

N° 141

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 19 novembre 2020

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi
de finances, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2021,*

TOME VI

SANTÉ

Par Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Patrick Boré, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Élisabeth Doineau, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Laurence Garnier, Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, M. Olivier Léonhardt, Mmes Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Dominique Théophile.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 3360, 3398, 3399, 3400, 3403, 3404, 3459, 3465, 3488 et T.A. 500

Sénat : 137 et 138 à 144 (2020-2021)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
I. LE PROGRAMME 204 : UNE CRISE D'IDENTITÉ QUI POSE LA QUESTION DE SON MAINTIEN.....	5
A. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS EN TROMPE-L'OEIL.....	5
B. UN ÉPARGILLEMENT DES CRÉDITS DE PRÉVENTION ET DE SÉCURITÉ SANITAIRE, EN L'ABSENCE DE VISION STRATÉGIQUE	7
1. <i>Un financement de plus en plus marginal des agences sanitaires par le budget de l'État.....</i>	<i>7</i>
2. <i>Un effort de prévention résiduel, fragmenté, dépourvu de toute portée stratégique.....</i>	<i>9</i>
3. <i>Un financement des comités de protection des personnes toujours insuffisant.....</i>	<i>11</i>
C. UN EFFORT CONSENTI AU DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ PUBLIQUE	11
II. LE PROGRAMME 183 : UNE MAÎTRISE ENCORE TROP FRAGILE DE LA DÉPENSE DÉCOULANT DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	12
A. UNE DÉPENSE QUI RESTE DYNAMIQUE EN 2019	12
B. UN RECOURS MOINDRE AUX SOINS EN 2020 QUI SE TRADUIRA VRAISEMBLABLEMENT PAR UN EFFET RESSAUT EN 2021	14
C. DES RISQUES DE FRAUDE ET D'ABUS PERSISTANTS, QUI DOIVENT ÊTRE MIEUX JUGULÉS.....	15
1. <i>La permanence de détournements et d'abus</i>	<i>15</i>
2. <i>La mise en œuvre des restrictions d'accès à l'AME introduites fin 2019 retardée par la crise sanitaire</i>	<i>16</i>
3. <i>Une intensification des contrôles qui doit être poursuivie</i>	<i>17</i>
4. <i>La nécessité d'une vraie réforme du dispositif de l'AME</i>	<i>17</i>
EXAMEN EN COMMISSION.....	21
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	29

L'ESSENTIEL

Réunie le mercredi 18 novembre 2020 sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission des affaires sociales a examiné le rapport pour avis de Mme Annie Delmont Koropoulis sur les crédits de la mission « Santé » dans le projet de loi de finances pour 2021.

La commission a adopté deux amendements visant, d'une part, à recentrer l'aide médicale de l'État sur la prise en charge des pathologies sévères, des soins urgents et des soins de prévention, et, d'autre part, à créer un programme dédié au financement d'actions destinées à maximiser le recours des personnes en situation irrégulière aux soins, notamment de prévention. Elle s'interroge, par ailleurs, sur l'opportunité de conserver un programme 204 dont les crédits épars ne répondent plus à une politique publique cohérente de prévention et de sécurité sanitaire.

Sous réserve de l'adoption de ses amendements, la commission a donné un avis favorable à l'adoption de ces crédits.

I. LE PROGRAMME 204 : UNE CRISE D'IDENTITÉ QUI POSE LA QUESTION DE SON MAINTIEN

A. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS EN TROMPE-L'OEIL

Les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » s'établissent, dans le projet de loi de finances pour 2021, à **260 millions d'euros** en crédits de paiement, contre 201 millions d'euros inscrits en loi de finances initiale pour 2020, soit une **progression de 29 %**. Cette augmentation doit néanmoins être ramenée à 26 % si l'on tient compte des cinq millions d'euros supplémentaires abondés dans le programme 204 par la troisième loi de finances rectificative pour 2020¹ au titre de **l'indemnisation des professionnels de santé libéraux contaminés par le SARS-CoV-2**.

Une progression des moyens essentiellement imputable à la dotation de l'agence de santé Wallis-et-Futuna.

La progression des crédits du programme 204 est en réalité très largement imputable à la **dotation de l'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna** qui augmente de **49 millions d'euros** en 2021 en crédits de paiement. Ces crédits supplémentaires comprennent quatre millions d'euros

¹ Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

supplémentaires au titre de la subvention de l'État à l'agence et un **plan d'investissement de 45 millions d'euros** dont le principe a été acté par le « Ségur de la santé ». La dotation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna est ainsi « rebasée » à hauteur de 46,5 millions d'euros à compter de 2021 (+ 9,4 % par rapport à 2020) afin d'éviter la reconstitution de toute nouvelle dette et de financer des nouvelles mesures de prévention et de santé publique.

Un désaccord persistant entre l'État et le laboratoire Sanofi dans la répartition des responsabilités vis-à-vis des victimes de la Dépakine®.

Une partie résiduelle de l'augmentation des crédits du programme 204 résulte de 3,6 millions d'euros supplémentaires consacrés aux **actions juridiques et contentieuses**, pour un montant total de 57,2 millions d'euros qui comprend notamment la **dotation versée par l'État à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales** (Oniam) au titre de l'indemnisation, pour le compte de l'État, des accidents vaccinaux et, pour le compte de l'État ou en substitution d'autres responsables, des **victimes du valproate de sodium** (Dépakine®).

Institué en 2017¹, le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine® a connu une lente montée en charge, qui s'est cependant accélérée en 2020. Au 30 septembre 2020, des offres d'un montant total de 23 millions d'euros ont été proposées aux victimes et 13,5 millions d'euros ont été versés. Dans le souci d'accélérer le traitement des dossiers, **la loi de finances pour 2020² a fusionné le collège d'experts et le comité d'indemnisation** et instauré un régime de présomption d'imputabilité des dommages causés par la Dépakine® à un manque d'information de la mère sur ses effets indésirables pour toute prescription délivrée à compter du 1^{er} janvier 1982.

En première lecture, l'Assemblée nationale a amendé le projet de loi de finances pour 2021³ afin de **relever de 30 % à 50 % de l'indemnité** versée à la victime ou allouée par l'Oniam le **montant maximal de la « pénalité » que le juge peut contraindre la personne reconnue responsable du dommage à verser à la victime ou à l'Oniam** – si ce dernier s'est substitué au responsable –, en cas d'offre manifestement insuffisante ou en cas de silence ou de refus du responsable de faire une offre.

Pour sa part, le laboratoire **Sanofi**, qui commercialise la Dépakine®, estime avoir rempli ses obligations d'information des autorités sanitaires sur l'actualisation, au regard des connaissances scientifiques disponibles, des documents d'information à destination des professionnels de santé et des

¹ Par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

² Article 266 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

³ Article 65 (nouveau) du projet de loi.

patients. Sanofi refuse jusqu'ici de participer au dispositif de règlement amiable des demandes d'indemnisation et a contesté devant la justice chacun des 84 titres de recettes¹ émis par l'Oniam correspondant à un montant total de 12,76 millions d'euros.

Pour mémoire, le constat de la mission de l'inspection générale des affaires sociales formulé dans son rapport d'enquête de février 2016 sur les médicaments contenant du valproate de sodium est celui « *d'un manque de réactivité des autorités sanitaires et du principal titulaire de l'autorisation de la mise sur le marché.* »²

Face à cette situation et pour protéger les intérêts des patients à l'avenir, la commission appelle plus que jamais de ses vœux l'introduction dans le code civil d'une disposition visant à **exclure les produits de santé de la clause d'exonération de responsabilité pour risque de développement**³, introduite par le droit communautaire⁴ mais qu'il reste possible d'aménager.

B. UN ÉPARPILLEMENT DES CRÉDITS DE PRÉVENTION ET DE SÉCURITÉ SANITAIRE, EN L'ABSENCE DE VISION STRATÉGIQUE

1. Un financement de plus en plus marginal des agences sanitaires par le budget de l'État

Depuis 2015, un mouvement de décroisement du financement des agences sanitaires a conduit au transfert de l'État vers l'assurance maladie du financement d'un grand nombre d'opérateurs et de programmes de la politique sanitaire. **La commission s'était opposée l'an dernier au transfert intégral⁵ du financement de Santé publique France vers l'assurance maladie** alors que l'agence exerce, pour le compte de l'État, des **missions d'importance vitale pour la nation en matière de sécurité**

¹ Lorsque l'Oniam identifie un tiers responsable (laboratoire, médecin prescripteur ou son assureur), il propose à la victime une indemnisation puis se retourne vers le responsable pour recouvrer la créance en émettant un titre de recettes.

² Xavier Chastel, Pierre Lesteven et Axel Essid, *Enquête relative aux spécialités pharmaceutiques contenant du valproate de sodium, rapport de l'inspection générale des affaires sociales n° 2015-094R, février 2016.*

³ Qui permet au producteur de s'exonérer de sa responsabilité de plein droit s'il prouve que l'état des connaissances scientifiques et techniques, au moment de la mise sur le marché du produit, n'a pas permis de déceler l'existence du défaut.

⁴ 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.

⁵ Le transfert du financement de ces deux agences vers l'assurance maladie a été permis par l'article 45 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

sanitaire¹, dont le caractère régalien a été mis en lumière par la crise liée à la covid-19.

Alors qu'il captait près de 48 % des crédits du programme 204 en 2014, le financement des opérateurs du champ sanitaire en représente désormais moins du quart².

Le programme 204 ne contribue désormais plus qu'au financement de deux agences sanitaires :

- **l'institut national du cancer (INCa)**, dont les moyens s'établissent à 40,52 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2021, en légère diminution par rapport à 2020 (41,27 millions d'euros) ;

- **l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSéS)**, dont les crédits issus du ministère de la santé s'élèvent à 22,55 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2021, en légère augmentation par rapport à 2020 (21,9 millions d'euros)³.

Le financement par l'assurance maladie autorise le Gouvernement à fixer le montant des dotations des opérateurs sanitaires par arrêté, sans possibilité pour le législateur d'en prendre connaissance lors de l'examen du PLFSS.

L'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, à la différence des projets annuels de performances des projets de loi de finances, **prive en effet le législateur de toute visibilité sur les subventions et emplois prévisionnels qui seront consentis l'année prochaine par l'assurance maladie aux opérateurs financés par l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam).**

Convaincue que la veille et la sécurité sanitaires constituent des missions régaliennes, **la commission plaide pour le « rapatriement » sur le budget de l'État des crédits non seulement de Santé publique France mais également de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui exerce des missions de police sanitaire au nom de l'État, et de l'école des hautes études en santé publique (EHESP), qui**

¹ Dont l'équipement des professionnels de santé en matériel de protection face à une catastrophe sanitaire.

² 329,8 millions d'euros de crédits pour les opérateurs sanitaires (HAS, InVS, EHESP, INPES, INCa, ANSéS, Éprus, ABM, ANSM) sur 693,4 millions d'euros de crédits de paiement dans le projet de loi de finances pour 2014, soit 48 %, contre 63 millions d'euros (INCa et ANSéS) sur 260 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2021.

³ La subvention pour charges de service public de l'ANSéS (106,6 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2021) est éclatée entre six programmes, le financement de l'agence restant principalement assuré par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation au travers du programme 206 « Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation ».

assure la formation des cadres de notre politique de santé publique, établissements qui n'ont pas vocation à être financés par l'assurance maladie.

En première lecture, le Sénat a introduit, dans le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021**, un **article 6 bis A** posant le principe d'une **compensation par l'État du coût réel du transfert à la branche maladie de Santé publique France** au titre de l'année 2020, selon des modalités définies en loi de finances.

2. Un effort de prévention résiduel, fragmenté, dépourvu de toute portée stratégique

Un document de politique transversale annexé au projet de loi de finances pour 2020 évaluait le montant total des crédits participant à la politique de prévention en santé inscrits sur le budget de l'État à **2,95 milliards d'euros** en crédits de paiement, dont **seulement un peu plus de 53 millions d'euros au titre du programme 204** de la mission « Santé ».

Les crédits de prévention inscrits sur le programme 204 ne représentent qu'1,8 % de l'effort budgétaire consenti par le budget de l'État à la prévention en santé.

L'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 rappelle, pour sa part, que **les dépenses de prévention institutionnelle supportées par l'assurance maladie se sont établies à 6,2 milliards d'euros en 2018**.

En tout état de cause, les dépenses de prévention en santé portées par le programme 204 ne représentent qu'une part minimale de l'effort total de la nation dans ce domaine et n'obéissent à aucune cohérence stratégique. Elles sont ainsi fragmentées en une **multitude de sous-actions** avec des montants dépassant rarement le million d'euros. Les seules sous-actions envisagées pour un montant supérieur à un million d'euros sont ainsi :

- la **prévention des addictions**, pour un montant de trois millions d'euros, inchangé par rapport à 2020 mais en diminution de près de 31 % par rapport à 2016. Ces moyens restent **résiduels** par comparaison avec les ressources du **fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives**¹ qui devrait disposer, en 2021, de 130 millions d'euros² (contre 116 millions d'euros en 2020 et 120 millions d'euros en 2019) ;

- la **santé sexuelle**, pour un montant de 4,8 millions d'euros, en très légère baisse par rapport à 2020, pour la **prévention des infections sexuellement transmissibles**. Deux amendements adoptés en première

¹ Qui a absorbé en 2019 le fonds de lutte contre le tabac et est géré par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

² Prévision de la convention d'objectifs et de gestion État-CNAM pour 2021.

lecture à l'Assemblée nationale tendent à **revaloriser pour un total de 110 000 euros¹ les moyens consacrés aux actions en faveur de la santé sexuelle**, notamment dans **la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** ;

- la **santé environnementale**, pour un montant de 2,8 millions d'euros, en légère hausse par rapport à 2020, mais dont les crédits seront répartis entre une multitude de plans et d'instruments², avec un fort **risque de saupoudrage** ;

- la **prévention de maladies chroniques**, pour un montant d'1,1 million d'euros, inchangé par rapport à 2020, pour le financement d'actions diverses, notamment portées par des associations.

L'attrition du poids des agences sanitaires et l'émiettement des crédits de prévention dans le programme 204 posent la question de sa cohérence stratégique et, à terme, de son maintien dans l'architecture du budget de l'État.

Afin de mieux faire correspondre la maquette budgétaire avec les priorités stratégiques des politiques publiques, la commission appelle en conséquence à envisager :

- la **création d'un programme dédié au financement des opérateurs sanitaires** qui permettrait de rapatrier sur le budget de l'État les crédits des agences chargées de la sécurité et de la police sanitaires (Santé publique, ANSM) et de l'EHESP, aux côtés des subventions versées par l'État à l'INCa et à l'ANSéS. Ce programme pourrait être créé au sein de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » qui comporte déjà un programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » ;

- le transfert des crédits gérés par l'administration centrale sur le programme 204 en matière de prévention en santé aux opérateurs intervenant dans ce domaine (Santé publique France, INCa, ANSéS...) et à l'assurance maladie, ainsi que le transfert des crédits dédiés aux comités de protection des personnes (CPP) à l'ANSM et des crédits de soutien à la recherche à l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;

- le transfert des crédits de l'aide médicale de l'État (AME) à un programme dédié au sein de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

L'administration considère, pour sa part, essentiel de maintenir le programme 204 afin de lui permettre de disposer d'un support budgétaire

¹ Redéployés du programme 183 vers le programme 204.

² Actions du futur plan national santé-environnement, du plan national pour la gestion du risque lié au radon, du plan d'action interministériel amiante, du prochain plan chlordécone, du plan eau dans les DOM...

l'autorisant à financer au nom de l'État d'éventuelles actions de sécurité sanitaire en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

3. Un financement des comités de protection des personnes toujours insuffisant

4,1 millions d'euros seront consentis aux CPP, un montant inchangé par rapport à 2020 alors même que les CPP ont été soumis à une charge de travail intense pour accompagner l'effort de recherche clinique déployé pendant la crise sanitaire.

En dépit des promesses de la ministre des solidarités et de la santé fin 2018, 34 CPP sur 39 continuent de fonctionner avec seulement un ETP.

Avec un seul ETP, les CPP ne sont pas en capacité d'assurer la permanence administrative que requiert la gestion d'un flux croissant de dossiers, alimentée par le tirage au sort pour l'attribution de l'examen des projets de recherche. La commission se félicite néanmoins de l'introduction, dans le PLFSS pour 2021¹, d'une disposition tendant à **élever le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques en vue d'en affecter le rendement supplémentaire² au financement des CPP.**

C. UN EFFORT CONSENTI AU DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ PUBLIQUE

Les moyens consacrés au développement et à l'exploitation des systèmes d'information de santé publique devraient s'établir à **7,9 millions d'euros en 2021**, contre 4,5 millions d'euros en 2020 (+ 75 %). Au-delà du déploiement de l'**espace numérique en santé** (ENS), créé par la loi « Santé » du 24 juillet 2019³, et du **dossier médical partagé** (DMP), sous l'impulsion de la délégation interministérielle au numérique en santé, opérationnelle depuis 2020, 4,4 millions d'euros supplémentaires viendront abonder des mesures nouvelles destinées à répondre aux besoins en systèmes d'information dans le contexte de l'épidémie de covid-19.

À cet égard, la commission insiste sur la nécessité de mobiliser l'ensemble de la communauté médicale et les mairies dans le déploiement effectif au niveau national de la **dématérialisation des certificats de décès**. Les difficultés rencontrées par Santé publique France pour identifier les décès effectivement liés à la covid-19, notamment dans les établissements

¹ Article 17 ter du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

² Évalué à 3,2 millions d'euros en base 2019.

³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

d'hébergement pour personnes âgées indépendantes (Ehpad), plaident pour une politique plus déterminée et proactive en la matière.

Seulement 900 des 36 000 mairies de France sont connectées à l'application de certification électronique des décès.

Très souvent contraints d'imprimer le volet administratif du certificat de décès pour sa transmission à la mairie, la plupart des médecins ne prennent pas la peine de saisir le volet médical du certificat sur l'application « CertDC ». Or cette saisie électronique est indispensable à la remontée des causes de décès vers le **centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et Santé publique France.**

II. LE PROGRAMME 183 : UNE MAÎTRISE ENCORE TROP FRAGILE DE LA DÉPENSE DÉCOULANT DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Les crédits du programme 183, d'un montant d'**1,069 milliard d'euros**, contre 927,3 millions d'euros votés en loi de finances initiale pour 2019, comprennent :

- 1,061 milliard d'euros au titre de l'**aide médicale de l'État (AME)** ;
- huit millions d'euros au titre de la dotation versée par l'État au **fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**, principalement abondé par l'assurance maladie¹.

A. UNE DÉPENSE QUI RESTE DYNAMIQUE EN 2019

La dépense d'AME pour 2021 se décompose en :

- **989,5 millions d'euros** au titre de l'**AME de droit commun**, correspondant à la prise en charge des frais de santé des personnes remplissant les conditions pour bénéficier de l'AME. Ce poste de dépense était estimé pour 2020 à 893 millions d'euros. La hausse envisagée résulterait d'un **effet ressaut correspondant à la dépense non réalisée pendant le confinement** ;

- **70 millions d'euros** au titre des **soins urgents**, c'est-à-dire la **contribution de l'État à l'assurance maladie** pour les soins dispensés en urgence dans les établissements de santé aux personnes ne remplissant pas les conditions pour bénéficier de l'AME de droit commun, notamment celles ne remplissant pas la condition de durée de résidence minimale en France de trois mois. Cette contribution devait s'élever, en 2020, à 40 millions d'euros. Toutefois, ce montant a été révisé à la hausse pour 2021 afin de tenir compte de l'effet de la mesure adoptée en loi de finances pour 2020 instaurant un

¹ 220 millions d'euros au titre de la branche AT-MP prévus en 2021.

délai de carence de trois mois pour l'accès à la protection universelle maladie (PUMa) des demandeurs d'asile¹.

Alors que la croissance du nombre de bénéficiaires s'était relativement stabilisée depuis 2016², elle a connu un **rebond en 2019**, avec **334 546 bénéficiaires de l'AME au 31 décembre 2019**, en progression de 5,2 % par rapport à 2018. La dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de l'AME s'élève, en 2018, à **2 696 euros**³, contre 3 037 euros de dépense de consommation de soins et de biens médicaux par habitant en France⁴.

L'AME de droit commun continue de couvrir majoritairement des prestations hospitalières qui représentent, en 2019, 66 % des soins pris en charge, contre 34 % pour les soins de ville⁵.

Les séjours présentant une sévérité particulière représentent toujours près d'un quart des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de droit commun, ce qui témoigne des difficultés à mobiliser une grande partie de la population éligible autour de la prévention afin d'éviter que les patients se présentent à l'hôpital en état de santé dégradé.

Enfin, la **dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie au titre de l'AME de droit commun**, liée aux écarts entre les hypothèses sous-tendant la budgétisation de la dépense et les dépenses effectivement réalisées, s'établit, en 2019, à **15,2 millions d'euros**, en diminution par rapport à 2018 (36 millions d'euros). À cela s'ajoute une dépense d'AME de soins urgents de **66 millions d'euros** en 2019, qui reste de 26 millions d'euros supérieure à la contribution forfaitaire consentie par l'État (40 millions d'euros), conduisant l'assurance maladie à prendre en charge le différentiel pour les hôpitaux.

La dépense totale d'AME de soins urgents, intégrant l'accès à ces soins des demandeurs d'asile pendant les trois premiers mois de leur présence en France, devrait s'établir en 2020 à 104 millions d'euros et se maintenir à ce niveau en 2021. La dotation de l'État au titre de l'AME de soins urgents, de 70 millions d'euros pour 2021, ne devrait donc couvrir **qu'un peu plus de 67 %** de cette dépense. Or la rapporteure estime que

¹ Ce délai de carence est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2020 (décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé).

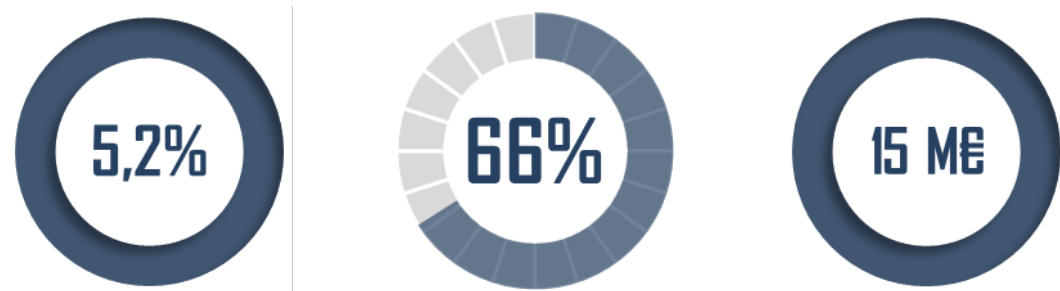
² + 1 % en moyenne entre le 31 décembre 2016 et le 31 décembre 2018.

³ 674 euros de dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire selon les données de la direction de la sécurité sociale.

⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé, Panoramas de la Drees santé, édition 2019.

⁵ En Seine-Saint-Denis, cette répartition apparaît en affichage plus équilibrée : 54 % pour les soins hospitaliers et 46 %. Cette répartition tient néanmoins essentiellement aux caractéristiques du réseau de soins dans le département qui, du fait de son histoire ouvroière, comprend un tissu important de centres de santé, hérité des anciens dispensaires. La prise en charge au sein des centres de santé relève des soins de ville selon la nomenclature de l'assurance maladie.

L'intégralité de la dépense d'AME de soins urgents devrait être compensée par l'État dès lors qu'elle correspond à ses engagements budgétaires¹.



augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME en 2019

des soins pris en charge par l'AME correspondent à des prestations hospitalières

dette de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie de l'AME de droit commun

B. UN RECOURS MOINDRE AUX SOINS EN 2020 QUI SE TRADUIRA VRAISEMBLABLEMENT PAR UN EFFET RESSAUT EN 2021

Le **confinement**, la **déprogrammation des soins non urgents** par les établissements de santé et la **fermeture d'un grand nombre de cabinets** de professionnels de santé² ont mécaniquement conduit à une moindre consommation de soins par l'ensemble de la population. Dans le champ de l'AME, les dépenses hospitalières ont ainsi diminué de près de 9 %, les dépenses de produits de santé de près de 20 % et les dépenses pour d'autres soins d'environ 14 %³. Dans ces conditions, la direction de la **sécurité sociale estime que le montant des moindres dépenses d'AME pourrait s'élever à 60 millions d'euros**. Le Gouvernement considère que cette dépense non réalisée se traduira par un ressaut de la dépense d'AME de même ampleur en 2021.

Par ailleurs, deux mesures s'inscrivant dans la lutte contre l'immigration irrégulière sont susceptibles d'avoir des incidences à la hausse sur la dépense d'AME de droit commun et de soins urgents :

- la mesure de réduction du maintien du droit à l'assurance maladie d'un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré⁴

¹ Cette prise en charge intégrale suppose la suppression de la dernière phrase de l'article L. 254-1 du code de la sécurité sociale qui pose le principe d'une contribution forfaitaire de l'État à la prise en charge de la dépense de soins urgents.

² En particulier, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les auxiliaires de santé.

³ Selon des estimations de la direction de la sécurité sociale, à partir des données de la CNAM.

⁴ Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

conduira à un **report de l'accès aux soins des personnes concernées sur le dispositif de l'AME de droit commun**, dont le coût est estimé à **60 millions d'euros en année pleine**. Cette mesure s'accompagnera également d'une **majoration des dépenses de l'AME de soins urgents de 36 millions d'euros en année pleine**, liée au fait qu'une partie des personnes concernées ne sollicitera pas nécessairement l'AME de droit commun ;

- depuis le 1^{er} janvier 2020, l'effectivité du **délai de carence de trois mois pour l'accès des demandeurs d'asile à la PUMa** pourra conduire ces derniers à recourir à l'AME de soins urgents.

Face à la croissance potentiellement significative du nombre de personnes prises en charge à l'hôpital dans le cadre de l'AME des soins urgents, la rapporteure invite à **alléger la charge administrative que fait peser sur les établissements de santé la gestion de l'AME de soins urgents**. À cet égard, elle se félicite de la mesure de simplification administrative transitoire permettant à l'établissement de juger lui-même, au regard des éléments dont il dispose, si le patient relève de l'AME de soins urgents, sans attendre une confirmation de son inéligibilité à l'AME de droit commun par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Dans un souci de réduction des impayés enregistrés par les hôpitaux, la mesure tendant à permettre la prise en charge d'une hospitalisation remontant jusqu'à trois mois va également dans le bon sens.

C. DES RISQUES DE FRAUDE ET D'ABUS PERSISTANTS, QUI DOIVENT ÊTRE MIEUX JUGULÉS

1. La permanence de détournements et d'abus

Le rapport¹ de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'octobre 2019 sur la gestion de l'AME a fait état de **détournements du dispositif** et de la **permanence de risques de fraudes et d'abus**. À titre d'exemple, à partir d'un échantillon de 40 dossiers de chimiothérapie oncologique de bénéficiaires de l'AME, la mission relevait que 25 % des cas présentaient « *des éléments caractérisant avec certitude une venue pour soins après diagnostic et traitement initial dans le pays d'origine* », illustrant un **phénomène de « migration pour soins »**. De même, constatant une prévalence des naissances dans le cadre du dispositif des soins urgents et vitaux en 2018, la mission a jugé qu'elle « *confort[ait] les dires de soignants évoquant lors des entretiens avec la mission la possibilité d'arrivées parfois récurrentes sur le territoire pour une prise en charge obstétricale.* »

¹ Jean-Yves Latournerie, Jérôme Saulière, Christophe Hemous, Fabienne Bartoli, Francis Fellingner et Jean-Louis Rey, *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*, n° 2019-060R (IGAS) et n° 2019-M-039-04 (IGF), octobre 2019.

Dans leur rapport¹ d'octobre 2019, nos collègues Nathalie Goulet, sénatrice, et Carole Grandjean, députée, rappellent qu'en matière de fraude sociale, « *le fraudeur obtient indument une carte vitale ou une carte AME sur la base de faux documents ou de fausses déclarations : 10 % des numéros de sécurité sociale des personnes nées à l'étranger sont obtenus par ce biais.* » Elles relèvent ainsi que la Cour des comptes, dans son rapport² sur la certification des comptes de la branche maladie pour l'exercice 2018, juge que « *les contrôles réalisés lors de l'affiliation de personnes demandant à bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) sont insuffisants pour garantir la fiabilité des données déclaratives conditionnant l'ouverture des droits, durée minimale de trois mois de présence sur le territoire et respect de la condition de ressources* ».

2. La mise en œuvre des restrictions d'accès à l'AME introduites fin 2019 retardée par la crise sanitaire

Face à ce constat préoccupant, le Gouvernement avait introduit, en loi de finances pour 2020³, plusieurs mesures destinées à prévenir les risques de fraude et de détournement du dispositif :

- l'obligation de justifier d'une durée de résidence en France en situation irrégulière d'au moins trois mois, afin d'**empêcher l'ouverture de droits à l'expiration d'un visa touristique** ;

- le **conditionnement de la prise en charge de certaines prestations programmées et non urgentes des bénéficiaires majeurs à un délai d'ancienneté maximale de neuf mois de bénéfice de l'AME**, sauf dérogation accordée par l'équipe de soins en cas de conséquences graves ou durables sur l'état de la personne ;

- l'**obligation de comparution physique en CPAM pour le dépôt du dossier de demande d'AME pour les primo-demandeurs.**

Ces conditions ont dû néanmoins être aménagées ou suspendues pendant la crise sanitaire :

- pendant la période de confinement de printemps et jusqu'au 31 juillet 2020, les primo-demandeurs n'ont pas eu à déposer leur demande physiquement leur dossier auprès de la CPAM ;

- la publication du décret définissant les actes dont la prise en charge est soumise à un délai d'ancienneté dans le dispositif de l'AME a été

¹ Nathalie Goulet et Carole Grandjean, *Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation, rapport de mission, octobre 2019.*

² Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2018, mai 2019.*

³ L'article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

reportée. Ce décret¹ n'est finalement paru que le 1^{er} novembre 2020 et limite les actes soumis à cette condition à des interventions sur l'œil, le nez, les oreilles et aux interventions pour obésité, ainsi qu'aux prothèses de hanche, de genou et d'épaule ;

- les personnes dont le droit à l'AME est arrivé à expiration entre le 12 mars 2020 et le 31 juillet 2020 ont bénéficié d'une prolongation de leur droit de trois mois à compter de la date d'échéance initialement prévue². 116 500 bénéficiaires de l'AME ont bénéficié ainsi d'une prolongation de droits sur toute la période.

3. Une intensification des contrôles qui doit être poursuivie

Selon les éléments transmis par la direction de la sécurité sociale, 303 dossiers d'AME ont fait l'objet d'investigations par les CPAM en 2019 : ces contrôles ont permis d'identifier un montant de **3,2 millions d'euros de préjudice**, contre 500 000 euros en 2018. Ce résultat s'explique principalement par un dossier de fraude qui a concerné 208 bénéficiaires pour un montant de plus de 2,4 millions d'euros. En outre, **252 actions pénales³ ont été conduites en 2019**, contre 11 en 2018, 27 pénalités financières notifiées, 11 avertissements et 28 lettres de rappel à la réglementation. La direction de la sécurité sociale explique le nombre plus important de plaintes pénales pour fraude par **l'accroissement des échanges des CPAM avec les consulats français à l'étranger**. Enfin, les CPAM ont désormais accès, depuis le 1^{er} juillet 2020, à la base « **Visabio** » par le biais de l'outil « **Covisa** », qui permet de vérifier l'existence d'un visa court séjour, dont un visa touristique, pour un demandeur.

La commission appelle à un renforcement des efforts déployés dans la détection des « méga-consommateurs » de produits de santé, notamment de produits psychotropes ou stupéfiants, et dans la recherche des multi-hébergeurs.

4. La nécessité d'une vraie réforme du dispositif de l'AME

L'encadrement des conditions d'accès à l'AME introduites par le Gouvernement fin 2019 reste incomplet pour espérer une maîtrise durable de la dépense associée à ce dispositif qui, de l'avis même du rapport précité de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, est considéré comme **l'un des plus généreux d'Europe**. Dans

¹ Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

² IV de l'article 1er de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux.

³ Plaintes et signalements en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

ces conditions, à l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un amendement tendant à recentrer le panier de soins pris en charge par l'AME sur les soins urgents, d'une part, et sur les soins de prévention, d'autre part. Les soins pris en charge par cette nouvelle **aide médicale dite de « santé publique »** incluraient ainsi :

- la **prophylaxie** et le **traitement des maladies graves et les soins urgents**, rapprochant ce faisant le périmètre des soins pris en charge sur celui des soins couverts par le dispositif équivalent en Allemagne qui comprend les maladies et douleurs aiguës, certains soins d'aval et les maladies contagieuses ;

- les **soins liés à la grossesse** et à ses suites ;

- un ensemble de **soins de prévention** comprenant les **vaccinations réglementaires** et les **examens de médecine préventive**.

Dans un souci de **maximisation de l'accès des bénéficiaires de l'AME aux soins et à la prévention**, la commission a également adopté un amendement tendant à créer, au sein de la mission « Santé », un programme dédié au financement d'actions conduites par **l'État, l'assurance maladie** et les **associations**, notamment dans le cadre de **maraudes**, de **bus de prévention** ou encore de **barnums de dépistage**, destinées à aller à la rencontre des personnes en situation irrégulière, à leur proposer des examens et à les sensibiliser sur la nécessité de solliciter le dispositif de l'aide médicale de santé publique pour bénéficier d'examens complémentaires de prévention. Il est prévu que ce nouveau programme soit financé à hauteur de dix millions d'euros, issus d'une partie des économies susceptibles de découler, dans le programme 183, de la redéfinition du panier de soins de la nouvelle aide médicale de santé publique et du renforcement des contrôles. Il devrait notamment permettre de développer les actions de lutte contre le non-recours à l'AME mises en œuvre ou soutenues par la CNAM et les CPAM, le cas échéant en partenariat avec les associations.

Les actions de lutte contre le non-recours à l'AME

- Au cours du confinement au printemps, des démarches d'« aller-vers » ont été mises en œuvre par les CPAM et les caisses d'allocations familiales (CAF) à destination des personnes placées en structures d'hébergement temporaires, afin de profiter de l'effort exceptionnel de mise à l'abri mis en place pendant la crise sanitaire pour toucher des publics potentiellement en marge du système.

Des équipes mobiles CPAM/CAF se sont ainsi rendues en structures d'hébergement temporaires pour vérifier l'éligibilité aux droits sociaux des personnes mises à l'abri et leur ouvrir des droits en conséquence. Près de 4 900 actions ont été engagées et 38 % d'entre elles ont abouti à une ouverture de droits à une complémentaire santé ou à l'AME.

Pour la branche maladie, cette opération a mobilisé 184 agents issus de 74 CPAM. Une ouverture de droits sur trois a donné lieu à une prise de rendez-vous immédiate pour effectuer des soins.

- En outre, le plan local d'accompagnement des non-recours, des incompréhensions et des ruptures (Planir), mis en place par la CNAM et dont plusieurs actions peuvent s'adresser aux publics éligibles à l'AME, comprend deux volets :

- le volet Planir « Permanence d'accès aux soins de santé » (PASS) : la mise en place d'un partenariat entre l'assurance maladie et la PASS garantit un accompagnement jusqu'à l'entrée dans la PUMa, dans l'AME ou l'octroi de droits « Complémentaire santé solidaire » (C2S) pour des personnes pouvant se retrouver en difficulté administrative. Ce partenariat doit favoriser un accès réel aux droits et aux soins, à travers un traitement attentionné et rapide des dossiers de patients sans droits à la prise en charge des frais de santé ;

- le volet Planir portant sur l'accompagnement des migrants et des demandeurs d'asile : il s'agit de proposer différents dispositifs de prise en charge (AME, PUMa, soins urgents, assurance privée, carte européenne d'assurance maladie) aux migrants demandeurs d'asile et aux communautaires inactifs. Cette action repose sur la mise en place de partenariats locaux renforcés avec les opérateurs concernés (structures du premier accueil des demandeurs d'asile - SPADA -, centres d'accueil de demandeurs d'asile - CADA -, structures associatives), afin d'accompagner les démarches d'ouverture de droits.

Source : Direction de la sécurité sociale.

Enfin, **la commission s'oppose à la réintroduction d'un droit de timbre pour l'accès à l'AME**, qui pénaliserait l'accès aux soins de personnes dont la situation financière reste précaire et pour lesquelles il convient de lever les obstacles au recours aux soins de prévention.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le 18 novembre 2020, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport pour avis de Mme Annie Delmont-Koropoulis sur le projet de loi de finances pour 2021 (mission « Santé »).

Mme Annie Delmont-Koropoulis, rapporteure pour avis de la mission « Santé ». – *Au regard d'une progression annoncée de ses crédits supérieure à 17 % pour 2021, nous étions en droit d'espérer sinon une renaissance, du moins un renouveau stratégique de la mission « Santé ». D'autant que la crise sanitaire a mis en lumière le caractère pleinement régalien des politiques de sécurité sanitaire : une réaffirmation des moyens budgétaires de l'État dans ce domaine aurait ainsi eu du sens. Mais ne nous leurrions pas, les augmentations de crédits affichées sont loin d'être à la hauteur des espoirs que nous aurions pu nourrir.*

Le programme 204 affiche la progression la plus significative, de 29 % pour 2021. Cette augmentation des moyens du programme est néanmoins essentiellement imputable à la majoration de la dotation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et au financement d'un plan d'investissement en sa faveur d'un montant de 45 millions d'euros. L'État ne fait en réalité là qu'assumer enfin ses responsabilités à l'égard de l'agence de santé de ce territoire ultramarin dont les moyens étaient chroniquement sous-budgétisés.

Un peu moins de 4 millions d'euros supplémentaires sont également consacrés aux actions juridiques et contentieuses, pour un montant total supérieur à 57 millions d'euros qui comprend notamment la dotation versée par l'État à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam).

À cet égard, un désaccord persiste entre l'État et le laboratoire Sanofi sur leurs responsabilités respectives à l'égard des victimes de la Dépakine®. Sanofi maintient qu'il a porté à la connaissance des autorités sanitaires dès le début des années 1980 les informations nécessaires sur les risques de malformations associés à la Dépakine® et continue donc de contester systématiquement devant la justice les notifications créances que lui adresse l'État.

L'éparpillement des crédits de sécurité sanitaire et de prévention inscrits sur le programme 204 et l'attrition de la part du financement des agences sanitaires privent ce programme de toute cohérence stratégique et continuent de poser la question de son maintien.

La commission s'était opposée l'an dernier au transfert intégral du financement de Santé publique France vers l'assurance maladie, alors que l'agence exerce, pour le compte de l'État, des missions d'importance vitale pour la nation en matière de sécurité sanitaire. Nous l'avons bien vu avec la question des masques au début de la crise liée à la covid-19. Alors qu'il captait près de 48 % des crédits du programme 204 en 2014, le financement des opérateurs sanitaires en représente

désormais moins du quart. Le programme ne contribue désormais plus qu'au financement de deux agences sanitaires : l'institut national du cancer (INCa) et l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

Le financement par l'assurance maladie autorise, par ailleurs, le Gouvernement à fixer le montant des dotations des opérateurs sanitaires par arrêté, sans possibilité pour le législateur d'en prendre connaissance lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La veille et la sécurité sanitaires constituant des missions régaliennes, je plaide pour le « rapatriement » sur le budget de l'État des crédits non seulement de Santé publique France, mais également de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui exerce des missions de police sanitaire au nom de l'État, et de l'école des hautes études en santé publique (EHESP).

Ma dernière observation sur le programme 204 concerne les moyens des comités de protection de personnes (CPP), qui n'augmenteront pas en 2021 alors même qu'ils ont été soumis à une charge de travail intense pour accompagner l'effort de recherche clinique déployé pendant la crise sanitaire. En dépit des promesses du ministère fin 2018, 34 CPP sur 39 fonctionnent toujours avec seulement un équivalent temps plein (ETP), ce qui continue de poser des problèmes pour l'instruction des projets de recherche pendant la période estivale.

J'en viens au programme 183 qui porte les crédits de l'aide médicale de l'État (AME). Alors qu'on nous promettait une maîtrise de la dépense pour 2019, le nombre de bénéficiaires a connu un rebond de 5 % à la fin de l'année dernière. Le confinement et la déprogrammation des soins non urgents devraient mécaniquement conduire à une moindre dépense d'AME en 2020, mais celle-ci rebondira logiquement en 2021. Le Gouvernement prévoit ainsi une augmentation du coût total de l'AME, intégrant l'AME de droit commun et l'AME de soins urgents, supérieure à 15 % pour s'établir en 2021 à plus de 1 milliard d'euros, un niveau qu'elle n'avait encore jamais franchi.

Les fondamentaux de la dépense d'AME restent préoccupants. L'AME de droit commun continue de couvrir majoritairement des prestations hospitalières à hauteur de 66 % en 2019, contre seulement 34 % pour les soins de ville. Le recours des bénéficiaires aux soins de prévention demeure donc limité.

En outre, la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie au titre de l'AME de droit commun s'établit, en 2019, à 15 millions d'euros. S'ajoute à cela une dépense d'AME de soins urgents de 66 millions d'euros en 2019, qui reste de 26 millions d'euros supérieure à la contribution forfaitaire consentie par l'État, conduisant l'assurance maladie à prendre en charge le différentiel pour les hôpitaux.

Dans ces conditions, je plaide pour que l'intégralité de la dépense d'AME de soins urgents soit compensée par l'État dès lors qu'elle correspond à la prise en charge de frais de santé de personnes qui ne relèvent pas du régime général de la sécurité sociale.

L'an dernier, un rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales sur la gestion de l'AME faisait état de détournements du dispositif et de la permanence de risques de fraudes et d'abus. Elle évoquait ainsi des cas caractérisés de tourisme médical et constatait une prévalence des naissances dans le cadre du dispositif des soins urgents et vitaux en 2018 suggérant une venue sur le territoire pour une prise en charge obstétricale.

À ces détournements s'ajoutent des fraudes et abus que les contrôles exercés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), certes renforcés, peinent encore à endiguer : je pense, par exemple, aux fraudes à l'AME pour l'acquisition de produits psychotropes ou stupéfiants, ou à la problématique des multi-hébergeurs.

Face à ce constat préoccupant, les mesures introduites par le Gouvernement fin 2019 pour prévenir les risques de détournement du dispositif seront à mon sens insuffisantes. Elles comprennent le renforcement de la condition de résidence en situation irrégulière, le conditionnement de la prise en charge de certaines prestations programmées et non urgentes à un délai d'ancienneté dans le dispositif et l'obligation de comparution physique en CPAM pour le dépôt du dossier de demande d'AME pour les primo-bénéficiaires. Ces conditions ont dû néanmoins être aménagées ou suspendues pendant la crise sanitaire.

Afin de réunir les conditions d'une maîtrise durable de la dépense d'AME, je vous proposerai en conséquence d'adopter un amendement visant à recentrer le panier de soins de l'AME sur les soins urgents, d'une part, et sur les soins de prévention, d'autre part. Les soins pris en charge par cette nouvelle aide médicale dite de « santé publique » incluraient ainsi : la prophylaxie et le traitement des maladies graves et les soins urgents, alignant de ce fait le périmètre des soins pris en charge sur ceux couverts par le dispositif équivalent en Allemagne et dans de nombreux autres pays européens ; les soins liés à la grossesse et à ses suites ; un ensemble de soins de prévention comprenant les vaccinations réglementaires et les examens de médecine préventive.

Je suis, en outre, opposée à la réintroduction d'un droit de timbre pour l'accès à l'AME, qui pénaliserait l'accès aux soins de personnes dont la situation financière reste précaire. En contrepartie du recentrage du panier de soins de l'AME, je souhaite en effet lever les obstacles au recours aux soins, notamment de prévention.

Dans un souci de maximisation de l'accès des personnes en situation irrégulière aux soins et à la prévention, je vous propose ainsi de créer, au sein de la mission « Santé », un nouveau programme dédié au financement d'actions conduites par l'État, l'assurance maladie et les associations, notamment dans le cadre de maraudes, d'équipes mobiles de prévention ou encore de barnums de dépistage, destinés à aller à la rencontre des personnes en situation irrégulière, afin de leur proposer des examens et de les sensibiliser sur la nécessité de solliciter le dispositif de l'aide médicale de santé publique pour bénéficier d'examen complémentaires de prévention. Ce nouveau programme serait financé à hauteur de 10 millions d'euros, issus d'une partie des économies susceptibles de découler de la redéfinition du panier de soins de la nouvelle aide médicale de santé publique.

Mes propositions entendent répondre à une réalité que j'ai moi-même pu mesurer sur le terrain, en tant que médecin : le dispositif de l'AME tend à être dénaturé par la persistance de comportements frauduleux, au détriment de personnes qui n'ont pas accès aux soins faute de connaître leurs droits ou par crainte de se faire connaître de l'administration. Cette situation qui nous invite au pragmatisme : combattre la fraude de façon déterminée tout en maximisant l'accès aux soins des plus vulnérables.

Telles sont mes observations sur la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2021. Sous réserve de l'adoption des amendements que je vous soumets, je vous propose de donner un avis favorable aux crédits de la mission.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je félicite la rapporteure pour son rapport. Sur la question de l'AME, elle a su, grâce à son expérience de médecin et sa connaissance du territoire de la Seine-Saint-Denis, trouver un équilibre. L'AME est un sujet difficile : ses crédits augmentent, car le nombre de personnes éligibles s'accroît, mais il faut rappeler que ce dispositif est transitoire. Soit les personnes sont accueillies sur notre territoire et basculent dans un régime de droit commun, soit elles doivent être reconduites à la frontière.

Mme Laurence Cohen. – Je remercie Annie Delmont-Koropoulis pour son rapport. La pandémie n'a eu qu'une faible incidence sur les crédits alloués à la mission, ce que je déplore. Le rapport évoque le transfert de Santé publique France à l'assurance maladie : il aurait fallu mobiliser les crédits de l'État.

Les crédits ne sont pas au rendez-vous. L'Oniam ne bénéficie pas de crédits supplémentaires, alors qu'il joue un rôle très important. Il en va de même par l'INCa. Le confinement a pourtant entraîné des retards de traitement en oncologie, avec des reports de chirurgies et de chimiothérapies.

S'agissant de l'AME, la rapporteure a trouvé une solution que nous n'approuvons pas. L'an dernier, nous nous étions opposés au durcissement des conditions d'accès à cette aide. Nous avons dénoncé une réforme contreproductive, injuste et inefficace. J'ai noté l'importance du volet prévention, mais nous ne sommes pas d'accord avec la notion de panier de soins, qui est une fausse bonne idée.

Nous voterons donc contre les crédits de la mission « Santé ».

Mme Florence Lassarade. – Comme médecin libéral, le panier de soins ne me convient pas. Lorsqu'un bénéficiaire de l'AME prend rendez-vous, nous ne connaissons pas la nature du problème médical qui justifie sa demande de consultation.

Mme Colette Mélot. – Je remercie la rapporteure pour son exposé. Le périmètre de la mission est limité puisque l'essentiel des mesures relève du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les propositions sur l'AME sont pragmatiques et équilibrées. Quant aux crédits du programme 204, ils sont en augmentation de 29 % en 2021.

Je voudrais attirer l'attention sur deux sujets : les ruptures de stocks des vaccins antigrippaux nous rappellent l'urgence du renforcement de nos politiques de prévention ; un retard de diagnostic de cancers a été observé pendant le premier confinement.

Mon groupe votera les crédits de la mission.

M. Jean Sol. – *Je m'associe aux félicitations adressées à la rapporteure pour la qualité de son rapport. Je souscris à sa proposition sur l'AME.*

Je suis consterné par la stagnation des moyens des CPP, alors même que ceux-ci ont été soumis à une intense charge de travail pour accompagner l'effort de recherche clinique déployé pendant la crise. Mme Buzyn s'était fortement engagée sur cette question, et il est regrettable que ses promesses n'aient pas été tenues : 34 CPP sur 39 ne fonctionnent qu'avec un ETP, ce qui va être un handicap pour poursuivre le travail engagé, notamment par le Sénat.

Mme Annie Delmont-Koropoulis, rapporteure pour avis. – *Madame Cohen, en ce qui concerne le programme 204, on peut se féliciter que le Sénat ait introduit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 le principe d'une compensation à l'euro près par l'État du transfert de Santé publique France à l'assurance maladie.*

Nous regrettons que les crédits de l'INCa diminuent très légèrement. Nous pourrions entendre les représentants de l'INCa afin de savoir si les moyens sont réunis pour une future stratégie décennale de lutte contre le cancer.

Le recentrage du panier de soins s'articule autour de trois volets de prise en charge.

Le premier couvre toutes les situations susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital du patient ou de dégrader durablement son état de santé : ce sont les « maladies graves et les soins urgents ». Cela suppose de prendre en charge les affections aiguës, comme une appendicite, des fractures, des blessures graves. Seront également pris en charge la prévention et le traitement de pathologies graves : maladies infectieuses graves, maladies chroniques comme les cancers, l'insuffisance rénale et le diabète. Le deuxième concerne les soins liés à la grossesse et à la maternité.

Le troisième couvre les soins de prévention en garantissant l'accès aux vaccinations réglementaires et aux examens de prévention. Le dispositif des examens de prévention en santé mis en œuvre par les 85 centres d'examen de santé pourrait être mobilisé pour permettre l'accès des bénéficiaires à l'aide médicale de santé publique, afin de bénéficier de consultations et d'examens adaptés à l'âge et aux facteurs de risque. Les examens de prévention en santé permettent de bénéficier de consultations en lien avec les problèmes d'addiction, de santé sexuelle, de troubles cardiovasculaires, de dépistage du cancer et de troubles psychologiques.

Madame Lassarade, la consultation facturée par un médecin sera payée par l'assurance maladie si le patient a une carte d'AME. Le médecin n'est pas le flic de service ! Nous avons, vous et moi, régulièrement fait des consultations gratuites. Si l'on a réduit le panier de soins, c'est pour limiter les fraudes des réseaux mafieux,

qui utilisent les cartes d'AME de personnes qu'ils ont fait venir sur le sol français pour obtenir, via des consultations médicales, des ordonnances de médicaments onéreux, de psychotropes, de Subutex®, d'hormones de croissance, d'insuline, etc. Cette fraude se chiffre en dizaines de millions d'euros. Cette mesure fait partie des « fermetures de robinet » indispensables pour que nous puissions aider plutôt ceux qui ne vont pas vers le soin alors même qu'ils en ont besoin.

Madame Mélot, le confinement a donné lieu à des chutes dramatiques des vaccinations réglementaires. Il faut être vigilant sur l'hésitation vaccinale. L'adhésion de la population aux vaccins contre le covid-19 est un véritable enjeu. Il faut que le Gouvernement rassure les Français, et soit transparent sur les effets secondaires et les risques.

Monsieur Sol, un article additionnel a été intégré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pour créer une contribution additionnelle sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques afin de dégager des moyens supplémentaires pour les CPP. Le montant devrait être de 3 millions d'euros.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 33

ÉTAT B

Mme Annie Delmont-Koropoulis, rapporteure pour avis. – Dans un souci de maximisation de l'accès aux soins et à la prévention des bénéficiaires de l'aide médicale de santé publique, je vous propose un amendement qui crée, au sein de la mission « Santé », un programme dédié au financement d'actions conduites par l'État, l'assurance maladie et les associations, notamment dans le cadre de démarches d'« aller vers », telles que des maraudes, des bus de prévention ou encore des barnums de dépistage, pour aller à la rencontre des personnes en situation irrégulière, leur proposer des examens et les sensibiliser à la nécessité de solliciter le dispositif de l'aide médicale de santé publique pour bénéficier d'examens complémentaires de prévention. Le montant alloué à ce programme est de 10 millions d'euros.

Cet amendement est adopté.

Article additionnel après l'article 65

Mme Annie Delmont-Koropoulis, rapporteure pour avis. – Mon amendement prévoit de remplacer l'AME de droit commun par une aide médicale dite de « santé publique » recentrée.

La prise en charge comprendrait : le traitement des maladies graves et les soins urgents, couvrant l'ensemble des situations susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital de la personne ou d'affecter durablement son état de santé ; les soins

liés à la grossesse et ses suites ; un ensemble de soins de prévention comprenant les vaccinations réglementaires et les examens de médecine préventive.

Cet amendement maintient enfin les apports de la réforme introduite par le Gouvernement en loi de finances pour 2020 : clarification de la condition de résidence, obligation de comparution physique et, pour les soins non vitaux, délai d'ancienneté dans le dispositif et accord préalable de l'équipe de soins.

Cet amendement est adopté.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Le premier amendement est-il gagé sur le second ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis, rapporteur pour avis. – Pour le premier amendement, il est prévu de transférer 10 millions d'euros du programme 183 vers ce nouveau programme.

La commission émet un avis favorable à l'adoption de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2020, sous réserve de l'adoption de ses amendements.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Direction générale de la santé (DGS)**
 - Véroniques Deffranes** cheffe de service et secrétaire général
 - Christelle Lemieux**, cheffe de la division ressources
 - Grégoire Rullier**, chef du bureau budget, performance et contrôle interne budgétaire et comptable
 - Athina Aleonard**, adjointe au chef du bureau budget, performance et contrôle interne budgétaire et comptable
 - Antonin Boulineau**, stagiaire « questions parlementaires »
- **Caisse primaire d'assurance de Seine-Saint-Denis (CPAM de Seine-Saint-Denis)**
 - Aurélie Combas-Richard**, directrice générale
 - Jean-Gabriel Mouraud**, directeur adjoint
- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**
 - Pierre Prady**, adjoint au sous-directeur
 - Anna Gomez-Colombani**, adjointe au Cheffe de bureau 5 A synthèse financière
 - Denis Le Bayon**, sous-directeur SD2
 - Fanny Chauviré**, cheffe de bureau accès aux soins et prestations de santé
 - Sara Donati**, chargée de mission au sein du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé à la direction de la sécurité sociale