

## PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2021

## MISSION « SANTÉ »

## Avis

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 éparés 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.**

**1. 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 2020<sup>1</sup> 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 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.

<sup>1</sup> Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

---

## 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 2017<sup>1</sup>, 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 d'ores et déjà été versés. Dans le souci d'accélérer le traitement des dossiers, **la loi de finances pour 2020<sup>2</sup> 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<sup>er</sup> janvier 1982.

En première lecture, l'Assemblée nationale a amendé le projet de loi de finances pour 2021<sup>3</sup> 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 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 recettes<sup>4</sup> 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. »*<sup>5</sup>

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**<sup>6</sup>, introduite par le droit communautaire<sup>7</sup> mais qu'il reste possible d'aménager.

---

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

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

<sup>3</sup> Article 65 (*nouveau*) du projet de loi.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

## B. UN ÉPARILLEMENT 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 décroissement 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 intégral<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**, 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 quart<sup>3</sup>.**

---

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)<sup>4</sup>.

---

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

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Dont l'équipement des professionnels de santé en matériel de protection face à une catastrophe sanitaire.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 ».

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 minime 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**<sup>1</sup> qui devrait disposer, en 2021, de 130 millions d'euros<sup>2</sup> (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 lecture à l'Assemblée nationale tendent à **revaloriser pour un total de 110 000 euros**<sup>3</sup> **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'instruments<sup>4</sup>, 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.

---

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

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

<sup>3</sup> Redéployés du programme 183 vers le programme 204.

<sup>4</sup> 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'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 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 2021<sup>1</sup>, 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 supplémentaire<sup>2</sup> 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 2019<sup>3</sup>, et du **dossier médical partagé** (DMP), sous l'impulsion de la délégation interministérielle au numérique en santé, opérationnelle depuis 2020, 4,4 millions

---

<sup>1</sup> Article 17 *ter* du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

<sup>2</sup> Évalué à 3,2 millions d'euros en base 2019.

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

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 d'hébergement pour personnes âgées indépendantes (Ehpad), plaident pour un 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**.

## **2. 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 maladie<sup>1</sup>.

### **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 **délai de carence de trois mois pour l'accès à la protection universelle maladie (PUMa) des demandeurs d'asile**<sup>2</sup>.

Alors que la croissance du nombre de bénéficiaires s'était relativement stabilisée depuis 2016<sup>3</sup>, 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

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

<sup>2</sup> Ce délai de carence est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> 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).

<sup>3</sup> + 1 % en moyenne entre le 31 décembre 2016 et le 31 décembre 2018.

l'AME s'élève, en 2018, à **2 696 euros**<sup>1</sup>, contre 3 037 euros de dépense de consommation de soins et de biens médicaux par habitant en France<sup>2</sup>.

## **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 ville<sup>3</sup>.**

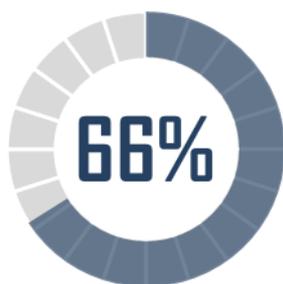
Les séjours présentant une sévérité particulière représentent toujours près d'un quart des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME de droit commun, ce qui témoigne des difficultés à mobiliser une grande partie de la population éligible autour de la prévention afin d'éviter que les patients se 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 **l'intégralité de la dépense d'AME de soins urgents devrait être compensée par l'État** dès lors qu'elle correspond à ses engagements budgétaires<sup>4</sup>.



**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**

<sup>1</sup> 674 euros de dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire selon les données de la direction de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 ouvrière, 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.

<sup>4</sup> 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.

## 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 santé<sup>1</sup> 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 %<sup>2</sup>. 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 expiré**<sup>3</sup> 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<sup>er</sup> 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 rapport<sup>4</sup> 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.* »

<sup>1</sup> En particulier, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les auxiliaires de santé.

<sup>2</sup> Selon des estimations de la direction de la sécurité sociale, à partir des données de la CNAM.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Jean-Yves Latournerie, Jérôme Saulière, Christophe Hemous, Fabienne Bartoli, Francis Fellingier 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 rapport<sup>1</sup> 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 rapport<sup>2</sup> 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 2020<sup>3</sup>, 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 reportée. Ce décret<sup>4</sup> n'est finalement paru que le 1<sup>er</sup> 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 prévue<sup>5</sup>. 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 pénales<sup>6</sup> 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**

<sup>1</sup> 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.

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

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

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> IV de l'article 1er de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux.

<sup>6</sup> Plaintes et signalements en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

à l'étranger. Enfin, les CPAM ont désormais accès, depuis le 1<sup>er</sup> 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-consomphants » 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 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.



**Catherine Deroche**  
*Présidente*  
Sénatrice  
(Les Républicains)  
Maine-et-Loire



**Annie Delmont-Koropoulis**  
*Rapporteuse*  
Sénatrice  
(Les Républicains)  
Seine-Saint-Denis

### Commission des affaires sociales

<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>

01 42 34 20 00 – [contact.sociales@senat.fr](mailto:contact.sociales@senat.fr)

### Consulter le dossier législatif :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjlf2021.html>