas de surprendre les responsables de l'Office compte tenu de l'écart important avec les données épidémiologiques selon lesquelles il y aurait des cas de malformations pour un nombre d'enfants compris entre 2 150 et 4 100 et des troubles neuro développementaux chez 16 600 à 30 400 autres. Cet écart est également important par rapport au nombre de dossiers annoncés par l'APESAC, qui a évoqué 4 800 demandes, les autres associations de victimes (CADUS) n'ayant apparemment pas de dossiers en cours. Les prévisions annuelles dépendent donc de facteurs difficilement évaluables – nombre total de demandes déposées, coût moyen par dossier, rythme d'examen des demandes – et nécessitent des ajustements.

La rapporteure rappelle enfin que l'an dernier, le Parlement a demandé au Gouvernement, dans la LFI 2019, de lui fournir un bilan détaillé du dispositif et notamment de traiter la question de sa soutenabilité pour les finances publiques, compte tenu de la position de Sanofi. À la date de rédaction de cet avis, le rapport, qui devait être remis en septembre, est en cours de finalisation.

STATISTIQUES MENSUELLES (AU 30 AVRIL 2019) ONIAM-DÉPAKINE

DEPAKINE : Dossiers traités	Janvier	Février	Mars	Avril	
Synthèse d'activité au Service valproate	16/01/2019	31/01/2019	28/02/2019	31/03/2019	30/04/2019
Nombre de demandes de victimes directes reçues :	374	405	417	457	475
dont nouvelles demandes		38	12	40	18
Nombre de demandes de victimes indirectes reçues :	873	970	1 006	1 094	1 180
Nombre total de demandes d'indemnisation :	1 247	1 375	1 423	1 591	1 655
Décisions d'irrecevabilité rendues avant passage en collège d'experts :	9	9	9	10	11
En cours avant passage en collège :	257	278	274	298	294
Au stade de l'instruction du dossier avant le collège d'experts :					
Dossiers à instruire :	100	107	99	95	97
Dossiers en cours d'instruction :	70	75	75	93	90
Dossiers complets en attente d'un premier passage au collège :	87	96	100	110	107
- dont dossiers en attente d'ouverture par les juristes :	37	39	39	29	38
- dont dossiers en cours de préparation par les juristes :	50	57	61	81	18
Travaux du collège d'experts :					
Nombre de dossier examinés au moins une fois :	108	118	134	149	170
Nombre de rapports rendus :	51	62	70	90	108
- dont Imputabilité :	44	55	61	78	92
- dont Rejet :	2	2	4	7	11
- dont Sursis :	5	5	5	5	5
Nombre de dossiers « sans suite » :	3	3	4	5	5
Nombre de rapport d'imputabilité en cours de transmission au comité	6	8	0	5	5
Comité d'indemnisation :					
Nombre de rapports transmis au comité :	38	47	61	73	87
Nombre de dossiers examinés au moins une fois :	30	34	43	64	67
Nombre de projets d'avis rendus :	29	32	39	49	66
- Issues des projets d'avis :					
- dont Responsabilité laboratoire :	23	25	28	36	46
- dont Responsabilité prescripteur :	3	3	4	4	4
- Partage responsabilité laboratoire / Etat	3	4	4	5	13
Partage responsabilité laboratoire / prescripteur				1	1
Dont rejet				2	2
Nombre d'avis du comité rendus :	9	10	14	24	31
avis d'indemnisation notifiés :	6	9	10	13	20
Responsabilité Laboratoire	5	8	8	11	15
Responsabilité prescripteur	0	0	0	0	2
Partage responsabilité laboratoire / Etat	1	1	2	2	3
SYNTHESE					
rappel nombre de dossier reçus	374	405	417	457	475
Nombre de dossier examinés au moins une fois (irrecevabilité avant COEX + au moins 1 examen devant COEX)	117	127	143	159	181
En %	31,28%	31,36%	34,29%	34,79%	38,11%
nombre de dossiers en cours	349	377	385	417	423
- avant collège	257	278	274	298	294
- devant collège	60	61	60	59	62
- devant comité	32	38	51	60	67
nombre de dossier clos	25	28	32	40	52
- avant collège (irrecevabilité)	9	9	9	10	11
- devant collège (rapport sursis + rapport rejet + sans suite)	10	10	13	17	21
- rapport sursis	5	5	5	5	5
- rapport rejet	2	2	4	7	11
- sans suite	3	3	4	5	5
- devant comité	6	9	10	13	20

Source : Direction générale de la santé

III. UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE : SANCTUARISER LE PROGRAMME 183

1. Une stabilité des crédits en 2020 sur fond de remise en cause de l'aide médicale de l'État

a. Pour la première fois depuis plusieurs années, des crédits qui n'augmentent pas

CRÉDITS DU PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'Etat	0	934 390 779	934 390 779	0	934 390 779	934 390 779
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	0	8 000 000	8 000 000	0	8 000 000	8 000 000
Total	0	942 390 779	942 390 779	0	942 390 779	942 390 779

Source : PLF 2020, *Projet annuel de performances, Mission Santé*

L'an dernier, comme les années précédentes, le programme 183 avait en effet bénéficié d'une hausse conséquente. 942,4 millions d'euros avaient été ouverts en LFI 2019, contre 889,7 millions d'euros en 2018, ce qui représentait une augmentation de près de 6 %. Cette année, les crédits demandés en AE et CP dans le PLF 2020 sont en revanche exactement identiques à ceux votés il y a un an. Il en est de même des crédits du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui restent stables à 8 millions d'euros en AE=CP, comme précédemment.

i. Les crédits de l'aide médicale de l'État

Le parti pris du Gouvernement dans le PLF est d'assurer une meilleure maîtrise et une plus grande efficience des dépenses de l'aide médicale de l'État (AME). Après les réformes introduites ces dernières années, notamment en ce qui concerne la tarification des séjours hospitaliers, le Gouvernement accentue aujourd'hui l'effort sur la gestion du dispositif et sur le renforcement des contrôles. La preuve de sa détermination se traduit dans le fait que, pour la première fois depuis plusieurs années, depuis le PLF 2013, les crédits demandés sont rigoureusement stables.

Trois axes sont mis en œuvre par le Gouvernement pour atteindre son objectif de maîtrise de la dépense. En termes de gestion, la centralisation de l'instruction des dossiers de demandes sur les trois caisses primaires de Paris, Bobigny et Marseille, entamée en septembre, sera achevée à la fin de cette année. Il en est attendu des économies de quelque 3,5 millions d'euros, grâce à un nombre d'ETP nécessaires inférieur et à la centralisation de la fabrication des cartes sur le seul pôle de Cergy. En outre, un objectif d'augmentation de 20 % des contrôles réalisés lors de l'instruction des dossiers a été fixé : désormais, ce sont

12 % des demandes qui seront contrôlées contre 10 % jusqu'alors. Enfin, les caisses auront désormais accès à la base VISABIO pour pouvoir contrôler la dissimulation de visas, source éventuelle de fraude. À ces contrôles *a priori* renforcés, s'ajoute un meilleur ciblage des contrôles *a posteriori*, qui portent sur la consommation des soins – montants élevés, atypiques, anomalies diverses – ainsi que sur la stabilité de la résidence des bénéficiaires. Grâce à cet ensemble de mesures, le Gouvernement envisage la stabilisation des dépenses à 893 millions d'euros pour l'AME en 2020. Au sein du budget du programme 183, 40 millions d'euros sont par ailleurs destinés à la prise en charge des soins urgents, inchangés depuis 2008.

ii. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

La dotation de l'État au FIVA, qui indemnise les victimes de l'amiante et de leurs ayants-droits suite à une exposition professionnelle ou environnementale, reste stable, à 8 millions d'euros en AE=CP. Il en est ainsi depuis plusieurs années. Pour mémoire, le Fonds est essentiellement financé par une dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, à hauteur de 260 millions d'euros, ainsi que par le recouvrement des actions subrogatoires contre les responsables de l'exposition à l'amiante – 33,6 millions d'euros en 2019. Selon les informations communiquées à la rapporteure, au 31 décembre 2018, 102 500 victimes avaient déposé une demande d'indemnisation et près de 180 000 autres avaient été enregistrées, de la part d'ayants droit ou pour des demandes complémentaires. Quelque 234 000 offres d'indemnisation ont été faites et les dépenses cumulées à ce titre représentent un montant total de 5,9 milliards d'euros.

b. L'AME, une prestation qui ne cesse d'être remise en cause

La rapporteure ne saurait contester le souci du Gouvernement d'une gestion maîtrisée des dépenses d'AME. Pour autant, elle ne peut manquer de relever que la stabilisation de la dépense proposée cette année intervient dans un contexte de contestation du dispositif dans son coût et dans son principe même. La discussion l'an dernier du projet de loi sur l'asile et l'immigration avait déjà été l'occasion d'entendre à ce sujet des amendements visant à la suppression de la prestation et à son remplacement par une aide restreinte aux seules urgences. Depuis plusieurs années, on ne compte plus les questions parlementaires, orales ou écrites, les propositions de loi, tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, déposées dans le même but, visant à réduire le panier de soins ou à instaurer un ticket modérateur. Pour ne pas parler des multiples prises de position sans fondement qui ne contribuent qu'à hystériser dangereusement le débat public.

C'est dans ce contexte que le Président de la République, après avoir clairement indiqué en 2017 qu'il ne remettrait pas en cause l'AME, en a dernièrement demandé une évaluation, évoquant une refonte de cette prestation ⁽¹⁾,

(1) Voir par exemple Alexandre Lemarié, « Obsession de la droite dure, l'aide médicale d'État dans le viseur de LRM », *Le Monde*, 25 septembre 2019.

et qu'une mission d'évaluation a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF).

Le Président de la République a, par le fait même, suscité une très vive inquiétude de la part des associations de terrain⁽¹⁾, des professionnels de santé⁽²⁾, plus largement de la communauté des chercheurs⁽³⁾, comme d'une part non négligeable des parlementaires de sa propre majorité⁽⁴⁾. Lors du débat parlementaire de l'an dernier, la ministre des solidarités et de la santé avait exprimé son opposition à la restriction de l'AME aux soins urgents qui n'aurait d'autres effets que « *l'engorgement des urgences, augmenter le coût des soins et favoriser l'émergence de maladies contagieuses* ». ⁽⁵⁾ Elle a de nouveau plaidé dans le même sens devant la représentation nationale lors du débat du 7 octobre dernier sur la politique migratoire, en soutenant qu'il s'agissait d'une procédure indispensable pour « *des raisons humanitaires parce que, en France, on ne laisse pas des personnes périr parce qu'il leur manque le bon tampon sur le bon document* », que c'est aussi « *un impératif de santé publique que de ne pas laisser des maladies s'aggraver et potentiellement se propager* » ainsi qu'une question d'humanité. La rapporteure tient à saluer cette parole forte.

Quand bien même le Gouvernement semble désormais temporiser sur la question, dans l'attente des conclusions de la mission d'évaluation dont le rapport devrait être rendu dans quelques semaines, la rapporteure considère important de discuter point par point les arguments présentés par ceux qui entendent limiter, voire supprimer l'AME.

Certes, le budget consacré à l'AME est conséquent. « *Un milliard d'euros !* » entend-on souvent assené par ceux qui contestent cette dépense. Pour autant, il importe en premier lieu de **remettre ces données en perspective** : la consommation globale de soins et de biens médicaux s'est élevée à 203,5 milliards d'euros en 2018⁽⁶⁾ et l'AME, avec 0,9 milliard d'euros, n'en **représente donc que 0,4 %**. Ce rappel est d'autant plus important qu'il ne faut pas perdre de vue que le bilan de l'AME est positif en regard des **objectifs humanitaire, sanitaire et économique** qui lui sont assignés : c'est un dispositif qui permet la prise en charge de personnes en grande précarité sur notre territoire. En cela, il joue un rôle

(1) Médecins du Monde « Menacer l'AME, c'est menacer les personnes, menacer la santé publique » (<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2019/08/06/menace-sur-laide-medicale-detat>).

(2) « Tout le monde a le droit d'être soigné » (<https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/tout-le-monde-a-le-droit-detre-soigne-lappel-de-805-medecins-en-faveur-de-laide-medicale-detat-3921097>)

(3) Voir par exemple « Restreindre l'accès à l'aide médicale d'État pour les sans-papiers n'aura que des conséquences néfastes » (https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/10/08/restreindre-l-access-a-l-aide-medicale-d-etat-pour-les-sans-papiers-n-aura-que-des-consequences-nefastes-en-matiere-economique-et-sanitaire_6014688_3232.html) et Annabel Desgrées du Loû, « Aide médicale d'État : Tout le monde pâtirait d'une moins bonne prise en charge des migrants » (https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/10/07/aide-medical-d-etat-tout-le-monde-patirait-d-une-moins-bonne-prise-en-charge-des-migrants_6014531_3212.html).

(4) Lettre ouverte de 35 députés LaRem, MoDem, Libertés et Territoires et non-inscrits, « Faire primer l'AME sur les logiques comptables », Le Monde, 19 septembre 2019.

(5) https://twitter.com/agnesbuzyn/status/1010418733339365377?ref_src=twsrc%5Etfw

(6) DREES, « Les dépenses de santé en 2018, résultats des comptes de la santé », édition 2019, page 80.

essentiel en termes de santé publique tout en maîtrisant la dépense publique en amont en évitant les surcoûts liés aux retards de soins.

2. Que d'idées reçues !

a. Une prestation sociale trop attractive ?

i. Le panier de soins de l'AME

En premier lieu, l'aide médicale de l'État serait une prestation sociale trop attractive, qui créerait un appel d'air, les candidatures à l'immigration étant favorisées par un système social trop généreux. En témoignerait l'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires et des dépenses depuis la création du dispositif. Il importe d'examiner ce qu'il en est concrètement.

Aux termes de l'article **L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles**, la prise en charge au titre de l'aide médicale de l'État, assortie de la dispense d'avance de frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne la couverture :

- Des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.

- Des frais de transport des personnes dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens justifiés par leur état ou se soumettre à un contrôle prescrit, dans des conditions précisées par décret.

- Des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

- Des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive – actes de dépistage, consultations de prévention, vaccination.

- Des risques et conséquences de la maternité : frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

- Le forfait journalier hospitalier, le forfait sur les actes coûteux, la participation forfaitaire de 1 euro ainsi que la franchise.

L'AME prend en charge les frais de santé à hauteur de 100 % du tarif sécurité sociale, excluant les dépassements d'honoraires. Elle inclut le ticket modérateur, à l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, les populations à qui s'adressent ces deux dispositifs étant des personnes très démunies disposant de moins de 746 euros mensuels pour une personne seule.

Il ressort de ces dispositions que sont expressément exclues de ce panier de soins toutes les autres dépenses et notamment celles qui alimentent les fantasmes les plus délirants ⁽¹⁾ : il n'a évidemment jamais été question de prendre en charge les prothèses mammaires non plus que « *toute la palette de soins* », comme on peut le lire ou l'entendre çà et là. Les bénéficiaires de l'AME ont un **panier de soins plus réduit que celui des bénéficiaires de la CMU-C** et une prise en charge beaucoup plus faible sur la part complémentaire que celle assurée par la CMU-C sur les prothèses dentaires et les lunettes. Ils n'ont pas non plus accès aux programmes de prévention de l'assurance maladie : prévention buccodentaire pour les enfants ; dépistage gratuit des cancers du côlon et du col de l'utérus. En outre, sont exclus du panier de soins de l'AME les frais de traitement et d'hébergement des personnes handicapées, y compris des enfants ; les frais d'examens de prévention bucco-dentaire pour les enfants ; les indemnités journalières ; les cures thermales ou encore tout type de frais relatifs à la procréation médicalement assistée (PMA).

Outre le fait que les bénéficiaires de l'AME ne jouissent pas de l'intégralité du panier de soins offert aux assurés sociaux, il faut également souligner qu'ils ne disposent pas de la carte Vitale, n'ont pas non plus accès aux fonds d'action sanitaire et sociale des caisses de sécurité sociale ni aux examens de santé périodiques et gratuits de la sécurité sociale. Ces aspects ne sont pas sans incidences en termes d'efficacité de la couverture, dans la mesure où le traitement de leurs dossiers est plus complexe et où les délais de remboursement des professionnels de santé sont allongés, ce qui peut induire des refus de soins.

ii. On n'immigre pas en France pour se soigner !

Cela étant, si le panier de soins était aussi attractif que le soutiennent les contempteurs de l'AME, les migrants en situation irrégulière attendraient-ils de longs mois pour faire jouer leurs droits ? Seraient-ils aussi nombreux à ne pas en bénéficier ?

Car telle est bien la réalité. Toutes les observations et enquêtes qui ont été menées sur le sujet depuis des années convergent et démontrent que ce n'est pas pour des raisons médicales ni pour bénéficier d'un système de santé exagérément généreux que les migrants viennent vers notre pays. La rapporteure souhaite sans

(1) Voir par exemple Adrien Sénécat, « Aide médicale d'État : concours d'intox... de la majorité au RN en passant par la droite », Le Monde, 24 septembre 2019 (https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/09/24/aide-medicale-d-etat-concours-d-intox-de-la-majorite-au-rn-en-passant-par-la-droite_6012791_4355770.html).

plus tarder s'inscrire en faux contre ce présumé et cette rumeur aussi pernicieuse qu'insistante.

Les témoignages qu'elle a recueillis des plus importantes associations de terrain – Médecins du monde, France Assos Santé, l'UNIOPSS ⁽¹⁾ ou encore le Samu social de Paris – sont unanimes. Les études de Médecins du monde montrent que **seuls 3 % des patients déclarent avoir quitté leur pays pour des raisons de santé** : « *Comme en 2013 et 2014, dans les pays européens, les raisons ayant motivé la migration les plus fréquemment citées sont économiques (53,1 %) et politiques (20,5 %), ainsi que le fait de fuir la guerre (13,7 %). [...] Comme chaque année, les raisons de santé sont extrêmement rares (Proportion moyenne brute : 3,0 % en Europe, taux similaire à ceux de 2008, 2012, 2013 et 2014, 0,6 % en Turquie). [...] Ces résultats contribuent à prouver que la migration pour soins est un mythe [...]* ». ⁽²⁾

Deux éléments indiscutables le confirment.

En premier lieu, le fait que **la très grande majorité des migrants en situation précaire ayant droit à une couverture maladie n'en ont en fait aucune** : 82 % de ces personnes selon Médecins du monde ⁽³⁾, confirmant les données d'autres sources ⁽⁴⁾. En d'autres termes, les migrants sont donc bien plus dans une situation de **non-recours à leurs droits**, qu'ils ignorent, que d'abus. En ce sens, les constats des associations continuent de corroborer, dix ans plus tard, ceux de l'IGAS et de l'IGF qui, dans leur dernier rapport sur le sujet avaient expressément indiqué en observation liminaire : « **Plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle du risque d'un renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à une protection sociale.** » ⁽⁵⁾ Selon les informations qui ont été données à la rapporteure, ces éléments devraient être confirmés par les résultats – qui restent à exploiter à la date de rédaction du présent avis – d'une étude que l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a menée sur plus de 1 200 personnes sans-papiers en métropole bordelaise et à Paris intra-muros, pour évaluer l'accès réel aux soins et aux droits de santé des immigrants illégaux. Les données précises sont actuellement en phase d'exploitation et commenceront à être publiées dans les prochaines semaines, mais elles confirment en tout état de

(1) Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

(2) « L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays », Réseau international de Médecins du monde, rapport de l'Observatoire 2016, page 17 <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/rapport-observatoire-2016-mdm-international.pdf>.

(3) Bulletin épidémiologique hebdomadaire, « L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'observatoire de Médecins du monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000 », 17 janvier 2012, page 43.

(4) 78 % de ceux ayant recours la première fois aux centres de santé du COMEDE (Comité pour la santé des exilés), selon une étude publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, « Populations migrantes : violences subies et accès aux soins », BEH n° 17-18, 25 juin 2019, page 328 (<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-25-juin-2019-n-17-18-populations-migrantes-violences-subies-et-acces-aux-soins>).

(5) « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État », IGF-IGAS, La Documentation française, page 3.

cause que, dans leur très grande majorité, les migrants arrivés en France depuis moins d'un an n'ont pas recours au dispositif et que leur taux d'ignorance est important ⁽¹⁾.

La raison tient pour partie au fait que l'AME est une prestation qui doit être demandée et pour laquelle les potentiels bénéficiaires rencontrent dans la pratique de très nombreuses difficultés cumulatives – barrière de la langue, méconnaissance du système, notamment. S'y ajoutent les difficultés administratives et souvent non justifiées, voire illégales, dans l'instruction de leurs dossiers. Le **Défenseur des droits** a ainsi fait état lors de son audition de pratiques discriminatoires et arbitraires, « *parfois ubuesques* », de la part de l'administration, et des interventions réitérées qu'il a effectuées auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour qu'elle rappelle à l'ensemble des caisses le respect strict des dispositions réglementaires auxquelles elles doivent se tenir ⁽²⁾. Ce que les associations traduisent en considérant pour leur part que tout est fait pour créer les conditions d'un renoncement à leurs droits par les titulaires. La rapporteure veut espérer que la centralisation de la procédure d'instruction des dossiers sur les trois caisses de Paris, Bobigny et Marseille, qui sera achevée à la fin de l'année, permettra une harmonisation des pratiques.

L'ignorance de leurs droits et de l'existence du dispositif se traduit, en second lieu, par le fait que **dans leur très grande majorité, les migrants découvrent leur état de santé dégradé lorsqu'ils consultent enfin, tardivement**, et le plus souvent à l'hôpital, bien longtemps après leur arrivée dans le pays. Selon les études de Médecins du monde, « *deux tiers des patients (68,7 %) atteints d'une maladie chronique n'en avaient pas connaissance au moment de leur arrivée dans le pays d'accueil, ce qui montre une fois de plus que la migration pour raison de santé n'est pas une réalité pour les patients que nous rencontrons* » ⁽³⁾. Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale, confirme ⁽⁴⁾ que les personnes bénéficiaires de l'AME présentent effectivement en moyenne un état de santé plus dégradé que celui de la population générale, comme en témoignent le **fort taux de prise en charge des soins en établissements hospitaliers** – les deux tiers de la prise en charge globale –, le taux de séjours hospitaliers présentant une sévérité particulière – près du quart des séjours étant des séjours longs du fait de complications ou comorbidités associées –, ou encore le recours accru aux médicaments prescrits pour le traitement de pathologies

(1) Audition de Paul Dourgnon, directeur de recherche à l'IRDES, et Jérôme Wittwer, professeur d'économie au département de santé publique de l'université de Bordeaux (16 octobre 2019).

(2) À la suite de son audition le 8 octobre 2019, le Défenseur des droits a émis l'avis au Parlement n° 19-12 (https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=19248). Pour des analyses plus complètes du Défenseur des droits, voir aussi le rapport Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer, 2019 (https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18867).

(3) « L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays », op. cit., page 34

(4) Audition du 9 octobre

sévères. Le tableau ci-après met ainsi en évidence la part importante des hospitalisations – deux tiers – par rapport aux soins de ville.

RÉPARTITION ET ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'AME PAR CATÉGORIE

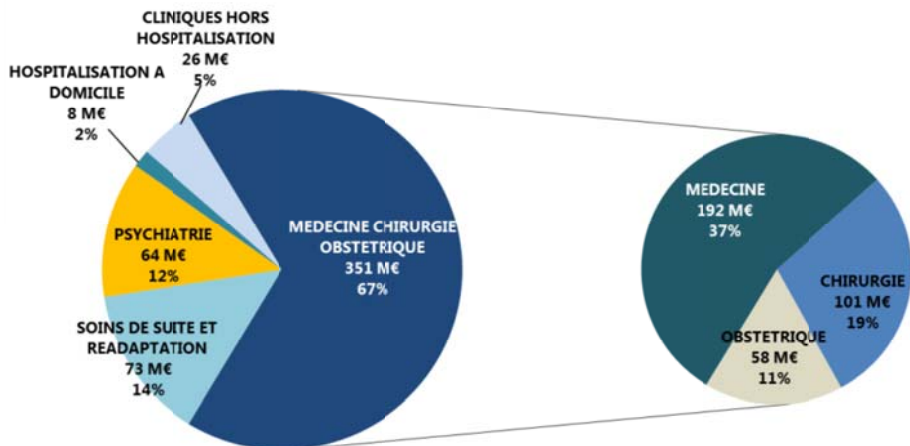
(en millions d'euros)

	2017	2018	2018 (%)	Evolution
Honoraires généralistes et spécialistes	68,20	71,92	8,5%	5%
Honoraires dentaires	14,18	14,71	1,7%	4%
Honoraires des auxiliaires médicaux	18,45	21,19	2,5%	15%
Médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	147,98	148,31	17,5%	0%
Frais d'analyse de biologie médicale et d'examen de laboratoire	20,52	20,63	2,4%	1%
Frais de transport	14,32	16,94	2,0%	18%
TOTAL Prestations de ville	283,64	293,70	34,6%	4%
Cliniques privées	44,96	49,82	5,9%	11%
Etablissements médico-sociaux	3,88	3,11	0,4%	-20%
Etablissements publics dont :	467,89	500,60	59,0%	7%
- autres frais d'hospitalisation	437,64	467,50	55,1%	7%
- Honoraires du secteur public	28,75	30,94	3,6%	8%
- forfaits journaliers	1,50	2,16	0,3%	44%
IVG (cliniques+établissements publics)	1,31	1,05	0,1%	-20%
TOTAL Prestations hospitalières	518,04	554,59	65,4%	7%
TOTAL	801,68	848,29	100%	6%

Source : Direction de la sécurité sociale, données CNAM

Par ailleurs, le diagramme ci-après détaille pour l'année 2018 la répartition de la dépense hospitalière.

DÉCOMPOSITION DES DÉPENSES D'HOSPITALISATION (PUBLIC ET PRIVÉ), PAR CHAMP D'ACTIVITÉ



Source : Direction de la sécurité sociale, données CNAM ; ATIH, DCIR-SNIIRAM + PMSI

Pour les acteurs de terrain, tels les associations du collectif France Assos santé ou le Samu social de Paris⁽¹⁾, les personnes bénéficiant de l'AME sont « ultra-précaires » : Le quart est à la rue, hors des radars de la médecine, et c'est le travail bénévole qui leur permet d'accéder aux soins. Cette invisibilité sociale a une conséquence majeure : le fait que la moitié d'entre eux présentent des retards de soins importants, que 80 % vont nécessiter un suivi à moyen ou long termes et que près des deux-tiers relèveraient du régime de l'affection de longue durée (ALD) s'ils étaient assurés sociaux.

Ces éléments sont en cohérence avec le fait que **les principales pathologies dont ils sont affectés sont en lien étroit avec la grande précarité** : VIH – dont il a été largement démontré qu'il est très majoritairement contracté sur le territoire national⁽²⁾ – tuberculose ou césarienne. Il ne s'agit donc en rien d'un dispositif dont les profiteurs usent et abusent.

iii. La France, plus généreuse que ses voisins ?

Reste la question importante de savoir si notre pays est, en matière d'offre de soins aux migrants en situation irrégulière, particulièrement généreux.

Il ressort en fait des données qui ont été communiquées à la rapporteure sur ce point que le niveau de prise en charge proposé par l'AME – dont le principe est de faciliter une prise en charge en amont des pathologies pour éviter une aggravation et un surcoût – n'est pas très éloigné de celui pratiqué par les pays voisins.

En effet, ceux-ci couvrent généralement les soins considérés comme « essentiels », qu'ils soient dispensés en ville ou à l'hôpital, et cette acception excède largement le seul panier des « soins urgents ». Certains États membres offrent une prise en charge plus étendue que d'autres, comme l'Allemagne, l'Espagne et la Suède. En Belgique, le dispositif « d'aide médicale d'urgence » mis en place, dispensé par le centre public d'action sociale de rattachement, prévoit que la décision de prise en charge revient au professionnel de santé, en fonction du caractère d'urgence laissé à son appréciation, pour des soins préventifs, curatifs, en ambulatoire, hospitalisation ou ville. En Allemagne, les soins dits « urgents » sont pris en charge gratuitement, quand les autres soins sont soumis à autorisation préalable du centre d'hébergement ou du bureau d'aide sociale responsable. Cette procédure est toutefois variable d'un *land* à l'autre, certains délivrant des cartes électroniques dès le début de la prise en charge, quand d'autres l'octroient après douze mois de résidence. Au Royaume-Uni, les soins de premier recours, délivrés par un généraliste, sont gratuits pour tous, indépendamment de la régularité du séjour. Les soins de second recours, dispensés à l'hôpital, sont payants, hormis pour les soins dits « urgents ». En Suède, les soins de santé et dentaires urgents sont pris en charge gratuitement. Toutefois six

(1) Auditions du 2 octobre 2019.

(2) <https://www.ceped.org/parcours/>

comtés sur vingt et un offrent des soins complets, d'autres couvrent les citoyens de l'Union européenne vulnérables, et plusieurs ont des centres de soins dédiés.

En conclusion, la France fait surtout figure d'exception en matière de transparence et de lisibilité des dépenses allouées aux soins des personnes en situation irrégulière. Notre pays est en effet le seul pays à disposer de données consolidées au niveau national, faisant l'objet par ailleurs d'une ligne budgétaire dédiée.

b. Une prestation trop coûteuse ?

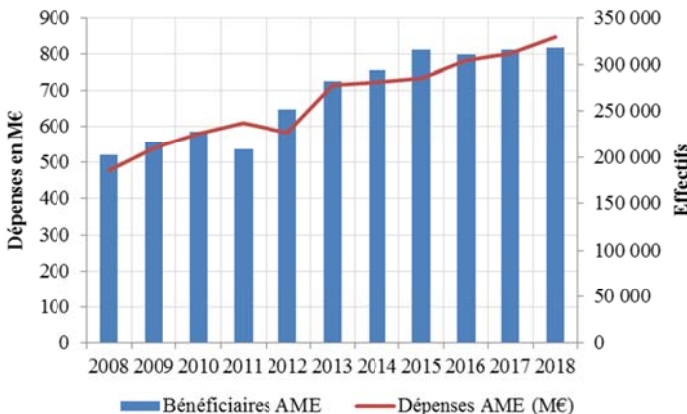
Parmi les griefs avancés par ceux qui cherchent à réduire les droits à la santé des migrants en situation irrégulière l'argument du coût occupe une place centrale. Cette question tout à fait légitime mérite que la rapporteure s'y attarde.

i. Un regard d'ensemble sur les dépenses

Nul ne saurait nier l'augmentation régulière et importante de la dépense au titre de l'AME depuis de nombreuses années, que le tableau présenté ci-après illustre. Il met en évidence que selon les années, dans le passé, la hausse a parfois été due à l'évolution importante des bénéficiaires d'une année sur l'autre, en 2013 par rapport à 2012 par exemple, et que dans d'autres cas, c'est l'évolution de la dépense moyenne par bénéficiaire qui a été dominante.

Cela étant, d'une manière générale, selon les informations communiquées par la direction de la sécurité sociale, entre 2009 et 2018, 87 % de la croissance de la dépense ont été dus à l'augmentation des effectifs des bénéficiaires, qui ont crû de 4,6 % par an en moyenne. Consécutivement, l'augmentation moyenne de la dépense elle-même apparaît modérée, + 0,5 % par an.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DES EFFECTIFS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME



Source : Direction de la sécurité sociale

Depuis 2015, en sont notamment responsables la dépense en prestations hospitalières et en produits de santé, respectivement pour 59 % et 23 % de la croissance du coût moyen.

ÉVOLUTION DU COÛT ANNUEL DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT DEPUIS 2009

Année	Dépenses (en M€)	Evolution dépenses	Bénéficiaires (effectifs moyens)	Evolution bénéficiaires	Dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire	Evolution dépense moyenne par bénéficiaire
2009	540		210 236		642 €	
2010	580	7,4%	226 630	7,8%	640 €	-0,3%
2011	609	4,9%	215 002	-5,1%	708 €	10,6%
2012	582	-4,5%	231 341	7,6%	629 €	-11,2%
2013	715	23,0%	274 441	18,6%	651 €	3,6%
2014	723	1,1%	290 082	5,7%	623 €	-4,4%
2015	734	1,6%	307 771	6,1%	597 €	-4,2%
2016	783	6,6%	314 708	2,3%	622 €	4,2%
2017	802	2,4%	312 830	-0,6%	641 €	3,0%
2018	848	5,8%	314 843	0,6%	674 €	5,1%

Source : Direction de la sécurité sociale

S'agissant de l'évolution du nombre des bénéficiaires, la direction de la sécurité sociale indique que, après avoir connu une forte dynamique, de + 1,6 % en moyenne par trimestre pendant sept ans, **il est stabilisé depuis le premier trimestre 2016**, prouvant l'efficacité des mesures gouvernementales de lutte contre l'immigration irrégulière et l'amélioration des contrôles. De fait, les prévisions pour 2020 s'établissent à 316 000 personnes.

ii. La consommation médicale par bénéficiaire

Il convient de relever que, loin d'être un puits sans fond, le dispositif de l'AME est utilisé par ses bénéficiaires, malgré leur état de santé dégradé, de manière relativement parcimonieuse et on ne saurait les accuser d'abus de ce point de vue. Selon les données de la direction de la sécurité sociale, la dépense moyenne par bénéficiaire, **malgré l'importance de la part prise par les hospitalisations, reste inférieure à la dépense moyenne par assuré social.**

Ainsi, en 2019, compte tenu de la prévision du nombre de bénéficiaires, le coût moyen par personne s'établit à 674 euros au premier trimestre, et 661 euros au second trimestre. Sur l'année entière, le coût moyen par bénéficiaire trimestriel est prévu à 685 euros en moyenne, soit en augmentation de 1,7 % par rapport à 2018. En rythme annuel, **le coût de l'AME par bénéficiaire est en conséquence de 2 740 euros.** Pour l'année 2020, la direction de la sécurité sociale prévoit un coût moyen par bénéficiaire trimestriel de 709 euros, **soit 2 836 euros** sur l'ensemble de l'année, étant entendu qu'il a été indiqué à la rapporteure que cette évolution de 24 euros par rapport à 2019 serait majoritairement due à la croissance du coût moyen hospitalier, mais également à la hausse du niveau des prix des médicaments pour les traitements lourds, ainsi que, dans une moindre mesure, à la hausse du niveau des prix des prestations des professionnels de santé du fait des revalorisations conventionnelles.

La rapporteure invite à une comparaison simple : selon les données de la direction de la sécurité sociale⁽¹⁾, l'an dernier, 198,3 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées au titre de l'assurance maladie par le régime général. Dans la mesure où le régime général compte 62,4 millions d'assurés, **la dépense annuelle moyenne par assuré social a donc été de 3 178 euros** en 2018. Dans le même temps, à raison de 674 euros par trimestre, celle des bénéficiaires de l'AME s'est élevée à **2 696 euros**.

c. Les fraudes à l'AME ? Parlons-en !

Enfin, l'AME serait une prestation sociale pour laquelle la fraude serait particulièrement importante. C'est en tout cas l'un des arguments les plus fréquemment avancés par ceux qui la contestent. Ici encore, cette accusation résiste mal à l'examen attentif de la réalité.

i. Un dispositif d'ores et déjà très contrôlé

En premier lieu, il n'est pas inutile de rappeler que l'AME fait l'objet de contrôles aussi nombreux que réguliers, au point que l'on peut se demander, à l'instar du Défenseur des droits lors de son audition⁽²⁾, s'il est beaucoup de prestations sociales qui soient l'objet d'une telle attention. Le Parlement en vote chaque année le budget spécifique et il ne s'interdit pas d'effectuer les évaluations qu'il juge nécessaires. En témoignent par exemple les rapports de nos collègues Claude Goasguen et Christophe Sirugue en **juin 2011, février 2012** et **novembre 2015** pour le compte du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, comme le nombre de questions écrites ou orales posées dans les deux assemblées qui confirme, s'il en était besoin, la préoccupation des élus nationaux. La Cour des comptes y consacre également chaque année quelques développements dans son rapport annuel sur le budget de l'État.

Les inspections générales sont en outre, fréquemment saisies de ce sujet : l'IGAS a produit un premier rapport sur *L'évolution de l'aide médicale d'État*, commandé dès 2002 et rendu en **février 2003**. Ulérieurement, après un rapport commun concluant une mission d'audit de modernisation de *La gestion de l'aide médicale d'État* en **mai 2007**, l'IGAS et l'IGF, ont été chargées d'une deuxième étude sur *L'analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale de l'État*, publiée en **novembre 2010**, que la rapporteure a eu l'occasion de citer. Comme évoqué, le Gouvernement a de nouveau chargé les deux inspections générales au début de l'été d'une autre mission dont les conclusions devraient être connues au début du mois de novembre. Si les contours en sont encore flous, Agnès Buzyn a toutefois indiqué lors du débat sur l'immigration le 7 octobre dernier qu'il a été demandé aux inspections générales « *d'apporter les éclairages utiles sur d'éventuelles fraudes ou abus, pour étudier les dispositifs en vigueur dans les autres pays européens et pour proposer des pistes de progression* ».

(1) « Les chiffres clés de la sécurité sociale 2018 », édition 2019 (<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2019/CHIFFRES%20CLES%202019.pdf>).

(2) Audition de M. Jacques Toubon, Défenseur des droits (8 octobre 2019).

Par ailleurs, des contrôles ciblés sont effectués *a posteriori*, au travers des programmes nationaux visant tant les assurés que les bénéficiaires de l'AME. Les bénéficiaires de l'AME sont ainsi englobés dans les programmes de contrôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Indépendamment de ces évaluations et contrôles de niveau « macro », l'AME est dans les faits très étroitement suivie.

ii. Des contrôles de terrain nombreux et sans cesse renforcés

En premier lieu, attribuée sous triple condition d'identité, de résidence stable en France et de ressources, l'AME fait l'objet, selon les informations communiquées à la rapporteure par la direction de la sécurité sociale, de contrôles renforcés aux étapes de demandes et de remise de la carte.

Les **premiers contrôles sont réalisés au moment de l'instruction du dossier**, et permettent de vérifier, sur la base des pièces justificatives devant être jointes au formulaire de demande, que les conditions d'attribution sont remplies, notamment la résidence stable en France depuis plus de trois mois et le montant des ressources, qui doit être inférieur aux plafonds de ressources de la CMU-C, soit 746 euros/mois au 1^{er} avril 2019 pour une personne seule. À cet effet, des échanges d'informations ont lieu entre les caisses et les consulats, qui visent à détecter les fausses déclarations de résidence ou de ressources, et découlent des signalements internes et de ceux, externes, reçus des consulats, qui peuvent en effet s'assurer d'une éventuelle résidence à l'étranger à l'occasion d'une demande de visa ou d'une naturalisation par mariage, et sont à l'origine de nombreux signalements. Ceux-ci portent essentiellement sur la résidence et font l'objet d'un contrôle systématique. Concrètement, en 2018, les caisses d'assurance maladie ont ainsi interrogé les consulats sur 811 dossiers et obtenu 677 réponses. La même année, les caisses ont reçu 82 signalements de leur part. Ces interrogations et signalements concernent à la fois les assurés du régime général et les bénéficiaires de l'AME.

Un **second niveau de contrôle intervient dès l'acceptation de la demande**, par le biais des services de l'agent comptable. Un échantillon de 10 % des dossiers fait ainsi l'objet d'une double instruction afin de s'assurer de la présence et de la conformité des pièces justificatives, de l'exactitude des ressources déclarées et prises en compte par l'ordonnateur, du respect des critères de résidence – stabilité et régularité – et de la qualité de l'enregistrement du droit dans le système d'information.

Une fois le droit accordé, le bénéficiaire doit se rendre à la caisse d'assurance maladie dont il dépend pour retirer son titre d'admission à l'AME. Celui-ci lui est remis en mains propres, permettant de confronter le titulaire du titre à la photo transmise.

Ces contrôles font aujourd'hui l'objet d'un renforcement conséquent. En premier lieu, comme la rapporteure l'a signalé, la centralisation de l'instruction des demandes d'AME en métropole dans les caisses de Paris, Bobigny et Marseille qui sera achevée à la fin de l'année. Elle permettra, entre autres, de faire passer le taux de dossiers contrôlés *a priori* de 10 % à 12 %. En 2018, 10,8 % des dossiers d'AME ont été contrôlés, révélant 254 dossiers comportant des anomalies ayant une incidence financière (soit 1,06 % des dossiers contrôlés) pour un montant d'indus de 27 610 euros.

Dans ces contrôles, la question de la régularité du séjour fait l'objet d'une attention particulière. D'ici à la fin de l'année 2019, les caisses primaires auront accès à la base VISABIO dont la consultation leur permettra de détecter en amont les fraudes aux soins urgents et à l'AME liées à la dissimulation de visas. Dans l'attente, un dispositif de vérification ponctuelle a d'ores et déjà été mis en place entre les trois pôles centralisateurs de l'instruction des demandes d'AME et la sous-direction des visas du ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Un nouveau modèle de carte, qui contiendra un hologramme et dont la production sera centralisée, et donc plus contrôlée, sera par ailleurs mis en circulation à partir de l'année prochaine ⁽¹⁾.

iii. Une fraude plus que marginale

La fraude à l'assurance maladie est intolérable et doit être combattue, ne serait-ce que parce qu'elle représente aujourd'hui des sommes considérables, chiffrées dans le rapport annuel de la Caisse nationale de l'assurance maladie à quelque 261,2 millions d'euros en 2018, comme le montre le tableau reproduit ci-après. Près de 23 000 enquêtes ont été effectuées et 8 500 actions contentieuses ont été engagées. L'assurance maladie faisait récemment état de quelque 2,4 milliards d'euros de préjudices détectés depuis 2005 ⁽²⁾.

MONTANT DES FRAUDES DÉTECTÉES CHAQUE ANNÉE



Source : CNAM : « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'assurance maladie pour 2020 », juillet 2019, page 87

(1) Les contrôles portent également sur d'autres aspects dans lesquels l'AME figure au même titre que les autres acteurs du système : professionnels de santé, « méga-consommateurs », médicaments onéreux, etc.

(2) CNAM, « Bilan 2018 des actions de lutte contre la fraude et actions de contrôle », 1^{er} octobre 2019 (https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Contrôles_et_Fraudes.pdf).

Une part – 11 millions d’euros en 2018 et 10,9 millions d’euros en 2017 – de ces fraudes porte sur **l’attribution des droits**, et dans cet ensemble, s’agissant de l’AME, les caisses ont détecté et évité 0,5 million d’euros de préjudice en 2018 concernant **62 bénéficiaires (0,46 million d’euros en 2017)**, soit 4,2 % du total. Ces fraudes – essentiellement dissimulation de visas, fausses déclarations en matière de résidence et de domiciliation, fraudes à la consommation de soins – donnent lieu à des actions systématiques de récupération du préjudice subi. Le cas échéant, des actions pénales sont engagées – onze cas de plaintes et signalements conformément à l’article 40 du code de procédure pénale, ainsi que des notifications de pénalités financières dans 34 cas, en application des dispositions de l’article L. 114-17-1 du code de sécurité sociale ⁽¹⁾.

Ces éléments mettent en évidence que, sauf à être d’une particulière mauvaise foi, il est difficile de considérer que l’AME est une prestation sur laquelle la fraude est massive : représentant moins de 500 000 euros sur un montant global de plus de 261 millions d’euros de fraude à l’assurance maladie, et 62 dossiers sur un total de plus de 320 000 bénéficiaires, **la fraude à l’AME semble, tout au contraire, très marginale si ce n’est quasiment inexistante**. En proportion des dépenses engagées à ce titre, quelque 900 millions d’euros, **elle est de 0,06 %**. Par comparaison, le taux de fraude à l’assurance maladie oscille entre 0,15 % et 0,2 %, et celui de la fraude à la CMU-C est de 0,3 %.

d. Réduire le panier de soins ou augmenter les frais pour les bénéficiaires ?

Enfin, les critiques de l’AME insistent sur la nécessité de réduire le panier de soins au strict minimum, ou d’instaurer une sorte de droit d’entrée ou de délai de carence pour les bénéficiaires. Ces questions méritent également d’être discutées et les propositions en ce sens doivent être rejetées.

- i. Augmenter les coûts pour les bénéficiaires ? Une fausse bonne idée, déjà expérimentée

Plusieurs solutions sont avancées de manière récurrente pour réduire la dépense induite par l’AME, parmi lesquelles certaines ont d’ores et déjà été expérimentées et rapidement écartées.

C’est le cas par exemple de celles tendant à faire supporter un coût par les bénéficiaires.

En 2010, la **mission conjointe IGAS-IGF avait vivement déconseillé l’introduction d’un droit d’entrée**, argumentant qu’il s’agissait d’« **une mesure qui présente des inconvénients majeurs, économiquement inefficace et dangereuse pour la santé publique** » ⁽²⁾. Les deux inspections générales

(1) Par ailleurs, 17 lettres de rappel à la réglementation ont été adressées, cette dernière action permettant le cas échéant à la CNAM, dans les cas les moins graves, d’acter un précédent en cas de récidive.

(2) IGAS-IGF, Rapport précité, annexe 7.

insistaient sur le fait que cela pourrait avoir pour effets d'une part un *« accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée, du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital, ou bien par des créances non recouvrées des hôpitaux »*, et d'autre part *« des risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée »*. L'acquittement d'un **droit de timbre forfaitaire de 30 euros** pour l'ouverture du droit à l'AME, a néanmoins été introduit en 2011. Il a très vite été abandonné compte tenu de ses effets pervers, qui ont précisément été ceux annoncés par le rapport IGAS-IGF : En vigueur du 1^{er} mars 2011 au 4 juillet 2012, la mesure a certes engendré des recettes fiscales – à hauteur de 7 millions d'euros – et entraîné une baisse des effectifs, le nombre des bénéficiaires diminuant de quelque 9 %. Cela étant, on a constaté dans le même temps que **la dépense moyenne augmentait fortement** du fait du report sur les urgences hospitalières des soins de ville devenus inaccessibles et d'une prise en charge de pathologies aggravées, cela étant corroboré par la diminution de 0,6 % des soins de ville et la hausse de 7 % des dépenses hospitalières entre 2010 et 2011. Le coût des dépenses pour soins urgents a ainsi crû de 18 % en 2011 (+ 14 millions d'euros) et de 33 % en 2012 (+ 30 millions d'euros). Consécutivement, comme l'a indiqué la direction de la sécurité sociale à la rapporteure, les dépenses d'AME ont au total, augmenté de 5 % en 2011 (+ 29 millions d'euros par rapport à 2010) et ce, en dépit de la baisse des effectifs. En outre, cette procédure s'est révélée complexe en gestion pour les caisses, entraînant un fort allongement du délai de traitement des dossiers.

Dans son discours lors du débat sur l'immigration, la ministre des solidarités et de la santé a expressément écarté le retour à un tel dispositif qui fait trop obstacle à un accès effectif aux soins des plus vulnérables, et la rapporteure se félicite de cette position de sagesse.

ii. Bien mesurer les conséquences de la réduction de l'offre de soins

Dans un passé récent, certains pays ont expérimenté la réduction de l'offre de soins dont peuvent bénéficier les migrants en situation irrégulière. Cela a notamment été le cas de l'**Espagne**.

L'un des volets de la réforme du système de santé introduite en 2012 par le gouvernement de Mariano Rajoy pour des raisons d'économies avait pour but de limiter le « tourisme sanitaire » et donc de réduire le panier de soins offert aux migrants en situation irrégulière qui, depuis 2002, bénéficiaient de droits rigoureusement égaux à ceux des nationaux, à la seule condition d'être enregistrés dans la municipalité de leur résidence. La réforme a restreint l'accès au système de santé aux seuls migrants titulaires d'un permis de résidence obtenu sous conditions de ressources ou d'emploi. Les sans-papiers ont vu leurs droits strictement réduits aux urgences pour maladies graves ou accidents, et aux soins en matière de maternité – grossesse, naissance et *post-partum*. Seuls les enfants jusqu'à 18 ans ont eu leurs droits maintenus dans des conditions identiques à celles des nationaux. Bien que certains gouvernements autonomes, qui disposent de très larges prérogatives en matière de santé, aient refusé d'appliquer cette

législation, comme l'Andalousie ou la Catalogne, ou y aient introduit des exceptions, comme la Communauté valencienne ou Madrid, argumentant sur l'émergence possible d'une crise sanitaire, les effets en ont été considérables. Une étude comparative portant sur les trois années antérieures et les trois années postérieures au décret, a en effet montré **un accroissement du taux de mortalité au sein de la population migrante de 15 %**. Au total, l'application de cette réforme a induit le décès supplémentaire de quelque 70 personnes par an. Les auteurs concluent logiquement que l'étude suggère que la couverture maladie a un large impact sur la santé des populations vulnérables disposant de peu d'alternatives et qu'elle met clairement en évidence que des restrictions apportées à la couverture maladie spécifiquement ciblées sur les populations migrantes ont des conséquences fortement négatives sur leur santé⁽¹⁾. Le gouvernement espagnol est revenu sur cette mesure en septembre 2018 et a rétabli un système de santé universel.

On peut raisonnablement supposer qu'une telle mesure appliquée dans notre pays aurait de semblables effets. Ce sont d'ailleurs les mêmes arguments que la communauté médicale de notre pays défend aujourd'hui pour alerter sur **l'hérésie, en termes de santé publique, que représenterait la réduction du panier de soins**. Comme le rappelait une tribune récente, « *Restreindre l'accès aux soins pour les sans-papiers aurait pour conséquence d'augmenter le risque de morbidité et mortalité chez les migrants, mais également, pour les pathologies transmissibles, les risques liés à la diffusion de celles-ci.* »⁽²⁾ C'est également la position qu'exprimait le groupe d'experts en santé publique réuni par l'Organisation internationale des migrations (OIM) et la Commission européenne qui recommandait en octobre 2016 que les principes d'une couverture de santé universelle et équitable soient appliqués à toute personne résidant *de facto* dans un pays, quel que soit son statut légal. Le document⁽³⁾ attirait également l'attention sur le fait que limiter l'assistance médicale des migrants illégaux à la grossesse ou au traitement des maladies infectieuses, comme cela se pratique dans certains pays, ou encore aux urgences, était à la fois inefficace si l'accès aux soins primaires dans une optique préventive n'est pas garanti, mais aussi en contradiction tant avec les traités des Nations Unies qu'avec les principes de base de la santé publique moderne. Or, l'état de santé dégradé et l'extrême précarité dans laquelle vivent les populations concernées dans notre pays a d'ores et déjà des effets majeurs : selon **l'Organisation mondiale de la santé, en France, le taux de mortalité maternelle est 2,5 fois supérieur pour les femmes réfugiées**

(1) https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=ESPE2018&paper_id=135

(2) « *Restreindre l'accès à l'aide médicale d'État pour les sans-papiers n'aura que des conséquences néfastes en matière économique et sanitaire* », Le Monde, 8 octobre 2019 (https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/10/08/restreindre-l-acces-a-l-aide-medicale-d-etat-pour-les-sans-papiers-n-aura-que-des-consequences-nefastes-en-matiere-economique-et-sanitaire_6014688_3232.html).

(3) <https://eea.iom.int/sites/default/files/publication/document/Expert-consensus-Recommendations-health-irregular-migrants.pdf>

ou migrantes que celui des femmes nées en France et même 3,5 fois supérieur s'agissant des femmes originaires d'Afrique subsaharienne ⁽¹⁾.

Enfin, dans *Le Journal du dimanche* ⁽²⁾, **805 médecins** ont récemment rappelé que, au-delà du respect du serment d'Hippocrate, « **une limitation du dispositif serait une catastrophe en termes de santé publique et d'organisation de notre système sanitaire** », dans la mesure où la restriction de l'accès aux médecins généralistes « *entraînerait une nouvelle charge de travail intenable pour les urgences hospitalières vers qui les patients se reporteraient inévitablement mais plus tardivement. Or, on le sait, les urgences sont déjà saturées et le personnel hospitalier ne pourra pas assumer le surcroît d'activité engendré.* ». L'un des principaux effets serait aussi de renchérir considérablement la prise en charge des pathologies traitées à un stade plus avancé et impliquant de plus fréquentes hospitalisations. Et loin de permettre des économies budgétaires, elle augmenterait la dépense et emboliserait plus encore s'il est possible les services d'urgence de notre pays.

Les acteurs de terrain et les professionnels de santé sont unanimes à considérer que tout type de restriction au dispositif aurait des effets aussi néfastes que cumulatifs. Il est donc impératif de ne pas restreindre le modeste accès aux soins dont bénéficient les migrants. À ce propos, parmi les idées fréquemment avancées ces derniers mois, la question de la légitimité de la prise en charge psychiatrique par l'AME a notamment été posée. Indépendamment du fait que, sauf à injurier les centaines de milliers de patients concernés, on ne saurait considérer les soins psychiatriques comme des soins de confort, cette proposition omet de prendre en compte le fait que la précarité est une source majeure de troubles psychiques.

Il convient tout au contraire d'équilibrer les plateaux de la balance entre tous les bénéficiaires du système de santé de notre pays. Pour cette raison, la rapporteure tient à exprimer son soutien à **l'intégration de l'AME à l'assurance maladie** que défendent des acteurs aussi divers que les associations de terrain, le Défenseur des droits ou **l'Académie nationale de médecine** qui a récemment pris une position sans ambiguïté en affirmant : « **Des efforts particuliers doivent être développés pour préserver la santé des populations les plus vulnérables : chômeurs, personnes âgées, femmes enceintes et enfants, familles monoparentales et malades en situation de précarité, migrants, exclus sociaux, en facilitant l'accès aux mesures déjà existantes, en adaptant leur large panoplie à la mosaïque des situations qui existent, en les coordonnant de façon efficace, en développant de nouveaux moyens facilitant l'accès à la santé. En pratique : [...] 2) L'accès aux droits sanitaires et sociaux des personnes en situation de précarité doit être**

(1) « Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region –No public health without Refugee and Migrant health », OMS, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>).

(2) « Tout le monde a le droit d'être soigné » (<https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/tout-le-monde-a-le-droit-detre-soigne-lappel-de-805-medecins-en-faveur-de-laide-medicale-detat-3921097>).

facilité par la simplification des procédures administratives allant jusqu'à la fusion des dispositifs existants (AME, CMUc, ACS) et l'automatisme de l'attribution des droits, par la création d'outils numériques spécifiquement adaptés [...] »⁽¹⁾.

(1) Académie nationale de médecine, Précarité, pauvreté, santé, rapport 17-05 du 17 juin 2017, Alfred Spira, rapporteur, pages 581-582 (<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/567-588.pdf>).

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE LA MINISTRE

Au cours de sa réunion du 30 octobre 2019, la commission procède à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur les crédits de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2020 (n° 2272) (Mme Caroline Fiat, rapporteure pour avis) ⁽¹⁾.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous concluons aujourd'hui nos travaux sur la seconde partie du projet de loi de finances pour 2020. La semaine dernière, nous avons examiné la mission *Régimes sociaux et de retraite* et le compte d'affectation spéciale *Pensions*, puis nous avons auditionné, hier, la ministre du travail, avant de débattre de la mission *Travail et emploi*. Nous examinons aujourd'hui les missions *Santé* et *Solidarité, insertion et égalité des chances*. Comme l'année dernière, deux discussions se succéderont, l'une sur la santé, l'autre sur la solidarité, l'insertion et l'égalité des chances. Les amendements seront examinés à l'issue de chacune de ces discussions, après le départ des membres du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Vous étudiez aujourd'hui le budget de la mission *Santé* du projet de finances pour 2020. Ce budget est marqué par une évolution importante de son périmètre, du fait du transfert à l'assurance maladie du financement de deux agences, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Agence nationale de santé publique (ANSP), ce qui se traduit par une baisse de 20 % des crédits de la mission. Ces crédits ne représentent toutefois qu'une petite partie des financements que les pouvoirs publics consacrent à la politique de santé, lesquels sont pour l'essentiel discutés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Je commencerai par évoquer le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, qui sera doté, en 2020, d'un peu plus de 200 millions d'euros, dont un tiers sera consacré au financement de l'Institut national du cancer (INCa) et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Cette dernière verra par ailleurs sa subvention augmenter de 8 millions d'euros, en compensation de la suppression de la taxe sur le vapotage. Comme je vous l'annonçais l'année dernière, nous avons poursuivi notre réflexion sur un financement intégral par l'assurance maladie de l'ANSM et l'ANSP, ce qui nous conduit à transférer le financement de ces deux opérateurs dans le cadre du projet de loi de finances (PLF) pour 2020. L'activité

(1) http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8347463_5db9b12db77b4.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-30-octobre-2019

de ces agences a en effet trait à des produits – des médicaments – ainsi qu’à une activité – la prévention –, dont l’essentiel du financement dépend déjà de l’assurance maladie. Ce transfert renforce donc la cohérence des leviers d’action du ministère dont j’ai la charge. Les crédits de prévention au sein du programme 204 s’élèvent à 53 millions d’euros, après transfert de Santé publique France – autre dénomination de l’ANSP. Ce montant ne représente toutefois, je le rappelle, qu’une part très modeste du financement de la prévention. La création cette année d’un document de politique transversale permet de préciser que ces crédits représentent à peine plus de 1 % des quelque 3 milliards d’euros qui seront consacrés en 2020 à la prévention en santé par le budget de l’État.

Toutefois, la prévention dépasse très largement le champ du budget de l’État. Il faut en effet considérer l’ensemble des financements disponibles, quel qu’en soit le support, pour apprécier l’évolution des moyens qui y sont consacrés. La prévention institutionnelle, pour n’évoquer que celle-ci, est passée de 5,79 milliards d’euros en 2008 à 6,24 milliards d’euros en 2018, soit une augmentation de 7,8 % – ces montants sont retracés dans l’annexe 7 au PLFSS. Pour autant, cette évolution n’est pas homogène : sur les dix dernières années, elle s’est accrue, en moyenne, de 0,3 % par an entre 2008 et 2016, et de 2,7 % entre 2016 et 2018. Cette tendance s’est accélérée en 2019, notamment avec l’élargissement des missions du fonds national de lutte contre le tabac au champ des addictions ; celui-ci voit ses dépenses prévisionnelles augmenter à hauteur de 119,7 millions d’euros en 2019, contre 100 millions en 2018 et 30 millions en 2017.

Toutes les décisions que j’ai prises vont ainsi dans le sens d’une augmentation des crédits consacrés à la prévention, et les résultats sont là. Grâce aux mesures phares relatives à la lutte contre le tabagisme du plan priorité prévention, le nombre de fumeurs quotidiens a diminué de 1,6 million entre 2016 et 2018. Nous allons faire plus encore. Ainsi, pour 2020, le plan national santé environnement 4, qui s’intitulera « Mon environnement, ma santé », accordera la priorité à des actions simples et concrètes, permettant à chacun d’évoluer dans un environnement favorable à sa santé. Il s’agira de faciliter l’accès aux informations sur la qualité de l’environnement et de diffuser des messages de bonnes pratiques afin que chacun soit responsable de son environnement et de sa santé.

Le programme 204 regroupe également les dépenses d’indemnisation des victimes de la Dépakine. La gestion de ce dispositif d’indemnisation est, comme vous le savez, assurée par l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Ce mécanisme, qui a connu une montée en charge progressive du fait de la complexité des questions juridiques et médicales soulevées lors de l’examen des dossiers, va faire l’objet d’ajustements structurants visant à accélérer le traitement des demandes. À la suite du vote à l’unanimité de la résolution présentée par Véronique Louwagie, le Gouvernement proposera en séance publique un amendement visant à simplifier le dispositif. À cet effet, les deux instances qui le composent, le collège d’experts et le comité d’indemnisation, seront fusionnées. Par ailleurs, afin de faciliter l’indemnisation des victimes, il est proposé de fixer dans la loi des dates à partir desquelles le lien

entre le préjudice et le défaut d'information sera présumé : il s'agira de 1982 pour les malformations congénitales et de 1984 pour les troubles du développement comportemental et cognitif. Les victimes pourront ainsi être indemnisées plus aisément, sans risque que leur dossier soit déclaré irrecevable.

Pour achever l'évocation des crédits du programme 204, je veux signaler la progression des moyens de l'agence de santé des îles Wallis et Futuna, sur laquelle repose exclusivement le système de santé pour l'ensemble de la population de ce territoire et sa gratuité au titre de la solidarité nationale. Sa dotation sera majorée en 2020 de 7 millions d'euros, pour la porter à 42,5 millions d'euros, afin de développer prioritairement la santé publique et la prévention, et de renforcer l'offre de soins, notamment grâce au déploiement de la télémédecine, conformément aux recommandations du rapport de la mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et du contrôle général économique et financier, rendu en mai 2019.

Le second programme de la mission, le programme 183, est consacré pour l'essentiel à l'aide médicale de l'État (AME). J'ai déjà eu l'occasion de le rappeler dans l'hémicycle lors du débat du 30 septembre : le Gouvernement et la majorité sont attachés aux grands principes qui guident aujourd'hui notre politique d'accès aux soins et aux droits des personnes migrantes ; il n'est pas envisageable de les remettre en cause. Je pense en particulier au droit à la protection de la santé, qui est non seulement un principe constitutionnel mais qui s'inscrit également dans le cadre des engagements internationaux que nous avons souscrits. Nous n'allons donc pas remettre en cause les objectifs visés par les dispositifs de prise en charge de soins existants : les « soins urgents », assurés dès l'arrivée sur le territoire en l'absence de couverture santé ; l'aide médicale de l'État, qui permet de dispenser des soins essentiels, en ville comme à l'hôpital, pour des ressortissants étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire depuis plus de trois mois et ayant un niveau de ressources inférieur à un certain seuil ; la protection universelle maladie (PUMA), enfin, accessible aux demandeurs d'asile dès le dépôt de leur demande.

Ces dispositifs sont indispensables, pour des raisons humanitaires et de santé publique, bien sûr, mais aussi pour des objectifs de maîtrise budgétaire : nous savons que la prise en charge tardive d'une maladie est systématiquement plus coûteuse que la réalisation de soins, à temps, par la médecine de ville. Nous savons aussi que la dépense d'AME est dynamique et qu'elle représente un montant non négligeable (848 millions d'euros en 2018), même si elle ne constitue que 0,5 % des dépenses d'assurance maladie. Toutefois, cette dépense alimente parfois une défiance à l'égard du système, voire des fantasmes, qu'il est difficile de déconstruire.

C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité nous interroger sur l'efficacité de nos dispositifs et documenter le sujet de manière rationnelle. En lien avec Gérard Darmanin, une mission sur l'AME et les soins urgents a été confiée à l'IGAS et à l'Inspection générale des finances (IGF). Notre objectif est que le rapport vous soit remis en amont de l'examen de la mission *Santé* du PLF

en séance publique, soit début novembre. Dans cette attente, je souhaite tout de même vous indiquer que la mission écarte résolument toute mesure qui restreindrait le panier de soins ; elle a indiqué, par ailleurs, qu'il ne serait ni opportun ni efficace de réinstaurer un droit de timbre et ne retient pas davantage l'idée de créer un ticket modérateur. Sur ce dernier point, la mission confirme les propos que j'ai tenus devant votre assemblée lors du débat sur l'immigration. La mission devrait faire des propositions concernant l'amélioration de la lutte contre la fraude et contre les pratiques abusives. Elle a enfin constaté le risque d'abus, que j'ai évoqués, concernant les demandeurs d'asile, qui ont accès à la PUMA dès le dépôt de leur requête. Je rappelle que cette règle est dérogoratoire au droit commun, lequel prévoit qu'une personne n'exerçant pas d'activité professionnelle a accès à la protection maladie à l'issue d'un délai de carence de trois mois. Les recommandations de cette mission pourront mener à la présentation d'amendements par le Gouvernement en séance publique, même si je tiens à rappeler que le rapport des inspections générales n'engage pas le Gouvernement.

Nous devons être responsables dans la lutte contre les fraudes et les abus, mais aussi nous adapter aux problématiques de la prise en charge des soins aux migrants, qui sont des personnes particulièrement vulnérables. Pour cela, nous devons mener des démarches pour aller vers ces populations et les faire accéder aux soins et aux droits. C'est la raison pour laquelle nous avons sollicité les agences régionales de santé afin qu'elles structurent un parcours de santé destiné aux primo-arrivants, pour adapter les soins délivrés aux problématiques spécifiques vécues par les personnes immigrées et aux vulnérabilités liées au parcours de migration.

Tels sont, madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, les principaux axes de la mission *Santé*. Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

Mme Caroline Fiat, rapporteure pour avis. J'ai l'honneur de vous présenter mon avis sur les crédits de la mission *Santé*. Comme l'a souligné la ministre, cette mission subit cette année une transformation structurelle, puisque le financement de deux grandes agences sanitaires, l'ANSP et l'ANSM, est désormais assuré par l'assurance maladie, et relève donc de la loi de financement de la sécurité sociale, comme nous l'avons vu la semaine dernière. Du fait de ce transfert, les crédits de la mission perdent près de 20 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2019 et se montent, cette année, à un peu plus de 1,1 milliard d'euros contre plus de 1,4 milliard d'euros en 2019. Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* supporte seul la diminution des crédits de la mission. Il perd près de 265 millions au titre de ses crédits de fonctionnement, soit les trois quarts de ce qui avait été voté l'an dernier.

Les crédits destinés à l'INCa connaissent une légère diminution. L'INCa est certes soumis au même régime d'économies que les autres opérateurs, mais on peut se demander si cette diminution est pertinente, au moment où des efforts particuliers sont engagés, notamment en matière de cancérologie pédiatrique.

Même si elle ne relève plus, désormais, de ce programme, je ferai une remarque identique concernant l'ANSM, dont les moyens sont réduits dans des proportions encore supérieures. J'observe en outre que la quasi-totalité des agences sanitaires sont extraites de la mission *Santé*, ce qui devrait sans doute nous inviter à la réflexion. L'action 11 s'intitule encore *Pilotage de la politique de santé publique* mais, concrètement, elle ne sert plus à piloter grand-chose, puisque Santé publique France est désormais financée par l'assurance maladie et que la très grande part des crédits de cette action financent l'ONIAM et diverses actions juridiques et contentieuses. Peut-être Mme la ministre pourra-t-elle nous faire part de la réflexion du Gouvernement sur cette question ?

Cela étant, je relève, au sein de ce même programme, que les crédits de l'agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna bénéficient d'un accroissement considérable, notamment pour développer la prévention et contribuer à réduire, à terme, le poids exorbitant des dépenses liées aux évacuations sanitaires. La forte augmentation – à hauteur de 40 % – des crédits destinés à la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, dans le cadre de l'action 15, est également à souligner.

Avant de vous présenter les deux axes d'analyse que j'ai choisi de traiter dans cet avis budgétaire, je voudrais saluer une autre nouveauté de cette mission : la présentation d'un document de politique transversale portant sur le programme 204. Cette étude répond à une demande que nous avons formulée l'an dernier, par un amendement qui reprenait une proposition faite par Ericka Bareigts et Cyrille Isaac-Sibille dans leur rapport d'information sur la prévention santé en faveur de la jeunesse. Ce document permet d'avoir enfin une vision d'ensemble des crédits que l'État consacre à la prévention. L'amélioration de l'information du Parlement sur ce sujet est précieuse.

J'en viens à la présentation des deux sujets – d'une brûlante actualité – qu'il m'a paru opportun, et je dirais même essentiel, d'étudier. Le premier, qui concerne le programme 204, a trait à l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Cette année a en effet été marquée par deux événements : d'une part, l'annonce par Sanofi, en début d'année, de son refus de participer au dispositif d'indemnisation ; d'autre part, le vote par notre assemblée d'une résolution demandant notamment la fusion du collège d'experts et du comité d'indemnisation institués auprès de l'ONIAM, afin de faciliter les procédures et d'accélérer l'indemnisation des victimes. J'ai tenu à auditionner l'ensemble des parties prenantes de ce dossier douloureux, à savoir Sanofi, l'Association des parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anticonvulsivant (APESAC), l'ANSM et l'ONIAM.

Je retire de ces entretiens que la position de Sanofi est – objectivement – tout à fait inacceptable et que la décision de Mme la ministre des solidarités et de la santé de demander à l'ONIAM de se retourner contre le laboratoire est entièrement justifiée. Il ne fait en effet aucun doute que la responsabilité du laboratoire est fortement engagée, tant en ce qui concerne la défectuosité du médicament que le manque d'information sur les risques encourus par les

patientes. C'est ce qui a été jugé en première instance en 2015 et confirmé en 2017 en appel. C'est également ce qui ressort de l'instruction des dossiers par le collège d'experts auprès de l'ONIAM, qui a reconnu Sanofi unique responsable dans les deux tiers des dossiers. Dans d'autres cas, le laboratoire partage la responsabilité avec l'État. Globalement, la responsabilité de Sanofi, intégrale ou partielle, est engagée dans plus de 90 % des cas. Malgré cela, l'entreprise nous dit clairement qu'elle s'en lave les mains et que la solidarité nationale peut payer. Le laboratoire allègue que le dispositif n'est pas impartial et qu'il n'admettra l'éventuelle mise en cause de sa responsabilité que devant les tribunaux. En tout état de cause, estime-t-il, sa position n'empêche pas les victimes d'être indemnisées par l'ONIAM. Cette attitude est, de mon point de vue, scandaleuse.

Cette entreprise dispose évidemment de tous les moyens pour faire traîner les procédures au mépris de l'intérêt des familles, et elle ne s'en prive pas. J'ajoute que les propos qu'a tenus le président de Sanofi France au cours de son audition ne me rassurent aucunement : absolument rien ne garantit que, si la cassation était favorable aux victimes, Sanofi considérerait que cette décision ferait jurisprudence. On peut craindre des procédures interminables dans chaque affaire où le laboratoire sera impliqué et pour laquelle l'ONIAM se retournera contre lui. Je vous renvoie à mon avis pour plus de détails, mais il me paraît d'ores et déjà indispensable de s'assurer de la soutenabilité financière du dispositif à long terme. Madame la ministre, où en est la réflexion du Gouvernement sur ce point ? Je salue le travail de l'APESAC, et tout particulièrement de sa présidente, Marine Martin, dans sa bataille sur le dossier de la Dépakine.

Le second volet de mon propos porte sur l'AME, financée par le programme 183, à l'égard de laquelle de fortes inquiétudes se sont manifestées ces derniers mois. Elles sont nées du lancement, au début de l'été, d'une nouvelle mission confiée à l'IGAS et à l'IGF, sur laquelle très peu d'informations ont filtré. Cela a alimenté l'angoisse des acteurs de terrain, qui y ont vu un risque de remise en question d'une prestation sociale d'une importance majeure, ainsi que Mme la ministre l'a souvent rappelé. Cette question me semblant essentielle, j'ai tenu à consacrer une grande partie de mon avis budgétaire à une analyse détaillée des arguments avancés contre l'AME. Je vous invite bien sûr à vous y reporter pour avoir connaissance de tous les détails, mais je voudrais vous en exposer les principales conclusions, qui montrent que l'adage « qui veut noyer son chien l'accuse de la rage » n'a rien perdu de son actualité.

Tout d'abord, l'AME serait une prestation sociale trop coûteuse. Qu'en est-il, en fait ? Nous y consacrons certes plus de 900 millions d'euros, mais il faut rappeler que ce budget ne représente que 0,4 % des quelque 203,5 milliards de la consommation globale de soins et de bien médicaux. Cela ramène le sujet à de justes proportions. En outre, malgré l'importance de la part prise par les hospitalisations, sur laquelle je reviendrai, il faut aussi savoir que la consommation médicale par bénéficiaire de l'AME est très inférieure à la dépense moyenne par assuré social.

Ensuite, l'AME proposerait un panier de soins trop important. En fait, ce dernier est plus réduit que celui des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), et un certain nombre de prestations ou de dispositifs en sont exclus, comme l'accès aux programmes de prévention. À ce propos, l'ensemble des acteurs de terrain – parmi lesquels on peut citer Médecins du monde, France Assos Santé, le Samu social ou encore l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOSS) – ainsi que d'autres observateurs – le Défenseur des droits ou l'Académie nationale de médecine – plaident instamment pour un rééquilibrage.

C'est pour bénéficier de l'AME qu'on immigrerait en France, entend-on parfois. En fait, toutes les études montrent que les raisons médicales ne constituent un motif de migration que pour 3 % des intéressés. La preuve en est que plus de 80 % des migrants en situation précaire ayant droit à une couverture maladie n'en ont, en réalité, aucune. Par ailleurs, dans leur très grande majorité, les migrants découvrent leur état de santé dégradé lorsqu'ils consultent, tardivement, bien après leur arrivée dans notre pays. C'est précisément la raison pour laquelle les hospitalisations, que j'évoquais précédemment, représentent une part aussi élevée dans les dépenses de l'AME. Enfin, les principales pathologies pour lesquelles sont soignés les bénéficiaires de l'AME sont liées à la grande précarité – VIH ou tuberculose, notamment – et ont fréquemment été contractées dans notre pays.

La France serait aussi plus généreuse envers les migrants que ses voisins. En fait, globalement, ce que proposent la Belgique, l'Allemagne, la Suède ou le Royaume-Uni n'est pas fondamentalement différent de ce que notre pays a inscrit dans le panier de soins.

Un autre argument est encore avancé, selon lequel l'AME ferait l'objet d'une fraude très élevée. En réalité, c'est une prestation particulièrement contrôlée à tous les niveaux.

Deux pistes sont le plus souvent évoquées : l'introduction d'un droit de timbre et la réduction du panier de soins. Contre l'avis de l'IGAS et de l'IGF, qui avaient vivement déconseillé cette mesure, qu'elles considéraient économiquement inefficace et dangereuse pour la santé publique, le Gouvernement avait néanmoins introduit un droit de timbre en 2011. Il a dû brusquement rétro pédaler un an plus tard. Quant à la réduction du panier de soins, on se rappelle, par exemple, les amendements déposés en ce sens lors du débat sur la loi immigration l'an dernier. En 2012, l'Espagne a restreint le panier de soins aux seules urgences pour éviter un prétendu « tourisme sanitaire ». Il en est résulté une augmentation du taux de mortalité au sein de la population migrante de 15 %, et le gouvernement espagnol est revenu sur cette mesure l'an dernier. Toute la communauté médicale, les associations, nombre d'experts internationaux – tels ceux de l'Organisation internationale pour les migrations – sont vent debout contre l'hérésie et la catastrophe que représenterait, pour la santé publique et notre système de soins, l'introduction d'une telle mesure dans notre pays.

Compte tenu de ces éléments, je voudrais demander à Mme la ministre – même si elle a largement abordé ce sujet dans son propos liminaire – quelles sont les pistes de travail que le Gouvernement explore actuellement et quels volets de l'AME il entend réformer, pour quelles raisons et quelles finalités.

M. Marc Delatte. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût, à l'heure où il nous faut repenser notre système de santé. Face aux défis et aux enjeux d'un monde, d'une société en profonde mutation, avec l'accélération des connaissances, des techniques, du recours au numérique, l'ouverture du champ des possibles, comment concilier l'offre et la qualité des soins accessibles à tous, dans l'esprit de nos valeurs républicaines, de la solidarité nationale et du respect de la dignité de chacun ? Comment concilier ces valeurs et l'équilibre financier nécessaire pour assurer à nos concitoyens l'accès aux soins, partout en France, sans oublier nos territoires d'outre-mer ?

Curieux paradoxe d'un pays où l'espérance de vie est l'une des plus longues au monde, où la protection sociale est l'une des meilleures, où la recherche en santé est avancée, où les exploits médico-chirurgicaux sont salués par l'ensemble de la communauté scientifique internationale, mais où persistent encore de nombreuses inégalités sociales et territoriales. La prévention, l'éducation – afin que chacun soit pleinement acteur de sa santé – sont, madame la ministre, l'une de vos priorités : bouger, manger mieux, prévenir les cancers grâce à un dépistage accru, lutter contre les addictions, notamment le tabac et l'alcool. Les résultats sont probants. Les mesures effectives et celles qui seront appliquées prochainement, en relation avec le vieillissement et la perte d'autonomie – une meilleure prise en charge des maladies chroniques, telles le diabète, l'insuffisance rénale ou cardiaque – répondent également aux préoccupations de nos concitoyens.

La solidarité est aussi un maître-mot de votre vision globale de notre système de santé : solidarité envers les plus fragiles, liée au grand âge, au handicap et envers tous ceux qui n'ont pas la liberté de choix, du fait d'un parcours semé d'écueils. La solidarité implique la réparation, pour les victimes de l'amiante ou de la Dépakine, mais elle s'exprime aussi par l'AME, dans le pays des Droits de l'Homme : c'est une question de valeurs. C'est la raison pour laquelle il faut non seulement la maintenir mais aussi en évaluer l'efficacité.

La reconnaissance des acteurs de santé dans leur engagement quotidien, prégnante et légitime, est également au cœur de vos préoccupations. Elle passe par une reconnaissance salariale, l'établissement de conditions de travail plus satisfaisantes mais aussi une meilleure organisation de notre système de soins, pour en optimiser l'offre tout en développant l'interface entre la ville et l'hôpital, au moyen, par exemple, des communautés professionnelles territoriales de santé. L'enjeu est de repenser le système de santé, trop hospitalo-centré, qui doit aussi se tourner vers l'ambulatoire en médecine et en chirurgie, par l'effet d'une volonté et d'une intelligence collectives, en responsabilité.

Madame la ministre, quelles pistes vous semblent-elles aujourd'hui prioritaires pour concilier les missions de santé publique, dans le cadre d'une réflexion éthique, et les moyens financiers qui leur sont dévolus ? Quelles mesures envisagez-vous pour améliorer l'efficacité de l'AME et de la protection universelle maladie ?

Mme Josiane Corneloup. La mission *Santé* comprend les dépenses de santé qui ne sont pas retracées dans le budget de la sécurité sociale mais dans celui de l'État. Elle est composée de deux programmes : le programme 183 *Protection maladie*, qui concerne la politique de l'aide médicale d'État, c'est-à-dire l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière – soit 82 % des crédits de la mission – et le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, qui rassemble 18 % des crédits. Les crédits inscrits sur cette mission s'établissent à 1,1 milliard d'euros, en diminution de 20 % par rapport à 2019, en raison d'un effet de périmètre majeur. La dotation globale de la mission *Santé* connaît en effet une très forte baisse. Le financement des deux opérateurs principaux, rattachés au programme 204, est transféré à partir de 2020 à l'assurance maladie, et est donc examiné dans le cadre du PLFSS. La simplification des circuits de financement des agences sanitaires est certes nécessaire, mais de tels transferts successifs ont entraîné une diminution de 70 % des crédits du programme 204 depuis 2012. La disparition, cette année, de 60 % des crédits budgétés sur ce programme soulève la question de la capacité de pilotage par l'État de la politique de santé publique.

Quand la baisse des crédits atteint de telles proportions, on est en droit de se demander, à l'image de la Cour des comptes, si la contrainte budgétaire ne risque pas de faire obstacle à l'accomplissement de leur mission, pourtant essentielle.

Par ailleurs, ce transfert a bien été compensé cette année dans le PLFSS, mais la pratique, depuis quelque temps, qui consiste à ne plus compenser certaines dépenses décidées par l'État est inquiétante pour l'avenir.

Les crédits du programme 183 s'établissent à 942 millions d'euros, au même niveau qu'en 2019. Le regain observé en 2019, de + 3 % et le dynamisme du coût moyen par bénéficiaire doit inciter à la plus grande prudence. L'évolution de la dépense, de + 46 % entre 2011 et 2020, conduit à s'interroger sur la soutenabilité du dispositif sur le long terme.

Le Gouvernement estime que le renforcement de la lutte contre la fraude à l'AME permettra de limiter le caractère inflationniste de cette dépense en 2020. Cette démarche va dans le bon sens, mais cela reste largement insuffisant. L'AME est caractérisée par une prévisibilité complexe de la dépense, qui se traduit par une budgétisation approximative, souvent en deçà des besoins réels. Il est temps de réformer de façon structurelle ce dispositif, afin d'assurer sa soutenabilité financière et son acceptabilité par nos concitoyens.

Il conviendra également de se saisir des conclusions du rapport de l'IGAS et de l'IGF et des propositions de réforme du dispositif. Outre les difficultés de prévision de la dépense, liées à la nature même de cette politique publique, l'information contenue dans les documents budgétaires est partielle et ne livre pas une véritable analyse de cette politique publique. À titre d'exemple, la donnée relative au pays d'origine des bénéficiaires de l'AME n'est pas conservée par l'assurance maladie. Elle permettrait pourtant d'en savoir plus sur le lien entre flux migratoires et évolution du nombre des bénéficiaires.

Ces considérations font apparaître un problème de fond, la difficulté d'établir la réalité des chiffres. La transparence manque sur le coût total des dépenses de santé pour les étrangers en situation irrégulière. Les dépenses d'AME ne couvrent en effet qu'une partie de la prise en charge de ces personnes par le système de santé. La réforme de l'AME doit s'inscrire dans un débat plus global, sur l'efficacité de la politique migratoire de la France d'une part, et sur l'importance des soins non facturables et des créances irrécouvrables par les hôpitaux au titre des soins apportés aux personnes étrangères en situation irrégulière inéligibles à l'AME, d'autre part.

La dotation allouée au financement du dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine, confiée à l'ONIAM, s'établit à 39,4 millions d'euros en 2020 contre 65,7 millions d'euros en 2019, ce qui représente une baisse de 40 % des crédits. Cette diminution reflète la forte sous-consommation des crédits prévus sur le dispositif depuis 2018, du fait d'un retard important dans sa mise en œuvre et de son utilisation par les victimes bien plus limitée qu'anticipée.

Mme Nathalie Elimas. La mission *Santé* revêt une importance particulière puisqu'elle met en œuvre les outils et les circuits de financement de la stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement. Elle s'inscrit dans la continuité du PLFSS adopté hier par notre assemblée.

Les crédits connaissent une baisse globale de près de 20 %, supportée entièrement par le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*. Cette baisse d'environ 300 millions d'euros est la conséquence du transfert du financement de l'ANSP et de l'ANSM de l'État vers la sécurité sociale.

Nous approuvons la hausse substantielle, de près de 40 %, des crédits consacrés à la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation. L'actualité récente nous a montré que ces risques se multiplient et que des moyens d'envergure sont nécessaires pour y faire face.

Le poste « modernisation et offre de soins » connaît également une amélioration notable et s'inscrit dans la droite ligne des mesures consacrées par le plan « Ma santé 2022 » et de la loi sur l'organisation et la transformation de notre système de santé, promulguée cet été.

Nous déplorons enfin la baisse de la dotation sur la prévention des maladies chroniques. En effet, les moyens alloués à cette action devraient croître au fil des ans, au même rythme que le développement alarmant de ces pathologies.

Nous notons avec satisfaction que le programme 204 est accompagné cette année d'un document de politique transversale apportant une visibilité sur l'ensemble des financements ministériels qui concourent à la politique de prévention en santé. Nous nous en félicitons d'autant plus que nous en sommes à l'origine ! Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés, par l'intermédiaire de Cyrille Isaac-Sibille, s'engage depuis le début de la législature sur la consolidation et le développement de la politique de prévention. Ce document témoigne de l'utilité des divers travaux et propositions parlementaires transpartisans conduits depuis deux ans.

Nous proposerons un amendement destiné à poursuivre cet effort de visibilité des moyens destinés à la prévention notamment par les collectivités territoriales et les organismes complémentaires d'assurance maladie. En effet, nous considérons que ce n'est qu'en disposant de chiffres précis et étayés dressant un état des lieux complet que notre pays pourra établir un pilotage efficient de la dépense consacrée à la prévention, mais aussi définir des trajectoires d'évolution à court et moyen termes.

Madame la ministre, nous connaissons votre intérêt pour la prévention, comme vous l'avez montré avec la stratégie « Ma santé 2022 », le plan priorité prévention ou encore le comité interministériel de la santé. Notre groupe est convaincu que la prévention n'est pas seulement l'affaire du secteur médical, d'un seul ministère ou de lois de finances. Dès lors, le passage de Santé publique France dans le giron de la sécurité sociale traduit-il un recentrage de la prévention, sous la seule égide du ministère de la santé ? Pouvez-vous nous assurer que la politique de prévention conservera une dimension large, au niveau de l'État ? Les crédits de l'action de pilotage de santé publique seront-ils suffisants pour répondre aux défis qui nous attendent ?

Je rappelle que le dispositif de l'AME répond à des objectifs humanitaires et de santé publique. S'il est légitime d'examiner ces dépenses de manière approfondie pour éviter tout risque d'abus, la remise en cause du principe de l'accès aux soins serait une erreur. L'impératif est de lutter contre la fraude et d'approfondir la politique d'immigration dans son ensemble, qui fait partie des préoccupations des Français. Le Premier ministre rendra des arbitrages d'ici à la mi-novembre.

Au-delà de ces points de vigilance, le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés votera les crédits de la mission *Santé* pour 2020.

Mme Gisèle Biémouret. Je tiens à saluer le travail de Caroline Fiat, qui redéfinit clairement ce qu'est la réalité de l'AME. Représentant entre 0,4 et 0,5 %

du total des dépenses de santé de notre pays, elle véhicule des idées fantasmatiques inversement proportionnelles à son poids.

Le Président de la République vient de dire qu'il refusait un discours simplificateur sur l'immigration. Pourtant, envisager un débat sur l'AME dans l'unique perspective de lutter contre les abus serait une faute grave.

Madame la ministre, si nous avons salué votre position contre la restriction de l'AME aux soins urgents, nous disons notre opposition à la mise en place d'un délai de carence de trois mois. Aucun gouvernement, aucun parti n'a jamais proposé une telle mesure. Vous semblez dire aujourd'hui que ce ne sera pas le cas ; nous conservons cependant quelques craintes devant les injonctions contradictoires du Gouvernement.

Rappelons certains chiffres : 41 % des bénéficiaires de l'AME sont âgés de moins de 30 ans ; la part des mineurs augmente fortement, l'âge moyen des consultations des centres de Médecins du monde s'élève à 10 ans et 9 mois ; 42 % des femmes enceintes ont un retard de suivi de grossesse, 92 % ne disposent d'aucun droit ouvert à la couverture maladie ; enfin, 50 % des bénéficiaires présentent un retard de recours aux soins selon les médecins et 40 % nécessitent des soins urgents ou assez urgents.

Imposer un délai de carence fragiliserait des personnes déjà très vulnérables, les précariserait encore davantage. Plus de la moitié des personnes dans les campements sont des demandeurs d'asile. Ce serait un non-sens en termes de santé individuelle et de santé publique. La convergence vers les urgences, déjà saturées, désorganiserait le système de santé.

Le groupe Socialiste et apparentés soutient au contraire l'intégration de l'AME à l'assurance maladie, demandée par les associations de terrain, le Défenseur des droits ou l'Académie nationale de médecine. Notre groupe est comme vous, il n'a ni totem, ni tabou mais il lui reste encore des principes et des valeurs !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La mission *Santé* a évidemment un périmètre limité, l'essentiel de nos politiques publiques en matière sanitaires relevant du PLFSS. Les moyens consacrés à la mission diminuent de 20 % en 2020, à hauteur de 1,14 milliard d'euros, principalement en raison du transfert au budget de la sécurité sociale du financement de deux agences, l'ANSM et l'ANSP.

Concernant l'AME, le groupe UDI, Agir et Indépendants est en faveur d'une approche conjuguant humanité et mesure, afin d'en maintenir l'efficacité. Il faut être vigilant pour que son coût ne devienne pas insupportable pour nos finances publiques. Il convient aussi de rappeler que la suppression du dispositif ne serait pas synonyme d'économies, puisque le coût de la prise en charge des personnes en situation irrégulière serait alors assumé par les services d'urgences, donc par les hôpitaux. Par ailleurs, en permettant à ses bénéficiaires un accès aux

soins de ville, l'AME permet une prise en charge en amont des pathologies, ce qui permet d'éviter les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence.

Le maintien au même niveau des crédits demandés pour 2019 et 2020, à hauteur de 934 millions d'euros, soulève cependant plusieurs questions. Est-ce réaliste, alors que le nombre de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter depuis la création de l'AME en 2003 ? Entre 2017 et 2018, selon les chiffres du projet annuel de performances pour 2020, 2 271 personnes supplémentaires ont bénéficié du dispositif. Dans ce contexte, il est prévu, parallèlement aux actions de lutte contre l'immigration irrégulière, d'accentuer les efforts sur la gestion des dispositifs et de renforcer les contrôles. Or le pourcentage de dossiers d'AME contrôlés a diminué entre 2018 et 2019 de 0,8 %, pour s'établir à 10 %. Est-il possible d'atteindre 12 % en 2020 ?

Pour améliorer la gestion de l'AME, un projet de centralisation de l'instruction des demandes sera mis en œuvre progressivement au cours du dernier trimestre 2019, au sein des caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille. Cette mutualisation devrait permettre des économies de gestion de l'ordre de 3,5 millions d'euros par an, grâce à la diminution du nombre des équivalents temps plein chargés de l'instruction des dossiers et à la centralisation de la fabrication des cartes sur le pôle de Cergy. Ce projet n'engendrera-t-il pas engendrer des coûts supplémentaires ?

Les crédits consacrés au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) n'évoluent pas entre 2018 et 2019 et restent stables, à 8 millions d'euros. Je note que le pourcentage de décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois n'a pas atteint son objectif de 90 % prévu en 2019 et s'est établi à 80 %. De même, la prévision pour 2020 n'est pas à la hauteur de la cible de 90 %. Le pourcentage des offres d'indemnisation du FIVA payées aux victimes dans le délai de deux mois passe de 92 à 95 % entre 2018 et 2019 mais se situe en dessous de la cible de 99 % prévue dans les projets de lois de finances pour 2019 et pour 2020. Pourriez-vous nous donner des précisions ?

Nous renouvelons notre interrogation sur la contribution de l'État aux ressources du FIVA, plafonnée à 8 millions d'euros depuis 2017, alors qu'elle était de 13,4 millions d'euros en 2016, soit une baisse de 40 %. Ce montant est insuffisant au regard des responsabilités assumées par l'État dans le scandale de l'amiante.

Le programme 204, consacré à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, a fait l'objet d'importantes mesures de périmètre, ce qui explique la majeure partie des baisses de crédits, à hauteur de 268 millions. Je tiens néanmoins à saluer les performances des campagnes antitabac, qui produisent tous leurs effets. Nous avons voté un amendement au projet de loi relatif à la bioéthique visant à lancer une campagne de prévention sur l'infertilité. Quelle suite y est-elle donnée ? Enfin, il me semble urgent d'agir, en matière de

prévention, sur la contraception des jeunes femmes, un sujet dont on parle très peu.

Enfin, je note que l'indicateur des délais de traitement des autorisations de mise sur le marché des médicaments a été supprimé, en raison du transfert de l'ANSM à l'assurance maladie en 2020. Il est important pour la France que l'objectif d'un délai de 500 jours soit maintenu. Il n'est pour l'instant pas atteint ; cela est significatif de la baisse d'attractivité de notre pays pour les industriels et représente une perte de chance pour les patients, que les dispositifs d'autorisation temporaire d'utilisation ne parviennent qu'imparfaitement à compenser.

Mme Jeanine Dubié. Je voudrais tout d'abord remercier Caroline Fiat pour son rapport étayé et approfondi, et pour les précisions qu'elle a apportées sur l'AME, sujet particulièrement clivant. Ce rapport permet d'objectiver la question et de couper court à certaines affirmations infondées.

Face à la diminution de 20 % des crédits alloués aux programmes de prévention et de protection maladie, je ne peux qu'exprimer la déception du groupe Libertés et Territoires. Cette baisse répond à la même logique que celle qui commande le PLFSS, les moyens sont insuffisants pour permettre au système de soins de relever les défis auxquels il est confronté.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 devait permettre de développer les mesures de prévention, afin de lutter contre les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Le groupe Libertés et Territoires aurait apprécié que ces mesures concernent en priorité les personnes les plus fragiles. Nous attendions surtout que ce budget pour 2020 traduise l'ambition affichée par le Gouvernement en matière de prévention. Or, en figeant les crédits dédiés aux actions *Santé des populations* et *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades*, le Gouvernement n'allie pas la parole aux actes et envoie de mauvais signaux en matière d'égalité d'accès aux soins. Ce sont pourtant ces ressources qui financent la sensibilisation des plus vulnérables, comme les migrants, les femmes victimes de violences, les détenus ou les personnes atteintes de pathologies lourdes.

Les moyens alloués au programme 204 doivent permettre de conduire des opérations conséquentes de prévention et de santé publique, pour une meilleure couverture vaccinale, contre le tabac ou pour la prévention des maladies neurodégénératives. Alors que de telles actions sont indispensables, le budget pour 2020 interroge sur la capacité réelle du Gouvernement à piloter une politique de santé ambitieuse en la matière.

Concernant les risques liés à l'environnement et à l'alimentation, nous saluons les 7 millions d'euros supplémentaires consacrés aux actions de prévention. Je note avec satisfaction que le plan chlอร์ดэcone 3 intensifie les actions de surveillance et de recherche. Mais ce budget montre que le Gouvernement a définitivement fermé la porte à une indemnisation de la

population antillaise. C'est regrettable, alors même qu'une commission d'enquête parlementaire sur ce sujet devrait bientôt rendre son rapport.

Le programme 183, qui porte notamment sur l'AME, souffre du même manque d'ambition budgétaire, puisque les crédits stagnent. Nous partageons l'objectif du Gouvernement, qui est d'accentuer ses efforts contre les fraudes, mais maintenir les crédits consacrés à l'AME au même niveau que l'an dernier – une première depuis 2013 – paraît insuffisant. Les débats que nous avons eus autour de l'AME, dans le cadre du débat sur l'immigration, ne doivent pas conduire à diminuer nos efforts pour soigner chacun, quel que soit son statut.

Rappelons que l'AME ne représente que 0,4 % de la consommation globale de soins et de biens médicaux et qu'une grande majorité des bénéficiaires n'y ont pas recours. Ce dispositif a été créé pour subvenir aux besoins de personnes en grande précarité, particulièrement exposées aux risques de santé en raison de leurs conditions de vie difficiles. Ne pas assurer un accès aux soins primaires à ces personnes qui cumulent les difficultés sanitaires et sociales conduirait la collectivité à devoir assumer des dépenses plus importantes, notamment hospitalières. Cette aide d'urgence doit être maintenue et préservée. Il ne fait aucun doute que sa suppression pure et simple aurait des conséquences sanitaires et financières graves pour l'ensemble de la population.

Madame la ministre, lors du débat sur la politique migratoire à l'Assemblée nationale, vous avez défendu avec fermeté le principe de solidarité, au cœur de l'AME, *« pour des raisons humanitaires et des impératifs de santé publique »*. Pourtant, il semble que votre position a évolué et notre groupe s'interroge sur les orientations prises par le Gouvernement à l'issue des recommandations de l'IGAS et de l'IGF – il est d'ailleurs regrettable de ne pas avoir reçu leurs conclusions avant l'examen de ce budget. Pourriez-vous nous éclairer à ce sujet ?

M. Adrien Quatennens. Je commencerai évidemment par saluer l'excellent travail de ma collègue Caroline Fiat. Alors que le contexte est grave, cet exercice budgétaire montre une nouvelle fois son caractère inadapté, puisqu'il s'agit de passer à travers le fameux tunnel des 3 % de déficit des sujets aussi importants que ceux qui se rapportent à la santé.

Faire des économies dans ce domaine ne répond pas aux enjeux politiques. Un simple regard porté sur la situation de l'hôpital public, les déserts médicaux, le taux de renonciation aux soins, les carences en matière de prévention, ou encore l'affaiblissement de l'État face aux industriels, comme l'a révélé le scandale de la Dépakine, montre qu'il faut des moyens supplémentaires !

Madame la ministre, vous avez répété que l'enjeu principal ne résidait pas dans l'allocation de moyens supplémentaires, mais dans une meilleure organisation, une restructuration, un redéploiement. Pourtant, dans les domaines que je viens d'évoquer, démonstration est faite que ce qu'il manque, ce sont des

moyens supplémentaires. Nous sommes certains que le pôle public du médicament, que nous appelons de nos vœux, serait tout à fait adapté aux enjeux du moment ; nous sommes certains qu'un modèle 100 % sécurité sociale, grâce auquel les assurés n'auraient pas à déboursier un seul euro pour se faire soigner, est non seulement finançable, mais adapté aux enjeux.

Je redis ici l'impérieuse nécessité, pour la représentation nationale, de connaître dans cette période de discussion budgétaire vos intentions en matière de déploiement de moyens nouveaux pour l'hôpital. Face à la colère des hospitaliers qui ne faiblit pas, vous avez répété que vous gardiez des éléments sous le coude, et que vous les proposeriez peut-être en novembre. Nous y sommes, et si vous avez des déclarations à faire ce soir, notre commission vous écouterait avec attention !

Le travail salubre mené par Caroline Fiat sur l'AME permet de désenfumer le sujet. L'AME honore la France ; elle ne représente pas cette charge considérable dénoncée par ceux qui demandent à la supprimer. Ceux-là feraient mieux de méditer sur les conséquences sanitaires d'une telle suppression : ne savent-ils pas que les microbes ne demandent pas leurs papiers à ceux qu'ils attaquent ? Non, la charge financière de l'AME n'est pas insurmontable pour un pays comme le nôtre : la France a un devoir d'humanité envers ceux qui se déplacent, qu'il s'agisse de les soigner ou de les accueillir.

J'observe qu'il existe un angle mort dans les débats sur l'immigration, qui devrait davantage retenir notre attention que le fameux appel d'air redouté de certains : il s'agit des raisons qui poussent les gens à quitter leur pays et à se déplacer, et à notre responsabilité. Car personne ne choisit de s'exiler sans souffrance, et personne ne compare les systèmes de soins avant de partir ! Cela sera encore plus vrai demain lorsque les conséquences du changement climatique pousseront des centaines de millions de personnes à se déplacer – croyez-moi, elles n'auront pas le temps de choisir leur destination, fût-elle dotée d'un dispositif tel que l'AME ! Notre part de responsabilité dans le changement climatique, dans les conflits, dans les accords commerciaux inégaux, et donc dans l'émigration, est un sujet bien plus important que celui de l'AME, et c'est un honneur pour moi que d'avoir pu l'évoquer au sein de cette commission.

Mme Geneviève Levy. La maladie de Lyme progresse en France et dans le monde. Nous assistons à une explosion de cas sur le territoire et désormais, 700 000 de nos compatriotes sont touchés. Cette augmentation, particulièrement fulgurante entre 2017 et 2018, est inquiétante. Pourtant, la maladie se propage dans le silence le plus total ; seuls résonnent les échos des polémiques sur les recommandations de bonne pratique publiées par la Haute Autorité de santé (HAS). Il faudrait agir et se donner les moyens d'agir. Cette action ne peut passer que par la recherche fondamentale, clinique et appliquée, pour améliorer les traitements. Quels sont les crédits que vous comptez consacrer à la lutte contre cette maladie ?

Mme Martine Wonner. Madame la rapporteure, je connais votre sensibilité à l'égard des plus vulnérables, et je vous remercie pour le travail que vous avez mené. Sans surprise, madame la ministre, ma question porte sur le programme 183. Les discussions que nous avons entamées avec vous vont se poursuivre dans les heures à venir. Les chiffres établissent que seuls 12 % des bénéficiaires de l'AME y ont recours. Rester à budget constant signifie que l'État anticipe – certains diraient même souhaite – que le taux de recours à l'AME diminue. Dans le cas contraire, et si le nombre de demandeurs devait augmenter, l'État choisirait de réduire le panier de soins.

Je sais à quel point nous pouvons vous faire confiance et combien vous êtes attachée à l'AME. Réduire l'accès au dispositif serait très clairement une erreur, tout comme le report erratique sur les permanences d'accès aux soins de santé. Quelle est votre vision, madame la ministre, de l'AME pour 2020 ?

Mme Isabelle Valentin. L'AME est caractérisée par une prévisibilité complexe de la dépense, qui se traduit par une budgétisation approximative. La réforme structurelle de ce dispositif semble indispensable pour assurer sa soutenabilité financière et l'acceptabilité par nos concitoyens. La difficulté d'établir la réalité des chiffres est le problème de fond. Il existe en effet un manque de transparence sur le coût total des dépenses de santé de ces personnes, qui ne sont couvertes qu'en partie par l'AME. Lors du débat sur la politique migratoire de la France et de l'Europe, vous avez expliqué, madame la ministre, qu'un accord préalable pourrait être requis pour certains soins non vitaux et qu'une réduction du panier de soins pourrait être envisagée. Avez-vous avancé sur ces pistes de réflexion ?

Mme Stéphanie Rist. Je voudrais revenir sur la diminution du périmètre du programme 204 en raison du transfert des financements des opérateurs principaux vers l'assurance maladie. Depuis 2012, il a perdu plus de 70 % de ses crédits. Ces transferts doivent nous interroger sur la pérennité du programme dans le PLF : ses crédits sont-ils voués à être intégralement transférés au PLFSS ? Y aurait-il un bénéfice à le faire, notamment au regard de nos débats parlementaires autour des enjeux de compensation entre l'État et la sécurité sociale ?

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, trois semaines après le débat sur l'immigration et alors qu'un rapport de l'IGF et de l'IGAS doit être publié prochainement, nous sommes tous dans l'attente d'une législation claire sur l'AME. Son évaluation constitue une première étape indispensable avant toute modification de ses principes – à ce sujet, vous avez vous-même évoqué plusieurs pistes telles que la réduction du panier de soins, les contrôles ou encore le panier de soins nécessaires –, mais ne permet pas de se saisir de l'ensemble du problème dans un contexte d'augmentation du nombre de bénéficiaires, comme cela a été rappelé.

Il est temps de réformer de manière structurelle le dispositif pour permettre une meilleure acceptabilité, à la fois sur le plan financier et pour nos

concitoyens. Il s'agit bien évidemment d'un sujet très sensible et, si nous devons accueillir avec respect les personnes malades, nous devons aussi prendre nos responsabilités. J'aimerais donc savoir quels sont vos nouvelles propositions et vos engagements, afin que nous puissions avancer sur ce sujet.

M. Thierry Michels. Madame la ministre, vous avez mis en évidence dans votre exposé l'importance de la prévention dans nos politiques publiques, qui constitue le meilleur investissement possible pour les fonds que l'État et la collectivité nationale mettent à notre disposition. Cette prévention doit se nourrir de l'innovation au plus proche du terrain, des besoins et des acteurs.

L'innovation des territoires, c'est l'enjeu du programme « Territoires d'innovation », ce dispositif d'investissement de 450 millions d'euros annoncé par le Premier ministre en septembre dernier. La ville et l'Eurométropole de Strasbourg ont été sélectionnées pour porter le projet « Strasbourg : territoire de santé de demain ». La subvention prévue par l'État est de 10,6 millions d'euros et le potentiel d'investissement par l'État de 25 millions d'euros.

Madame la ministre, votre ministère a-t-il prévu d'allouer des crédits au programme « Strasbourg : territoire de santé de demain » au travers des différents modes de financement du Grand plan d'investissement ? Comment la répartition des crédits va-t-elle s'opérer et quelle gouvernance votre ministère va-t-il mettre en place pour suivre la transformation de ce territoire et son ambition à un horizon de dix ans ? Comment est envisagée la diffusion des bonnes pratiques développées sur le territoire ? Enfin, de manière plus générale, quelle est votre vision de la place de l'innovation – je pense en particulier à l'intelligence artificielle, et à l'exploitation massive de données dans l'orientation des politiques publiques en matière de prévention ?

M. Gilles Lurton. Madame la ministre, j'ai trois questions à vous poser.

La première concerne la maladie de Lyme. Lundi après-midi, dans le cadre de l'examen des crédits du budget de la recherche en séance publique, nous avons défendu un amendement visant à augmenter les crédits pour la recherche sur cette maladie – qui, comme vous le savez, cause d'importantes souffrances à un grand nombre de personnes qui en sont atteintes –, mais cet amendement a été refusé par le Gouvernement, en la personne de votre collègue Mme Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. J'aimerais connaître votre position sur ce point.

Ma deuxième question porte sur le transfert des crédits de Santé publique France vers le PLFSS, un transfert qui fait naître quelques inquiétudes. Si la totalité des crédits est maintenue cette année, on peut se demander si ce sera encore le cas l'année prochaine : il ne faudrait pas que ce transfert pèse sur les politiques de prévention et, plus largement, sur l'ensemble des politiques développées par Santé publique France.

Enfin, la Cour des comptes, dont nous avons récemment reçu le Premier président ici même, vient de souligner dans son rapport une très forte diminution du nombre de donneurs d'organes. Pouvez-vous nous préciser quelles orientations vous souhaitez donner à la politique mise en œuvre en la matière ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Madame la ministre, la prévention constitue une préoccupation pour tous les groupes, et à cet égard chacun se félicite que la stratégie nationale de santé comporte un plan Priorité prévention. J'aurai trois questions à vous poser à ce sujet.

Premièrement, êtes-vous toujours favorable au « jaune » budgétaire adopté la semaine dernière en commission des finances, et à ce que les organismes complémentaires d'assurance maladie y soient intégrés au même titre que les dispositions relatives à la formation professionnelle pour les entreprises ?

Deuxièmement, en ce qui concerne les bénéficiaires de l'AME et la prévention, que pensez-vous de l'idée consistant à faire appel aux centres d'examens de santé pour proposer des bilans à la population concernée ?

Troisièmement, on peut craindre que le délai de carence de la PUMA rende impossible la prise en charge urgente des problèmes de santé mentale dont pourraient souffrir les demandeurs d'asile qui, comme on le sait, ont souvent été exposés à des traumatismes importants. Qu'en pensez-vous ?

Mme Émilie Bonnivard. Madame la ministre, au-delà du cadre de la mission *Santé*, je souhaite connaître votre position sur deux problématiques fondamentales de l'hôpital public, notamment dans les territoires ruraux et de montagne. En début de semaine, j'ai reçu les représentantes des professionnels de santé – infirmiers, aides-soignantes et agents des services hospitaliers – du centre hospitalier de Saint-Jean-de-Maurienne, qui forme un ensemble avec l'hôpital local de Modane et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'Aiguebelle, et j'ai également pu échanger avec la direction du centre. Ces rencontres m'inspirent deux questions fondamentales.

Premièrement, comment accepter le fait que les personnels concernés ne puissent ni récupérer leurs heures supplémentaires en raison de tensions dans les effectifs et de difficultés de recrutement, ni se les faire payer du fait de contraintes budgétaires ?

Deuxièmement, à l'heure où l'on sait que les hôpitaux peinent à recruter suffisamment d'aides-soignantes, ce métier souffrant d'un déficit d'attractivité, des mesures de revalorisation salariale sont-elles envisagées pour remédier à ce problème ?

Mme Delphine Bagarry. Madame la ministre, vous avez évoqué l'éventualité d'un amendement visant à ce qu'un délai de carence de trois mois de résidence s'applique aux personnes souhaitant bénéficier de la PUMA. Comment une telle disposition peut-elle être prise dans le cadre de la mission *Santé*, alors

que la PUMA relève du régime et du financement de la sécurité sociale ? Par ailleurs, s'il faut procéder à un alignement, pourquoi ne pas faire le choix du mieux-disant en n'imposant aucun délai de carence à personne ?

Mme la ministre. Je pense avoir répondu dans mon propos liminaire aux questions de Mme Fiat portant sur l'AME et sur la Dépakine. Pour ce qui est de la baisse des crédits de l'INCa, je rappelle qu'elle est extrêmement faible, puisqu'elle représente une variation de moins de 2 %. Les crédits, qui se sont élevés à 42,36 millions d'euros en 2018 et à 42,16 millions d'euros en 2019, seront de 41,27 millions en 2020. L'année 2020 sera celle de l'évaluation du Plan cancer, et le contrat d'objectifs et de performance de l'Institut pour 2015-2018 a été prolongé d'un an, le temps de procéder à cette évaluation du Plan cancer, afin que nous puissions proposer de nouvelles orientations pour l'avenir.

La diminution des crédits de 0,9 million d'euros s'obtient au moyen d'économies de fonctionnement de l'Institut, et j'ajoute que les crédits du programme 204 portant sur l'INCa ne représentent pas la totalité des budgets de l'Institut, dont la moitié du financement provient du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Les crédits de recherche sont partagés par moitié entre des crédits gérés par l'INCa – pour un montant d'une trentaine de millions d'euros, me semble-t-il, du moins était-ce le cas quand j'étais présidente de cette institution – et des crédits gérés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – c'est d'ailleurs dans le cadre de ce budget qu'ont été augmentés les crédits alloués à la recherche sur les cancers des enfants. Au total, les légers ajustements financiers auquel il est procédé ne mettent en péril ni le Plan cancer, ni les programmes de recherche, et j'espère vous avoir rassurée sur ce point.

Monsieur Delatte, vous m'avez interrogée sur l'efficacité de nos programmes d'accès aux soins pour les personnes étrangères, et sur les moyens d'améliorer l'aide médicale d'État et la PUMA. Comme vous, nous attendons les conclusions du rapport IGAS-IGF. Il n'y a aucune remise en cause des grands principes de l'AME. Comme je l'ai dit, il n'y aura pas de réduction du panier de soins, puisqu'il semble que le rapport IGAS-IGF ne le recommande pas – je n'ai pas encore pu prendre connaissance de ce document, mais c'est en tout cas ce qui ressort des premières discussions que nous avons eues avec les rapporteurs. Par ailleurs, le principe de la participation financière des pays bénéficiaires a été supprimé – j'avais déjà affirmé devant la représentation nationale que je ne retiendrais pas cette solution qui me paraît aboutir à restreindre l'accès à l'AME et à accroître en contrepartie le recours aux soins urgents, ce qui représente un simple report des dépenses sur l'hôpital public s'accompagnant d'un report de nombreux bénéficiaires de l'AME vers des services d'urgence déjà saturés.

Je suis convaincue que pour améliorer l'acceptabilité du dispositif, nous avons la responsabilité de lutter contre les fraudes et que, si ces fraudes représentent une faible proportion des demandes lorsqu'on cherche à en évaluer l'ampleur, c'est que le dispositif actuel se prête davantage à des pratiques qui en

constituent un dévoiement qu'à de véritables fraudes. Ce dévoiement n'est pas le fait des migrants de la porte de la Chapelle ni, plus généralement, des personnes qui fuient leur pays ou des immigrés venant d'Afrique, mais de personnes pratiquant ce qu'on appelle le tourisme médical. Connaissant parfaitement le dispositif légal, elles entrent en France en étant munies de visas touristiques, et accèdent ensuite à l'AME en prétendant ne pas avoir de papiers et être hébergées sur le territoire depuis plus de trois mois. Quand on regarde les dossiers de ces personnes, on constate qu'ils répondent aux conditions requises pour accéder à l'AME : légalement, il ne s'agit donc pas de fraudes, mais d'un dévoiement. Je souhaite lutter contre ce phénomène qui, s'il est difficile à évaluer, nuit considérablement à la crédibilité d'un dispositif indispensable pour les personnes vulnérables.

Il existe un autre problème, celui de l'accès à la PUMA par des demandeurs d'asile provenant de pays dits sûrs. C'est précisément ce type de cas qui est aujourd'hui à l'origine d'une hausse du nombre de demandes : nous constatons une énorme augmentation des demandes d'asile provenant de Géorgie et d'Albanie, notamment, qui sont *a priori* des pays sûrs. On peut se demander s'il n'y a pas, là aussi, un dévoiement du dispositif d'accès à la PUMA par des personnes qui viennent en France dans le but spécifique de se faire soigner. Afin d'y remédier, nous avons donc envisagé un délai de carence de trois mois, et attendons les conclusions du rapport IGAS-IGF pour nous prononcer définitivement.

J'estime que, parallèlement aux dispositifs visant à limiter les abus, nous devons faire en sorte que les personnes ayant vraiment besoin de l'AME, et qui y recourent très peu, puissent avoir réellement accès aux soins. Je rappelle qu'aujourd'hui, seulement 12 % des personnes présentes en situation irrégulière en France depuis moins d'un an ont recours à l'AME, ce qui montre bien que la plupart des personnes arrivant sur notre territoire connaissent mal le dispositif et ne demandent pas l'accès à l'AME. Il y a donc un enjeu en termes d'amélioration de l'accès aux soins pour ces personnes migrantes – je pense notamment aux migrants de la porte de la Chapelle, qui demandent rarement à bénéficier de l'AME.

Nous devons améliorer l'accès aux soins sur la question du psychotrauma, et pour cela nous augmentons les subventions aux associations spécialisées pour les troubles psychiques, et renforçons les équipes mobiles de psychiatrie de précarité, qui ont développé des partenariats avec les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile.

Toujours au sujet de l'AME, vous estimez, madame Corneloup, que limiter la fraude est insuffisant, que l'on ne dispose pas de données suffisantes sur la réalité des flux et qu'il y a un manque de transparence sur la réalité des dépenses. On ne peut pas dire qu'il y ait un manque de transparence, puisqu'il se trouve que la France est, à ma connaissance, le seul pays européen à être doté d'un dispositif spécifiquement destiné aux étrangers malades, ce qui permet d'avoir une visibilité sur les dépenses. La France est le seul pays à avoir une AME dont les

dépenses ne sont pas intégrées à celles de l'assurance maladie, ce qui fait que ces dépenses sont tout à fait transparentes, et votées par le Parlement. Les autres pays ont, eux, beaucoup de difficultés à savoir ce qu'ils dépensent réellement pour les étrangers malades.

Cela dit, nous devons chercher à améliorer notre visibilité en termes de consommation de soins de chaque bénéficiaire, afin de disposer d'une meilleure traçabilité par rapport au coût global. Nous travaillons également à rendre plus lisible l'estimation des dépenses de soins pour les demandeurs d'asile – qui ont accès à la PUMA, et non à l'AME –, car des progrès restent à accomplir pour améliorer la traçabilité dans ce domaine. Enfin, nous souhaitons également lancer des travaux en vue d'améliorer le recouvrement des dettes hospitalières.

Je vais maintenant répondre de façon globale à Mme Fiat, Mme Corneloup, M. Delatte, Mme Firmin Le Bodo et M. Quatennens, qui m'ont tous interrogée sur la capacité de pilotage par l'État et le transfert du financement des agences à l'assurance maladie. Si nous transférons le financement de ces agences, c'est d'abord parce qu'elles sont pilotées de façon disparate – parfois au sein du budget de l'État, parfois dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Qu'il s'agisse de la pharmacovigilance ou de la prévention dans le champ de la santé publique, toutes ces agences sont en réalité étroitement liées aux négociations conventionnelles sur les médicaments ou aux politiques de prévention non institutionnelles, conduites notamment par les professionnels de santé eux-mêmes. C'est pourquoi, depuis quelques années, on centralise le financement de la totalité des agences au sein du sixième sous-objectif de l'ONDAM. Cela n'est en rien un renoncement au pilotage étatique : il s'agit d'un simple transfert de budget. Le Parlement vote aussi bien l'ONDAM que les crédits ministériels, et la ministre de la santé arbitre aussi bien sur la construction de l'ONDAM – donc le sixième sous-objectif – que sur son budget.

La nature d'établissement public de l'État n'est donc en rien remise en cause pour ces agences : au contraire, l'un des objectifs poursuivis par le transfert du financement des agences est de pouvoir disposer d'une vision unifiée des politiques de santé, grâce à un débat éclairé sur le PLFSS – sur ce point, les choses vont se trouver simplifiées, car nous avons aujourd'hui un débat morcelé entre le PLFSS et le PLF.

La réalisation d'un document de politique transversale est une première étape et la deuxième pourrait consister en l'établissement d'un jaune budgétaire, mais à l'heure actuelle c'est surtout la fusion avec l'annexe 7 du PLFSS qui continue de manquer à nos débats, alors qu'elle représente d'ores et déjà 200 milliards d'euros de dépenses de santé ; une annexe commune pourrait même être envisagée – c'est en tout cas un objectif partagé par le Gouvernement.

La question de l'avenir du programme 204 se posera évidemment l'année prochaine, et il est tout à fait envisageable que les actions qui y demeureront rejoignent à terme le programme 183. En l'état actuel des choses, aucune

hypothèse n'est écartée et ce point fera l'objet de travaux cet hiver. Enfin, la compensation est faite à la sécurité sociale et le pilotage unifié dans l'ONDAM est plus simple, moins rigide, et vise à être plus global et plus intelligent.

Madame Biémouret, vous proposez l'intégration de l'AME dans la PUMA. Nous ne pensons pas que l'amélioration de la prise en charge des ressortissants étrangers en situation irrégulière passe par l'intégration des bénéficiaires de l'AME à l'assurance maladie. Premièrement, cela pose des questions de principe : l'assurance maladie est aujourd'hui une assurance couvrant un risque et financée en très grande partie par les cotisations des salariés, alors que, du fait de leur situation irrégulière, les personnes actuellement couvertes par l'AME n'ont pas vocation à s'inscrire dans le système contributif de l'assurance maladie. Cela ne manquerait pas d'augmenter les fantasmes et les crispations sur ces sujets, tout en marquant le désengagement de l'État sur le champ de la solidarité : au total, ce serait un mauvais signal relatif à la prise en charge sur notre territoire des étrangers en situation irrégulière.

Vous avez évoqué le fait que le délai de carence de trois mois pour l'AME n'est pas supportable. Or c'est pour la PUMA et les demandeurs d'asile que la question de ce délai se pose. L'AME est déjà assortie d'une condition de trois mois de résidence sur le territoire : on ne change donc rien au délai pour l'AME. Je me permets de vous rappeler que le parti socialiste n'est pas le seul à avoir des principes et des valeurs, madame Biémouret...

Je pense vous avoir déjà répondu au sujet du pilotage, madame Elimas. Comme vous l'avez compris, notre objectif est avant tout de lutter contre la fraude et le dévoiement – une pratique qui, au regard des dossiers examinés, n'est pas toujours une fraude à proprement parler, mais justifie cependant que nous cherchions à lutter contre afin de préserver la pérennité du dispositif.

Madame Firmin Le Bodo, vous avez évoqué la question des contrôles. À l'heure actuelle, les contrôles sur l'AME portent sur 10 % des dossiers, un chiffre que nous espérons porter à 12 % en 2020 grâce à la centralisation des dossiers dans les trois caisses, qui permettra aussi une bien meilleure visibilité des établissements, qui ont une activité particulièrement élevée en termes d'AME.

Vous m'avez également interrogée au sujet du FIVA. Il est tenu de faire une offre dans un délai de six mois à compter de la réception de la demande d'indemnisation ; or le délai moyen de présentation en 2019, toutes décisions confondues, satisfait ce délai légal, puisqu'il est en moyenne de trois mois et deux semaines sur l'ensemble des dossiers. Nous ne pensons donc pas qu'il soit utile de modifier aujourd'hui quoi que ce soit au FIVA.

Pour ce qui est de la campagne sur l'infertilité, je dirai qu'il faut que nous la construisions, et pour cela commencer par rassembler les compétences pour savoir comment la mener – car elle n'était pas dans les tiroirs au moment où nous avons débattu de la loi de bioéthique.

Madame Valentin, vous m'avez interrogée sur la soutenabilité de l'AME. Les dépenses pour les bénéficiaires de l'AME à l'échelon individuel augmentent de 0,5 % par an, contre 1,6 % par an pour la PUMA : l'augmentation des dépenses de santé des bénéficiaires de l'AME est beaucoup moins importante que la moyenne de l'augmentation des dépenses de santé pour les bénéficiaires de la PUMA, ce qui montre bien que la population concernée ne surutilise pas le dispositif de l'AME, bien au contraire. Les nouveaux bénéficiaires de l'AME étaient 140 000 en 2018, un chiffre stable depuis trois ans, ce qui nous permet de compter non seulement sur la stabilité, mais sur la diminution qui devrait résulter de la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'immigration irrégulière.

Monsieur Quatennens m'avait interrogée sur l'hôpital, mais il est parti, ce qui me dispense de lui répondre...

Madame Levy, je veux vous dire que le ministère de la santé porte une attention particulière à la maladie de Lyme. Comme vous le savez, nous avons saisi la HAS afin de pouvoir émettre des recommandations sur cette maladie. Cinq centres de référence pour la prise en charge des maladies vectorielles à tiques sont prévus dans le plan national : il s'agit du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand et Saint-Étienne, du CHU de Marseille, du CHU de Rennes, du CHU de Strasbourg et du groupement hospitalier du territoire de Villeneuve-Saint-Georges. Ces centres sont associés à la réflexion et aux travaux d'actualisation des recommandations par la HAS. L'urgence pour nous est de mettre fin à l'errance diagnostique et à la souffrance des patients : pour cela, un travail est actuellement mené sur la prise en charge des patients en ville comme en milieu hospitalier, avec un renforcement des actions de prévention, des supports d'informations, des applications et des précautions à l'intention des randonneurs. Cet ensemble de mesures constitue un plan pour la maladie de Lyme.

Madame Wonner, je crois vous avoir répondu sur le non-recours à l'AME, et je vous confirme notre intention de travailler en direction des populations vulnérables.

Je vous ai également répondu, madame Rist, sur le transfert des financements des opérateurs principaux vers l'assurance maladie.

Monsieur Perrut, vous m'avez demandé quels engagements je compte prendre au sujet de l'AME et la PUMA : j'attends évidemment de prendre connaissance du rapport de l'IGAS et de l'IGF, même si les propositions qu'il contient n'engagent pas le Gouvernement, avant de me prononcer sur l'évolution de ces deux dispositifs.

Pour ce qui est des financements prévus pour les territoires de santé, monsieur Michels, ce sont là des sujets pilotés par Jacqueline Gourault, puisque ce sont des crédits du ministère de la cohésion des territoires – étant précisé que le ministère de la santé porte un regard sur tout ce qui entre dans le champ de la santé.

Pour ce qui est de la place de l'innovation et de l'intelligence artificielle dans le champ de la santé, nous sommes extrêmement mobilisés, puisque ces questions ont été au centre des débats sur le projet de loi relatif à la bioéthique – notamment quand il s'est agi de la création du *health data hub* et de son pilotage –, mais aussi dans le cadre de l'examen du PLFSS 2019 et de la présentation de la stratégie Ma santé 2022. Le *health data hub*, qui est en train de se constituer et dont je pense annoncer la mise en route courant novembre, va rendre possible la centralisation des données de santé anonymisées avec un très haut degré de sécurisation, de nature à empêcher de remonter vers les individus en partant des données et permettre à la France d'être extrêmement compétitive dans le champ de l'intelligence artificielle en santé.

Monsieur Lurton, je vous ai répondu sur la maladie de Lyme. Pour ce qui est du don d'organes, comme vous le savez, la loi relative à la bioéthique de 2011 a autorisé le don croisé entre paires de donneurs et de receveurs, de façon à compenser la baisse du nombre de donneurs d'organes. Dans une certaine mesure, il faut se réjouir de ce constat, puisqu'il résulte de la diminution de la mortalité précoce de nos concitoyens, notamment de la mortalité routière. Cependant, nous devons mieux informer les Français sur le principe selon lequel chacun est un donneur d'organes dès lors qu'il n'a pas fait part de son vivant de son opposition au don.

Madame Bagarry, vous me demandez comment un délai de carence pour la PUMA pourrait être inscrit dans le PLF. En fait, si nous introduisons un délai de carence pour la PUMA, nous sommes obligés de permettre l'accès aux soins urgents, c'est pourquoi cela peut se faire dans le PLF comme dans le PLFSS – nous devons réfléchir pour déterminer quel est le meilleur levier à activer.

Par ailleurs, vous suggérez de supprimer le délai de carence pour tous les assurés. Aujourd'hui, le dispositif nécessite que le bénéficiaire soit résident en France de manière stable et régulière, et le fait de l'accorder dès le premier jour à toutes les personnes qui arrivent sur le territoire lui ferait perdre sa qualité consistant à rendre accessible l'accès aux soins pour les personnes résidant de façon stable et régulière sur notre territoire : le délai de carence, qui vient concrétiser ce critère de stabilité et de résidence, doit donc être maintenu.

Modifier les conditions d'application du délai de carence constituerait une mesure réglementaire et ne nécessiterait donc pas une inscription dans le PLFSS – à l'inverse, les soins urgents devraient figurer en PLF : nous inscririons donc l'accès aux soins urgents pendant trois mois pour les demandeurs d'asile dans le PLF.

Pour ce qui est du non-paiement des heures supplémentaires que vous avez évoqué, madame Bonnivard, je ne suis malheureusement pas en mesure de répondre à cette question portant sur une situation particulière, n'ayant pas pris part aux discussions dont vous faites état. Tout ce que je peux dire, c'est que les personnels de santé sont très bien couverts lorsqu'ils font des heures supplémentaires – ils ont notamment la possibilité d'implémenter leur compte

épargne-temps –, mais je suis disposée à examiner de manière plus approfondie la situation à laquelle vous faites référence.

Pour ce qui est des aides-soignantes, Mme El Khomri m'a rendu hier son rapport sur l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie. J'ai annoncé que je lançais une conférence sociale sur ces métiers, à laquelle seront associés les partenaires sociaux, mais aussi les départements, qui sont responsables des financements des aides à domicile. Cette conférence sociale, qui aura lieu d'ici à la fin de l'année, donnera lieu à des discussions sur la revalorisation des parcours et des carrières, mais aussi sur la revalorisation financière, comme je m'y suis engagée hier.

II. EXAMEN DES CRÉDITS ET DES ARTICLES RATTACHÉS

Puis la commission examine, pour avis, les crédits de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2020.

*Suivant l'avis **favorable** de la rapporteure pour avis, la commission émet un avis **favorable à l'adoption** des crédits de la mission Santé.*

La commission se saisit ensuite des amendements portant articles additionnels rattachés à la mission Santé.

Après l'article 78

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS8 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, AS18 de M. Jean-Carles Grelier, AS24 de M. Paul Christophe, AS33 de M. Cyrille Isaac-Sibille, ainsi que les amendements identiques AS9 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, AS17 de M. Jean-Carles Grelier, AS23 de M. Paul Christophe et AS32 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'amendement AS8 vise à créer un « jaune » budgétaire dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

En effet, le plan de prévention présenté en mars 2018 marque un tournant avec une approche transversale essentielle à l'ensemble des politiques gouvernementales. Il s'agit là d'une action ambitieuse qui mérite d'être clarifiée en mettant en cohérence les différents types de financements de la politique de prévention.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pointe d'ailleurs une dispersion de l'organisation et des financements de la prévention. La création de ce « jaune » budgétaire retracera ainsi les financements de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités locales et des organismes complémentaires afin d'étayer la programmation financière et d'apprécier les moyens d'intervention pluriannuels mobilisables. Il complètera le « jaune » relatif aux dépenses de l'État.

J'ajoute que le contrôle du Parlement en sera facilité.

L'amendement de repli AS9 s'explique quant à lui par l'objection soulevée en commission des finances concernant les organismes complémentaires d'assurance maladie, dont les dépenses ne sont pas considérées comme publiques bien que ces derniers concourent à une politique publique. Je l'ai dit tout à l'heure à Mme la ministre : dans le registre de la formation professionnelle, la contribution des entreprises est bien intégrée au « jaune » budgétaire et il est donc tout à fait possible de le faire pour les organismes complémentaires, dont le rôle est très important dans la politique de prévention.

J'espère donc que la commission adoptera le premier amendement que j'ai défendu.

M. Alain Ramadier. Les amendements AS18 et AS17 sont défendus.

M. Paul Christophe. Comme mon collègue Francis Vercamer, je ne manque jamais de vous interpellier quant à certaines disparités territoriales. Il me semble qu'un parallèle peut être fait avec la politique de prévention. L'adoption de l'amendement identique AS24 serait très utile car nous pourrions ainsi disposer d'une vision globale des politiques de prévention à l'échelle de l'ensemble des acteurs de santé, nous pourrions également éviter les doublons ainsi que la perte d'efficacité induite et mieux cibler les efforts, en adéquation avec les besoins territoriaux.

M. Brahim Hammouche. Il s'agit par l'amendement IIAS-33 de disposer d'une vision plus transversale et globale des actions menées grâce à un « jaune » budgétaire consacré à la politique de prévention en santé et visant à évaluer l'ensemble des financements dévolus à cette politique, qu'elle soit le fait de l'État, de la sécurité sociale, des collectivités territoriales ou des complémentaires de santé. Une telle annexe récapitulerait l'ensemble des moyens consacrés à la politique de prévention et de la promotion de la santé en associant donc les organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'amendement de repli AS32 se réfère quant à lui à la politique de l'État, de la sécurité sociale et des collectivités territoriales mais sa philosophie est identique : il s'agit, à partir de la loi de finances, de rendre plus lisibles les politiques de prévention et de promotion de la santé.

Mme la rapporteure pour avis. Je partage l'objectif de ces différents amendements afin que la représentation nationale soit mieux informée grâce à un document retraçant l'ensemble des financements de la prévention, bien au-delà des seuls financements de l'État qui nous sont présentés cette année pour la première fois dans le document de politique transversale. Cela me semble tout à fait positif.

Néanmoins, autant il me semble a priori relativement aisé pour le Gouvernement de compiler l'information disponible pour nous présenter les financements publics – ceux de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales – autant il me paraît plus difficile de réunir celle relative aux financements émanant de ces organismes privés que sont les organismes complémentaires.

C'est pourquoi, entre ces deux séries d'amendements, je suis plutôt favorable aux amendements de repli qui centrent la demande sur les financements de l'État, des organismes de sécurité sociale et des collectivités territoriales. Avis de sagesse s'agissant de la première série.

M. Marc Delatte. Ces amendements demandent un « jaune » budgétaire sur la politique de prévention sanitaire, document rassemblant l'ensemble des

moyens consacrés à la politique de prévention et de promotion de la santé de l'État mais, également, de la sécurité sociale, des collectivités territoriales et des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Un amendement de notre collègue Marie Tamarelle-Verhaeghe demandant la publication d'un « orange » budgétaire sur la politique de prévention sanitaire a déjà été adopté l'an dernier. Ce dernier rassemble l'ensemble des crédits de l'État relatifs à cette politique et a été publié cette année. La publication de ce rapport conforte l'ambition du virage préventif suivi par la ministre et la majorité et sans doute pourrait-on penser dans un premier temps à la création d'une annexe commune aux PLF et PLFSS sur la politique de prévention, comme l'a suggéré Mme la ministre.

Pour autant, le groupe La République en Marche est globalement favorable à l'ensemble de la première série d'amendements identiques.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Mme la rapporteure pour avis a fait état de quelques craintes s'agissant de la possibilité d'intégrer les financements des organismes complémentaires. Or c'est tout à fait possible, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques le fait déjà, en effet. Elle dispose donc d'un certain nombre d'informations pouvant être communiquées. Un accès à ces données me paraît tout à fait pertinent.

*La commission **adopte** les amendements identiques AS8, AS18, AS24 et AS33.*

En conséquence, les amendements identiques AS9, AS1, AS23 et AS32 tombent.

La commission est saisie de l'amendement AS34 de M. Philippe Berta.

M. Brahim Hammouche. Nous proposons que dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des centres de référence maladies rares, lesquels font état de difficultés persistantes dans leur perception depuis le processus de labellisation de 2017.

Les maladies rares concernent 3 millions de personnes en France, dont 75 % d'enfants atteints de l'une des 7 000 pathologies rares qui sont à 80 % d'origine génétique. Grâce aux trois plans nationaux maladies rares successifs, la France est pionnière dans l'organisation de la recherche et du traitement de ces pathologies qui repose sur 23 filières, 387 centres de référence et plus de 1 800 centres de compétence.

Pour mener à bien leurs missions, des moyens dédiés sont alloués aux centres de référence. Or des manquements dans le versement de ces crédits par les structures hospitalières qui les hébergent sont régulièrement dénoncés. Cet

amendement vise donc à dresser un état des lieux du financement – et de son évolution – de ce maillon essentiel pour la prise en charge des maladies rares.

Mme la rapporteure pour avis. La question soulevée par cet amendement est très importante. Notre pays se situe en effet à la pointe de la recherche sur les maladies rares. Le troisième plan national maladies rares, dont les ambitions sont importantes, a été lancé l'an dernier pour la période allant jusqu'à 2022. Dans une optique de prévention, il convient de saluer l'élargissement du périmètre néonatal, qui fait l'objet d'un financement spécifique pour le dépistage de nouvelles maladies. Cela étant, les informations dont nous disposons sont assez succinctes et je suis donc favorable à votre demande de rapport.

M. Marc Delatte. La France a pris de l'avance sur les autres pays dans la prise en charge des maladies rares grâce aux différents plans que nous avons lancés. La ministre de la santé a engagé en 2018 le troisième plan national maladies rares et toutes les structures de prise en charge ont été labellisées.

Le financement accordé dans le cadre du plan national et le label permettent de coordonner la recherche, de mener des expertises, de lancer des recours, mais une large partie de l'activité de ces centres est financée par les soins. Si des efforts restent à faire, il n'en demeure pas moins que les crédits sont ventilés entre ces centres en toute transparence.

Votre amendement est donc satisfait. En tout cas, le groupe La République en Marche y est défavorable.

M. Brahim Hammouche. Je le retire d'autant moins qu'il a été rédigé par le professeur Berta, qui est un professionnel reconnu dans ce domaine. La vigilance dont il fait montre s'explique probablement par les difficultés rencontrées quotidiennement. Je le maintiens donc en espérant en la sagesse de notre assemblée afin qu'il soit adopté.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS69 de la rapporteure pour avis.

Mme la rapporteure pour avis. Cet amendement proposé par Médecins du monde est nourri des observations de France Assos Santé, de nombre d'associations ainsi que du Défenseur des droits. Il s'agit d'intégrer les bénéficiaires de l'AME au régime général de la sécurité sociale. Un rapport doit permettre de clarifier la situation.

M. Marc Delatte. Cet amendement vise donc à ce qu'un rapport soit remis concernant l'intégration de l'AME au régime général d'assurance maladie. Or nous ne sommes pas favorables à une telle mesure.

En effet, les deux dispositifs relèvent de deux logiques complètement différentes. L'AME, à laquelle nous sommes attachés, vise à soigner des personnes qui vivent sur notre territoire en situation irrégulière, qui sont très vulnérables et qui, à ce titre, relèvent de l'action sociale et humanitaire financée par l'État. Notre système de sécurité sociale est en revanche fondé sur des contributions obligatoires des assurés dont la contrepartie permet une couverture universelle face aux aléas de la vie.

Par ailleurs, une telle intégration comporterait de lourdes implications, notamment, financières, et l'on peut craindre que l'évolution suggérée n'aboutisse à l'effet inverse de celui escompté en alimentant le déficit de l'assurance maladie et en aggravant les difficultés financières de notre système de sécurité sociale.

Nous sommes donc défavorables à cet amendement.

Mme Jeanine Dubié. C'est un sujet important qui méritera réflexion.

Il existe en effet différents dispositifs pour des personnes en situation de précarité – CMU, CMU complémentaire, AME... – et le Gouvernement est par ailleurs animé par une ambition de simplification. Nous ne ferons donc pas l'économie d'une réflexion sur la couverture sociale de l'accès aux soins pour la population dans sa globalité.

M. Brahim Hammouche. La demande d'un rapport sur une situation qui est aujourd'hui très confuse et parfois même illisible me semble très intéressante, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'un rapport parlementaire. Le tiers que nous sommes apporterait un éclairage indépendant et autonome par rapport à telle ou telle orientation, ce qui permettrait de nourrir un débat serein et positif afin de disposer des chiffres et de connaître les expériences quotidiennes qui, parfois, nous échappent, ce qui nous entraînent parfois à mêler les termes et les actions. Pour ne pas ajouter de la misère à la précarité, il importe de regarder celle-ci en face et de l'évaluer. C'est aussi notre rôle de parlementaires de faire ce travail de terrain.

Mme la rapporteure pour avis. M. Delatte et moi-même avons des appréciations différentes et un rapport permettrait, précisément, de répondre à nos interrogations respectives. *In fine*, nous pourrions peut-être nous retrouver. Je rappelle que les représentants de toutes les associations que nous avons rencontrés et le Défenseur des droits nous ont fait part de cette demande qui, vous le voyez, n'a rien de partisan, de « pro-France insoumise ». Un rapport serait donc en l'occurrence très important pour apporter des réponses concrètes au lieu de raisonner à partir d'opinions subjectives.

La commission rejette l'amendement.

**ANNEXE 1 :
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEUSE
POUR AVIS**

(par ordre chronologique)

- **Médecins du Monde** (*) – **Mme Delphine Fanget**, référente technique et plaidoyer sur l'accès aux droits et aux soins, et **Dr. Patrick Bouffard**, membre du Conseil d'administration, secrétaire général adjoint, référent pour les projets en France
- **Association d'aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsivant (APESAC)** – **Mme Marine Martin**, présidente
- **Sanofi** (*) – **M. Guillaume Leroy**, président de Sanofi France, **M. Nadjib Rebah**, directeur Médical France, et **M. Jean-Yves Moreau**, directeur des relations institutionnelles
- **Direction générale de la santé** – **Mme Véronique Deffrasnes**, cheffe de service, **M. Frédéric Seval**, chef de la division Droits des usagers, Affaires juridiques et éthiques, **Mme Sarah Damartin**, juriste à la division Droits des usagers, Affaires juridiques et éthiques, **M. Frédéric Dittenit**, adjoint à la cheffe du bureau médicament, **M. Jérôme Baron**, chef de la division Ressources, **Mme Véronique Suisse**, cheffe du bureau Budget, **M. Grégoire Rullier**, adjoint à la cheffe du bureau Budget, et **Mme Chloé Socha**, stagiaire au bureau Budget
- **France Assos Santé** – **M. Marc Morel**, directeur, **Mme Féréuze Aziza**, chargée de mission assurance maladie, et **Mme Marianick Lambert**, membre
- **Samu social** – **M. Eric Pliez**, président, et **Mme Christine Laconde**, directrice générale
- **M. Jacques Toubon**, Défenseur des droits, **Mme Anne du Quellenec**, cheffe du pôle droits fondamentaux des étrangers, et **Mme France de Saint-Martin**, attachée parlementaire
- **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** – **M. Dominique Martin**, directeur général, **Mme Carole Le Saulnier**, directrice des affaires juridiques et réglementaires, et **Mme Rosemary Dray-Spira**, cheffe de pôle épidémiologie

- **Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)** – **Mme Claire Compagnon**, présidente du conseil d'administration, **M. Sebastien Leloup**, directeur général, et **Mme Aude de Martin de Viviers**, directrice adjointe
- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **Mme Mathilde Lignot-Leloup**, directrice, **Mme Julie Pougheon**, adjointe au sous-directeur à l'accès aux soins prestations familiales et accidents du travail, et **Mme Anna Gomez-Colombani**, adjointe de la cheffe de bureau « synthèse financière » à la sous-direction financement de la sécurité sociale
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – **M. Jérôme Voiturier**, directeur général, **Mme Laurie Fradin**, conseillère technique santé/ESMS, et **Mme Danièle Jourdain Menninger**, présidente de la commission Santé
- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)** – **M. Paul Dourgnon**, directeur de recherche, et **M. Jérôme Wittwer**, professeur à l'université de Bordeaux
- **M. Axel Essid**, inspecteur général des affaires sociales, co-auteur du rapport *Enquête relative aux spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium*
- **Mme Véronique Prudhomme**, auteure du livre *La Vérité sur l'AME*

^(*) Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.

ANNEXE 2 : ÉVOLUTION DES CRÉDITS DES PROGRAMMES CONCOURANT À LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Numéro et intitulé du programme ou du PSR ou de l'action	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
P204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	114 746 151	115 161 963	125 853 726	125 463 064	52 854 038	53 054 038
P204-11 Pilotage de la politique de santé publique	68 667 918	68 667 790	77 022 917	76 842 178	5 650 000	5 850 000
P204-12 Santé des populations	895 203	895 203	768 500	768 500	1 010 000	1 010 000
P204-14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	26 566 946	26 778 323	29 086 213	28 859 719	27 851 000	27 851 000
P204-15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	17 840 437	17 913 264	18 118 574	18 083 574	17 485 038	17 485 038
P204-16 Veille et sécurité sanitaire	727 647	823 030	809 522	728 593	810 000	810 000
P204-17 Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	48 000	84 353	48 000	180 500	48 000	48 000
P124 Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative	16 609 579	16 609 579	16 177 730	16 177 730	15 773 287	15 773 287
P124-18 Personnels mettant en oeuvre les politiques sociales et de la santé	16 609 579	16 609 579	16 177 730	16 177 730	15 773 287	15 773 287
P137 Égalité entre les femmes et les hommes	2 904 841	29 804 841	3 150 169	3 150 169	3 043 502	3 043 502
P137-21 Politiques publiques - Accès au droit	2 904 841	29 804 841	3 150 169	3 150 169	3 043 502	3 043 502
P304 Inclusion sociale et protection des personnes	10 153 872	9 854 311	12 311 713	12 311 713	18 890 514	18 890 514
P304-14 Aide alimentaire	10 153 872	9 854 311	10 311 713	10 311 713	14 890 514	14 890 514
P304-19 Stratégie interministérielle de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté des Enfants et des Jeunes			2 000 000	2 000 000	4 000 000	4 000 000
P178 Préparation et emploi des forces	9 294 936	9 193 834	10 919 982	10 809 796	11 377 435	11 337 995
P178-02 Préparation des forces terrestres	1 689 000	1 689 000	2 869 000	2 869 000	2 900 000	2 900 000
P178-03 Préparation des forces navales	370 000	370 000	406 000	406 000	406 000	406 000
P178-04 Préparation des forces aériennes	56 588	56 485	76 842	54 542	57 072	57 072
P178-05 Logistique et soutien interarmées	7 179 348	7 078 349	7 568 140	7 480 254	8 014 363	7 974 923
P212 Soutien de la politique de la défense	107 454 186	107 454 186	109 379 637	109 379 637	111 342 194	111 342 194
P212-58 Logistique et soutien interarmées - Personnel travaillant pour le programme "Préparation et emploi des forces"	107 454 186	107 454 186	109 379 637	109 379 637	111 342 194	111 342 194
P143 Enseignement technique agricole	11 560 000	11 560 000	11 732 887	11 732 887	11 789 634	11 789 634
P143-01 Mise en oeuvre de	11 343 753	11 343 753	11 517 576	11 517 576	11 571 591	11 571 591

Numéro et intitulé du programme ou du PSR ou de l'action	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
l'enseignement dans les établissements publics						
P143-04 Évolution des compétences et dynamique territoriale	216 247	216 247	215 311	215 311	218 043	218 043
P230 Vie de l'élève	323 144 402	323 144 402	333 483 186	333 483 186	337 738 346	337 738 346
P230-01 Vie scolaire et éducation à la responsabilité	218 676 266	218 676 266	216 070 741	216 070 741	219 565 705	219 565 705
P230-02 Santé scolaire	104 015 032	104 015 032	116 951 097	116 951 097	117 711 293	117 711 293
P230-06 Actions éducatives complémentaires aux enseignements	453 104	453 104	461 348	461 348	461 348	461 348
P214 Soutien de la politique de l'éducation nationale	16 514 579	15 514 579	16 240 376	16 240 376	16 240 376	16 240 376
P214-06 Politique des ressources humaines	16 514 579	15 514 579	16 240 376	16 240 376	16 240 376	16 240 376
P152 Gendarmerie nationale	216 310 746	214 415 960	222 846 344	215 556 646	235 883 952	227 301 004
P152-01 Ordre et sécurité publics	23 430 882	22 978 560	24 972 821	23 229 868	25 926 111	23 873 945
P152-02 Sécurité routière	71 336 007	69 958 898	76 030 484	70 724 014	78 932 803	72 684 923
P152-03 Missions de police judiciaire et concours à la justice	120 948 538	120 905 780	121 193 133	121 028 373	130 349 640	130 155 650
P152-04 Commandement, ressources humaines et logistique	595 319	572 722	649 906	574 391	675 398	586 486
P207 Sécurité et éducation routières	6 388 000	6 388 000	4 150 000	4 150 000	4 500 000	4 500 000
P207-02 Démarches interministérielles et communication	6 388 000	6 388 000	4 150 000	4 150 000	4 500 000	4 500 000
P176 Police nationale	1 014 950 703	1 003 274 203	1 091 688 546	1 079 909 583	1 060 075 618	1 054 488 812
P107 Administration pénitentiaire			3 600 748	3 600 748	3 658 052	3 658 052
P107-02 Accueil et accompagnement des personnes placées sous main de justice			3 600 748	3 600 748	3 658 052	3 658 052
P166 Justice judiciaire	146 274 746	146 274 746	147 161 135	147 161 135	144 644 635	144 644 635
P182 Protection judiciaire de la jeunesse	42 350 000	42 350 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000
P182-01 Mise en oeuvre des décisions judiciaires	42 350 000	42 350 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000	47 830 000
P310 Conduite et pilotage de la politique de la justice	11 688 923	11 363 167	12 734 127	12 734 127	12 930 810	12 930 810
P310-10 Action sociale ministérielle	11 688 923	11 363 167	12 734 127	12 734 127	12 930 810	12 930 810
P129 Coordination du travail gouvernemental	5 473 528	5 446 911	5 808 100	5 845 600	5 460 000	5 460 000
P129-15 Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	5 473 528	5 446 911	5 808 100	5 845 600	5 460 000	5 460 000
P123 Conditions de vie outre-mer	94 000	94 000	1 999 500	1 999 500		
P123-04 Sanitaire, social, culture, jeunesse et sports	94 000	94 000	1 999 500	1 999 500		
P219 Sport	7 099 672	7 077 367	7 678 307	7 668 307	7 490 885	7 490 885
P219-03 Prévention par le sport et protection des sportifs	7 099 672	7 077 367	7 678 307	7 668 307	7 490 885	7 490 885
P181 Prévention des risques	794 606 774	792 862 576	838 328 679	832 802 247	826 510 608	826 689 112
P181-01 Prévention des risques technologiques et des pollutions	88 822 582	87 095 801	101 043 634	90 981 845	95 347 635	90 526 138
P181-09 Contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection	57 102 892	56 976 799	58 974 289	63 974 289	60 316 861	65 316 861
P181-10 Prévention des risques naturels et hydrauliques	38 045 134	38 646 636	44 699 826	44 235 183	37 235 182	37 235 183
P181-11 Gestion de l'après-mine et	38 283 756	37 790 930	38 277 130	38 277 130	38 777 130	38 777 130

Numéro et intitulé du programme ou du PSR ou de l'action	Exécution 2018		LFI 2019		PLF 2020	
	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
travaux de mise en sécurité, indemnités et expropriations sur les sites						
P181-12 Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)	572 352 410	572 352 410	595 333 800	595 333 800	594 833 800	594 833 800
P190 Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de la mobilité durables	9 682 742	9 682 742	9 762 401	9 762 401	9 774 308	9 774 308
P190-11 Recherche dans le domaine des risques	6 288 387	6 288 387	6 373 110	6 373 110	6 373 110	6 373 110
P190-12 Recherche dans le domaine des transports, de la construction et de l'aménagement	1 862 679	1 862 679	1 838 093	1 838 093	1 850 000	1 850 000
P190-13 Recherche partenariale dans le développement et l'aménagement durable	1 531 676	1 531 676	1 551 198	1 551 198	1 551 198	1 551 198
P111 Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	23 988 017	23 675 571	24 125 000	24 425 000	24 585 000	24 285 000
P111-01 Santé et sécurité au travail	23 988 017	23 675 571	24 125 000	24 425 000	24 585 000	24 285 000
Total	2 891 290 397	2 901 202 938	3 056 962 293	3 032 193 852	2 962 393 194	2 948 262 504

Source : PLF 2020, Document de politique transversale « Prévention en santé », pages 38-40.

ANNEXE 3 : LES DÉPENSES DE PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE (PLFSS)

	2009	2010	2012	2013	2014	2016	2017	2018	Évolution 2017-2018	Évolution 2009-2018
PRÉVENTION INDIVIDUELLE	3 494	3 451	3 440	3 628	3 652	3 715	3 797	3 886	2,3	1,2
Prévention individuelle primaire	2 926	2 894	2 911	3 040	3 061	3 138	3 174	3 164	-0,3	0,9
Vaccins*	96	71	75	80	81	85	87	114	30,7	1,9
PMI - Planning familial	834	828	812	821	812	828	804	772	-4,0	-0,9
Médecine du travail	1 507	1 512	1 527	1 599	1 619	1 645	1 690	1 688	0,0	1,3
Médecine scolaire	488	482	498	540	549	580	593	589	-0,7	2,1
Prévention individuelle secondaire	568	558	528	588	591	577	624	722	15,8	2,7
Dépistage des tumeurs	164	158	167	177	162	154	157	148	-5,9	-1,2
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	153	152	111	147	160	155	191	306	60,1	8,0
Dépistage autres pathologies	25	25	26	35	36	40	45	38	-15,6	4,9
Examens de santé	176	171	173	175	175	171	173	161	-6,8	-1,0
Bilans bucco-dentaires	51	48	51	56	58	58	57	69	20,5	3,5
PRÉVENTION COLLECTIVE	3 019	2 385	2 342	2 294	2 290	2 208	2 370	2 335	-0,6	-2,7
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	366	381	352	354	333	265	300	328	9,1	-1,2
Campagnes en faveur des vaccinations**	30	38	30	30	29	28	24	20	-13,1	-4,3
Lutte contre les IST***, santé sexuelle, contraception**	31	28	31	24	21	6	12	12	0,1	-8,9
Lutte contre l'addiction**	91	98	91	85	75	68	84	90	6,4	-0,1
Nutrition - santé**	25	27	17	17	18	16	18	22	22,5	-1,7
Autres pathologies**	15	9	24	30	30	28	32	37	16,4	10,5
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	174	169	159	168	160	119	131	146	12,1	-1,9
Actions sur l'environnement	2653	2022	1990	1940	1867	1943	2070	2027	-2,9	-2,9
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	652	671	652	658	619	756	717	673	-6,2	0,4
Prévention des risques professionnels	244	248	254	259	246	237	272	216	-20,5	-1,3
Prévention et lutte contre la pollution	157	228	172	143	138	138	176	183	3,6	1,7
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	308	319	325	325	312	305	382	400	2,1	2,9
Urgences et crises	580	-28	42	49	40	20	6	4	-41,3	-43,0
Sécurité sanitaire de l'alimentation	712	582	544	505	512	486	507	552	9,0	-2,8
ENSEMBLE PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE	6 513	5 835	5 781	5 921	5 952	5 923	6 167	6 241	1,2	-0,5
Évolution en %	12,5	-10,4	0,0	2,4	-1,2	-0,7	4,1	1,2		
dont dans le champ CSBM****	-110	-106	-102	-103	-107	-110	-127	-126	-0,9	1,5
PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE HORS CSBM	6 403	5 727	5 679	5 818	5 745	5 812	6 040	6 115	1,2	-0,5

** Concernent uniquement les dépenses de vaccinations « organisées » financées par les collectivités locales et le FNPEIS. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à environ 0,5 milliard d'euros en 2016. Le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM.

*** Ces différents postes ne couvrent pas l'ensemble des actions de prévention relevant de ces thématiques. En effet, lorsqu'elles ne peuvent être isolées compte tenu de la granularité des sources disponibles, des actions relatives à ces items peuvent également être comptabilisées dans d'autres postes de la prévention institutionnelle (en particulier « autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » ou encore « actions de dépistage »).

**** IST : infections sexuellement transmissibles.

***** Ces dépenses de prévention (vaccins, dépistages, etc.) réalisées au niveau individuel (i.e. en dehors du cadre institutionnel) sont incluses dans la CSBM. Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Prévention » de la DCS (voir tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

Source : PLF 2020, Document de politique transversale « Prévention en santé », page 111.