

N° 164

---

**SÉNAT**

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 19 novembre 2015

**RAPPORT GÉNÉRAL**

FAIT

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances pour 2016, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Albéric de MONTGOLFIER,

Sénateur,

*Rapporteur général.*

TOME III

**LES MOYENS DES POLITIQUES PUBLIQUES  
ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES**

**(Seconde partie de la loi de finances)**

ANNEXE N° 28

**SANTÉ**

*Rapporteur spécial* : M. Francis DELATTRE

---

*(1) Cette commission est composée de : Mme Michèle André, présidente ; M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général ; Mme Marie-France Beaufils, MM. Yvon Collin, Vincent Delahaye, Mmes Fabienne Keller, Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. André Gattolin, Charles Guené, Francis Delattre, Georges Patient, Richard Yung, vice-présidents ; MM. Michel Berson, Philippe Dallier, Dominique de Legge, François Marc, secrétaires ; MM. Philippe Adnot, François Baroin, Éric Bocquet, Yannick Botrel, Jean-Claude Boulard, Michel Bouvard, Michel Canevet, Vincent Capo-Canellas, Thierry Carcenac, Jacques Chiron, Serge Dassault, Bernard Delcros, Éric Doligé, Philippe Dominati, Vincent Eblé, Thierry Foucaud, Jacques Genest, Didier Guillaume, Alain Houpert, Jean-François Husson, Roger Karoutchi, Bernard Lalande, Marc Laménie, Nuihau Laurey, Antoine Lefèvre, Gérard Longuet, Hervé Marseille, François Patriat, Daniel Raoul, Claude Raynal, Jean-Claude Requier, Maurice Vincent, Jean Pierre Vogel.*

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 3096, 3110 à 3117 et T.A. 602**

**Sénat : 163 et 165 à 170 (2015-2016)**



---

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL.....	5
<b>PREMIÈRE PARTIE</b> <b>ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »</b>	
I. UN PÉRIMÈTRE STABLE, DES TRANSFERTS MARGINAUX .....	8
II. DES CRÉDITS EN HAUSSE DE 4,7 % EN 2016, DÉPASSANT LE PLAFOND DU TRIENNAL 2015-2017 .....	9
A. UNE NOUVELLE AUGMENTATION DES DÉPENSES EN 2016.....	9
B. LE NON-RESPECT DU PLAFOND DE LA LOI DE PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES .....	11
C. DEUX PROGRAMMES AUX DYNAMIQUES CONTRAIRES.....	12
III. UNE MAQUETTE DE PERFORMANCE REMANIÉE .....	14
A. AU NIVEAU DE LA MISSION : LE SUIVI DE L' « ÉTAT DE SANTÉ PERÇUE ».....	14
B. LES NOUVEAUX INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PROGRAMME 204 .....	15
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> <b>LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION SANTÉ EN 2016</b>	
I. DES OPÉRATEURS SANITAIRES CONFRONTÉS AU DOUBLE DÉFI DE LA RÉORGANISATION ET DE LA BAISSÉ DES SUBVENTIONS .....	17
A. LA POURSUITE DES EFFORTS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DEMANDÉS AUX OPÉRATEURS.....	17
1. Une baisse globale de 3,1 % des subventions pour charges de service public en 2016 .....	17
2. Un schéma d'emploi de - 50 ETP tous opérateurs confondus .....	20
B. LES RÉORGANISATIONS EN COURS AU SEIN DU SYSTÈME D'AGENCES SANITAIRES .....	21
II. L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT : UNE DÉPENSE NÉCESSAIRE MAIS DONT LA HAUSSE TENDANCIELLE APPELLE À RÉAGIR.....	23
A. UN DISPOSITIF DE SANTÉ PUBLIQUE NÉCESSAIRE.....	23
1. Trois types d'aide médicale d'État représentant une dépenses publique totale de 831 millions d'euros en 2014 .....	23
2. Environ 300 000 bénéficiaires, majoritairement jeunes, dont une part importante de femmes enceintes .....	25
3. Près de 70 % de dépenses hospitalières au titre de l'AME de droit commun.....	29

---

B. UNE SOUS-BUDGÉTISATION CHRONIQUE, QUI TEND À MASQUER	
L'ÉVOLUTION RÉELLE DE LA DÉPENSE .....	32
1. L'ouverture de 87,6 millions d'euros de crédits supplémentaires par le projet de loi de finances rectificative pour 2015 .....	32
2. Une majoration de 10 % des crédits ouverts en 2016 .....	34
C. UNE VOIE ÉTROITE DE RÉFORME : MIEUX CIBLER LE DISPOSITIF SUR LES PUBLICS ET LES SOINS PRIORITAIRES, EN ÉVITANT L'ÉCUEIL D'UN REPORT DE CHARGES SUR LES HÔPITAUX .....	35
1. La proposition d'« aide médicale d'urgence » adoptée par le Sénat .....	35
2. Un impératif : conserver un dispositif suffisant de prise en charge par l'État afin d'éviter des reports de charges importants sur les hôpitaux .....	39
<b>EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ .....</b>	<b>41</b>
• <b>ARTICLE 62 quinquies Remise de créance de victimes ou ayants droits débiteurs du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) .....</b>	<b>41</b>
<b>LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE .....</b>	<b>45</b>
<b>AMENDEMENT PROPOSÉ PAR VOTRE COMMISSION DES FINANCES .....</b>	<b>47</b>
<b>EXAMEN EN COMMISSION .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>55</b>
<b>Liste des personnes entendues .....</b>	<b>57</b>

## LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL

1. Le projet de loi de finances pour 2016 prévoit une **augmentation de 4,7 % des crédits de la mission « Santé »** à périmètre courant et de 4,6 % à périmètre constant. Les crédits de paiement de la mission s'élèveront ainsi à **1 257 millions d'euros en crédits de paiement**. Comme l'année passée, la mission **ne respecte pas la norme « zéro valeur »**, selon laquelle les dépenses du budget général de l'État doivent être stabilisées en valeur à périmètre constant.

2. Le montant des crédits inscrits pour 2016 **dépasse de 3 % le plafond, fixé à 1 220 millions d'euros**, par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019.

3. Les deux programmes de la mission « Santé » évoluent de façon opposée en 2016 : **les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » diminuent de 2,4 %** par rapport à la prévision pour 2015, **tandis que ceux du programme 183 « Protection maladie » augmentent de 9,9 %**. Cette évolution contrastée s'explique par le dynamisme variable des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'intervention, en particulier des dépenses d'aide médicale d'État (AME).

4. Conformément aux recommandations de la Cour des comptes, **un nouvel indicateur de performance au niveau de la mission** est introduit à compter de 2016 afin de **mesurer l'« état de santé perçue »**. En 2013, dernière année pour laquelle l'indicateur est disponible, **68 % de la population âgée de 16 ans et plus interrogée a déclaré être en bonne ou en très bonne santé générale**.

5. Une nouvelle **diminution de 3,1 % des subventions pour charges de service public allouées aux opérateurs sanitaires** est prévue en 2016, conformément à la lettre de cadrage du Premier ministre.

6. Les transferts de compétences entre agences sanitaires prévus par le **projet de loi de modernisation de notre système de santé**, en cours d'examen par le Parlement, n'ayant pas tous été pris en compte dans le présent projet de loi de finances, des ajustements devraient intervenir en cours d'exécution, laissant ainsi peser **des incertitudes quant au respect de la prévision de dépenses des opérateurs sanitaires en 2016**.

7. **Tous types d'AME confondus, les dépenses constatées en 2014 se sont élevées à 831 millions d'euros**, en baisse de 1,7 % par rapport à 2013, année au cours de laquelle une hausse de 20 % avait été enregistrée. **L'aide médicale d'État (AME) de droit commun**, financée par l'État, représente **87 % des dépenses totales** de soins en faveur des étrangers en situation irrégulière, pris en charge par l'État et l'assurance maladie.

8. Au 31 mars 2015, près de **300 000 bénéficiaires** de l'AME de droit commun étaient recensés, dont une grande majorité d'hommes jeunes, **soit une augmentation de 6 % par rapport à la fin de l'année 2013**. Par ailleurs, le nombre de séjours liés au suivi de grossesses ou à des accouchements représentaient environ 20 % des séjours hospitaliers en 2014.

9. Les **dépenses hospitalières** représentent près de **70 % des dépenses d'AME de droit commun**, même si celles-ci tendent à diminuer sous l'effet de la **réforme de la tarification des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique**. Cette réforme, qui permettrait de réaliser **55 millions d'euros d'économies en 2015 et 60 millions d'euros en 2016**, entraîne néanmoins **une baisse à due concurrence des recettes des hôpitaux**, par ailleurs confrontés à une durée de moyenne de séjour souvent plus longue pour les prises en charge au titre de l'AME.

10. Le projet de loi de finances rectificative pour 2015 prévoit **l'ouverture de 87,6 millions d'euros supplémentaires** sur le programme 183 « Protection maladie » **afin de couvrir les besoins constatés au titre de l'AME de droit commun**. Ce nouvel abondement de crédits **s'explique principalement par la sous-budgétisation initiale du dispositif** plutôt que par l'évolution des dépenses. Les dépenses d'AME de droit commun n'augmenteraient, en effet, que de 0,4 % par rapport au montant constaté en loi de règlement pour 2014.

11. La prévision actualisée de **dépenses d'AME** pour 2015 étant d'ores et déjà supérieure de près de 20 millions d'euros aux **744,5 millions d'euros** crédits inscrits pour ce dispositif en 2016 – en hausse de 10 % par rapport à 2015 – **une nouvelle sous-budgétisation est à craindre**. Les **incertitudes relatives à l'évolution du nombre de bénéficiaires** de l'AME de droit commun font également peser un aléa sur la prévision de dépenses.

12. La proposition d'« **aide médicale d'urgence** » adoptée par le Sénat dans le cadre du projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration constitue une piste intéressante de réforme, sur le modèle du dispositif existant en Allemagne. Néanmoins, **un financement minimal de l'État doit être conservé** afin d'éviter un report de charges vers les établissements publics de santé et que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent au reste de la population.

*Au 10 octobre 2015, date limite, en application de l'article 49 de la LOLF, pour le retour des réponses du Gouvernement aux questionnaires budgétaires concernant le présent projet de loi de finances, 29 % des réponses portant sur la mission « Santé » étaient parvenues à votre rapporteur spécial. Ce taux était seulement de 58 % au 16 novembre 2015.*

## PREMIÈRE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

La mission « Santé » du budget général a un périmètre limité. **L'essentiel des actions sanitaires relève en effet du champ des lois de financement de la sécurité sociale.** La mission est composée de deux programmes :

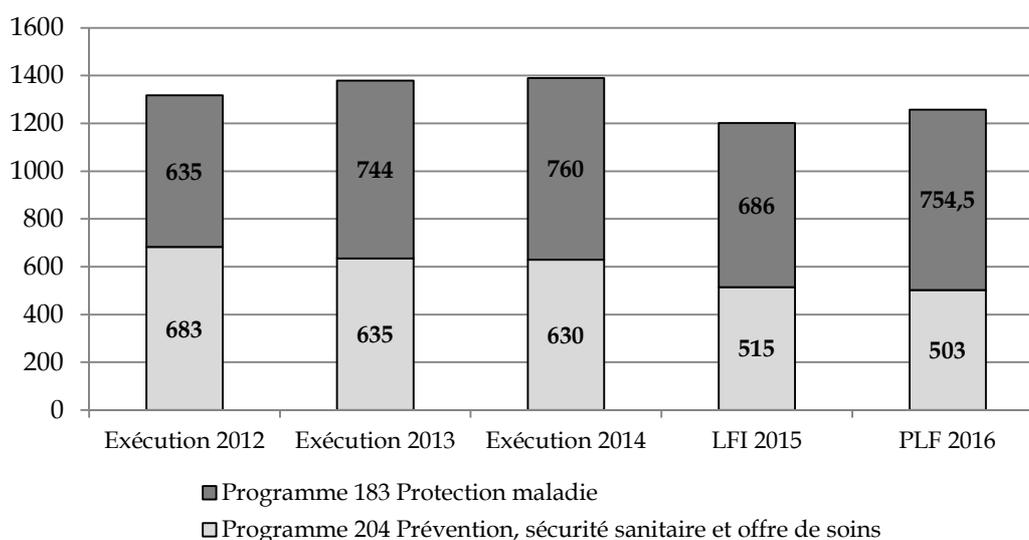
- le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**, piloté par la direction générale de la santé. Représentant 40 % des crédits de la mission, il vise à développer la politique de prévention, à garantir la protection contre les risques sanitaires et à organiser une offre de soins de qualité sur tout le territoire ;

- le **programme 183 « Protection maladie »**, qui représente 60 % des crédits de la mission, soit 3 % de plus qu'en 2015. Piloté par la direction de la sécurité sociale, il est **essentiellement consacré à l'aide médicale d'État (AME).**

La mission « Santé » ne comporte **pas de crédits de personnel** ; les crédits de rémunération des personnels concourant à la mise en œuvre des programmes de la mission sont regroupés au sein du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

### Évolution des crédits de la mission « Santé » par programme

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des projets annuel de performances pour 2015 et 2016 et des rapports annuels de performance de la mission « Santé » pour 2012 et 2013)

---

## I. UN PÉRIMÈTRE STABLE, DES TRANSFERTS MARGINAUX

Après une phase d'accroissement de son périmètre entre 2009 et 2012, l'année 2015 a été marquée par de nombreux transferts de dépenses de la mission « Santé » du budget de l'État vers l'assurance maladie. Le financement de la formation médicale initiale, regroupant environ 139 millions d'euros d'indemnisation des internes de médecine générale et de certaines spécialités, a notamment été transféré du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

En 2016, aucune mesure de périmètre ne concerne la mission « Santé ». Des **mesures de transfert, ayant un impact cumulé de 1 million d'euros** sur les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission, sont néanmoins prévues :

- 1,73 million d'euros sont imputés sur l'action 11 « Pilotage de la politique publique de santé » au titre de la valorisation de masse salariale correspondant au **transfert des personnels des Cellules de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) des agences régionales de santé**, financées par les crédits support du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », vers l'Institut nationale de veille sanitaire, dans la perspective de la création de la future Agence nationale de santé publique (cf. *infra*) ;

- les dotations des actions 12 « Accès à la santé et éducation à la santé » et 13 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » sont diminuées chacune de 500 000 euros afin d'alimenter le nouveau **fonds pour la prévention de la prostitution et l'accompagnement social et professionnel des personnes prostituées**. Au total, **1 million d'euros** est ainsi transféré du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » vers le programme 137 « Egalité entre les femmes et les hommes » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » ;

- une participation au financement du centre national civil et militaire de formation et d'entraînement nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif (NRBCE-E) à hauteur de 40 000 euros est imputée sur l'action 16 « Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires » ;

- un transfert de 308 000 euros est prévu vers l'action 18 « Projets régionaux de santé », au titre des compétences sanitaires recentralisées.

Enfin, le projet annuel de performances de la mission « Santé » pour 2016 indique que **de nouvelles affectations de ressources vers les opérateurs sanitaires devraient intervenir dans le courant de l'année 2016** afin de tirer les conséquences des transferts de compétences prévus par le

**projet de loi de modernisation de notre système de santé**, en cours d'examen devant le Parlement.

## **II. DES CRÉDITS EN HAUSSE DE 4,7 % EN 2016, DÉPASSANT LE PLAFOND DU TRIENNAL 2015-2017**

### **A. UNE NOUVELLE AUGMENTATION DES DÉPENSES EN 2016**

Le montant global des crédits de la mission « Santé » s'élève à 1 256 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE) et **1 257 millions d'euros en crédits de paiement (CP) pour l'exercice 2016**.

À périmètre courant, c'est-à-dire sans tenir compte des effets des mesures de transfert présentées précédemment, **les crédits de paiement augmenteraient donc de 4,7 %, soit 56 millions d'euros**, par rapport au montant inscrit en loi de finances pour 2015. En tenant compte des mesures de transfert ayant un impact à la hausse d'environ 1 million d'euros sur les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », les crédits de paiement progressent de 4,6 % par rapport à 2015.

La comparaison des crédits proposés pour 2016 avec l'exécution 2014 présente un intérêt plus limité, dans la mesure où le périmètre de la mission a été réduit en 2015, à la suite du transfert de certaines dépenses vers l'assurance maladie. **Les crédits de la mission diminuent ainsi de 2,9 % en 2016 par rapport au résultat constaté au titre de l'exercice 2014**.

Il convient par ailleurs de rappeler les difficultés de maîtrise des dépenses de la mission « Santé » observées l'année passée. En 2014, les crédits de paiement effectivement consommés ont dépassé de 7,3 % la prévision en loi de finances initiale et de 0,8 % l'exécution constatée en 2013.

**Observation n° 1** : le projet de loi de finances pour 2016 prévoit une **augmentation de 4,7 % des crédits de la mission « Santé »** à périmètre courant et de 4,6 % à périmètre constant. Les crédits de paiement de la mission s'élèveront ainsi à **1 257 millions d'euros en crédits de paiement**. Comme l'année passée, la mission **ne respecte pas la norme « zéro valeur »**, selon laquelle les dépenses du budget général de l'État doivent être stabilisées en valeur à périmètre constant.

## Évolution des crédits de la mission « Santé » à périmètre courant en 2016

(en euros)

	LFI 2015		PLF 2016		Évolution 2016/2015	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
<b>Programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »</b>						
Action 11 : Pilotage de la politique de santé publique	91 312 076	91 312 076	91 451 632	91 451 632	0,2 %	0,2 %
Action 12 : Accès à la santé et éducation à la santé	25 844 900	25 844 900	24 603 305	24 603 305	-4,8 %	-4,8 %
Action 13 : Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	7 970 984	7 970 984	6 885 700	6 885 700	-13,6 %	-13,6 %
Action 14: Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	62 662 340	62 662 340	54 351 796	54 351 796	-13,3 %	-13,3 %
Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	18 211 266	18 211 266	19 208 187	19 208 187	5,5 %	5,5 %
Action 16 : Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	11 561 045	11 561 045	11 300 197	11 300 197	-2,3 %	-2,3 %
Action 17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	138 622 075	138 622 075	134 628 290	134 628 290	-2,9 %	-2,9 %
Action 18 : Projets régionaux de santé	124 235 758	124 235 758	124 543 886	124 543 886	0,2 %	0,2 %
Action 19 : Modernisation de l'offre de soins	34 650 000	34 650 000	34 682 500	35 982 500	0,1 %	3,8 %
<b>Total programme 204</b>	<b>515 070 444</b>	<b>515 070 444</b>	<b>501 655 493</b>	<b>502 955 493</b>	<b>-2,6 %</b>	<b>-2,4 %</b>
<b>Programme 183 « Protection maladie »</b>	<b>AE</b>	<b>CP</b>	<b>AE</b>	<b>CP</b>	<b>AE</b>	<b>CP</b>
Action 2 : Aide médicale de l'État	676 425 230	676 425 230	744 530 028	744 530 028	10,1 %	10,1 %
Action 3 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	0,0%	0,0%
<b>Total programme 183</b>	<b>686 425 230</b>	<b>686 425 230</b>	<b>754 530 028</b>	<b>754 530 028</b>	<b>9,9 %</b>	<b>9,9 %</b>
<b>TOTAL MISSION « SANTÉ »</b>	<b>1 201 495 674</b>	<b>1 201 495 674</b>	<b>1 256 185 521</b>	<b>1 257 485 521</b>	<b>4,6 %</b>	<b>4,7 %</b>
<b>Effet des mesures de transfert</b>			<b>1 081 596</b>	<b>1 081 596</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4,6 %</b>

Source : commission des finances du Sénat (à partir des réponses du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes au questionnaire de votre rapporteur spécial)

## **B. LE NON-RESPECT DU PLAFOND DE LA LOI DE PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES**

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour les années 2014 à 2019<sup>1</sup> a fixé le plafond des crédits de la mission « Santé » à **1 220 millions d'euros**<sup>2</sup> pour l'année 2016, en hausse de 1,2 % par rapport au montant prévu en 2015, abandonnant ainsi l'objectif de stabilisation prévu par la programmation précédente.

Cependant, le montant inscrit en projet de loi de finances pour 2016 **dépasse de 37 millions d'euros - soit 3 % - le plafond fixé dans le cadre du budget triennal 2015-2017**. À l'occasion de l'examen de du projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes pour 2014, votre rapporteur spécial avait relevé que l'objectif d'évolution de la dépense de 2,2 % au cours de la période 2015-2017 semblait difficile à atteindre, compte tenu du rythme de progression des dépenses d'AME.

### **Plafonds des crédits de la mission « Santé » dans le cadre du budget triennal 2015-2017<sup>(1)</sup>**

*(en millions d'euros)*

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Plafonds inscrits en LPFP<sup>(1)</sup></b>	1 203	1 220	1 228
<b>Montants inscrits en LFI ou PLF au format 2016<sup>(2)</sup></b>	1 203	1 257	-

(1) Les plafonds de la mission « Santé » sont présentés hors contribution directe de l'État au compte d'affectation spéciale « Pensions » et au format du projet de loi de finances pour 2016.

(2) Le format 2016 de la mission tient compte des mesures de périmètre et des transferts ayant un impact sur la mission « Santé » en 2015.

Source : PAP de la mission « Santé » pour 2016

Pour mémoire, dans le cadre de l'exécution 2014, un dépassement de 6 % du plafond fixé par la programmation triennale 2013-2015<sup>3</sup> avait déjà été constaté, ce qui correspondait à 84 millions d'euros, en tenant compte des modifications de périmètre.

<sup>1</sup> Loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

<sup>2</sup> Au format du projet de loi de finances pour 2016. Le montant initialement inscrit en LPFP s'élevait à 1 224 millions d'euros pour l'année 2016.

<sup>3</sup> Loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

**Observation n° 2** : le montant des crédits inscrits pour 2016 **dépasse de 3 % le plafond, fixé à 1 220 millions d’euros**, par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019.

### **C. DEUX PROGRAMMES AUX DYNAMIQUES CONTRAIRES**

Le rythme de progression, relativement modéré, des crédits de la mission « Santé » en 2016 résulte de **l'évolution opposée des deux programmes** qui la constituent :

- **les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » diminuent de 2,4 %** à périmètre courant et de 2,6 % à périmètre constant. Une baisse de 5,8 % avait déjà été prévue en loi de finances initiale pour 2015. En tenant compte des transferts de dépenses opérés vers l'assurance maladie, **les crédits du programme ont diminué de 20,8 % entre l'exécution 2013 et la prévision pour 2016**. Sont plus particulièrement touchés par cette baisse de crédits en 2016 l'action 14 « Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » et l'action 17 « Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain », dont les dotations diminuent respectivement de 8,3 millions d'euros et de 4 millions d'euros à périmètre constant. En revanche, la participation de l'État au financement des **actions de prévention du Fonds d'intervention régional (FIR)** demeure stable avec **124,5 millions d'euro** (action 18 « projets régionaux de santé ») ;

- **les crédits du programme 183 « Protection maladie » augmentent, quant à eux, de près de 10 %**. Si la dotation de l'État au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) demeure stabilisée à 10 millions d'euros, les crédits consacrés à l'AME progressent à nouveau de 10,1 %. **Cette hausse doit toutefois être nuancée : entre l'exécution 2013 et la prévision 2016, les crédits relatifs à l'AME n'augmentent que de 1,4 %**. La forte hausse constatée chaque année en projet de loi de finances reflète donc principalement la **sous-budgétisation chronique de cette prestation** qui, certes, progresse, mais pas au rythme auquel le laisse supposer chaque année le projet de loi de finances. Concernant la dotation au FIVA, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, une majoration de 3,4 millions d'euros de son montant, gagée par une baisse à due concurrence des crédits relatifs à la prévention du programme 204, afin de financer la remise de créances en faveur de victimes de l'amiante, prévue par le Gouvernement<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. commentaire de l'article 62 quinquies infra.

### Évolution des crédits de la mission « Santé » par type de dépenses à périmètre courant

(crédits de paiement en millions d'euros)

	Exécution 2013	Exécution 2014	LFI 2015	PLF 2016	Évolution 2015/2016	Évolution 2013/2016
<b>Programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »</b>						
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	305,2	289,3	325,7	307,4	-5,6%	0,7%
Titre 6. Dépenses d'intervention	329,8	340,6	189,4	195,5	3,2%	-40,7%
<b>Total</b>	<b>635,0</b>	<b>630,0</b>	<b>515,1</b>	<b>503,0</b>	<b>-2,4%</b>	<b>-20,8%</b>
<b>Programme 183 « Protection maladie »</b>						
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	0,2	0,3	-	-	-	-
Titre 6. Dépenses d'intervention	743,8	759,6	686,4	754,5	9,9%	1,4%
<b>Total</b>	<b>744,0</b>	<b>759,9</b>	<b>686,4</b>	<b>754,5</b>	<b>9,9%</b>	<b>1,4%</b>
<b>Mission « Santé »</b>						
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	305,4	289,6	325,7	307,4	-5,6%	0,7%
Titre 6. Dépenses d'intervention	1073,6	1100,2	875,8	950,1	8,5%	-11,5%
<b>Total</b>	<b>1379,0</b>	<b>1295,5</b>	<b>1201,5</b>	<b>1257,5</b>	<b>4,7%</b>	<b>-8,8%</b>

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du rapport annuel de performances pour 2014 et des projets annuels de performances pour 2015 et 2016 de la mission « Santé »)

Les deux programmes de la mission « Santé » se distinguent également par la différence de nature de leurs dépenses. Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » est composé à 61 % de crédits de titre 3 (dépenses de fonctionnement) et à 49 % de crédits de titre 6 (dépenses d'intervention), tandis que le programme 183 « Protection maladie » regroupe exclusivement des dépenses d'intervention. **Globalement, on observe une baisse de 5,6 % des dépenses de fonctionnement par rapport à la loi de finances pour 2015, tandis que les dépenses d'intervention augmentent de 8,5 %.** La diminution des dépenses de fonctionnement s'explique principalement par la baisse des subventions pour charges de service public versées aux opérateurs sanitaires (cf. *infra*).

**Observation n° 3 :** les deux programmes de la mission « Santé » évoluent de façon opposée en 2016 : **les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » diminuent de 2,4 %** par rapport à la prévision pour 2015, **tandis que ceux du programme 183 « Protection maladie » augmentent de 9,9 %**. Cette évolution contrastée s'explique par le dynamisme variable des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'intervention, en particulier des dépenses d'aide médicale d'État (AME).

### III. UNE MAQUETTE DE PERFORMANCE REMANIÉE

#### *A. AU NIVEAU DE LA MISSION : LE SUIVI DE L'« ÉTAT DE SANTÉ PERÇUE »*

En lieu et place des trois précédents indicateurs concernant la prévalence du Sida, le cancer du sein et la consommation annuelle d'alcool, le projet annuel de performances pour 2016 met en place **un nouvel indicateur au niveau de la mission concernant l'« état de santé perçue »**.

Les précédents indicateurs avaient en effet le défaut, d'une part, d'être peu ou mal renseignés et, d'autre part, de présenter une vision cloisonnée de la politique de prévention.

Le nouvel indicateur choisi comme étant le plus représentatif de la mission a pour objet de faire le lien entre les différentes politiques publiques de financées par la mission « Santé ». La priorité de la mission étant l'amélioration de l'état de santé général de la population, l'« état de santé perçue » correspond au **pourcentage de la population de 16 ans et plus se déclarant en bonne ou très bonne santé générale**. En 2013, **68 % des personnes interrogées** dans le cadre de l'enquête statistique de l'Insee sur les ressources et les conditions de vie **ont déclaré être en bonne ou en très bon état de santé**.

Le résultat de l'indicateur n'est pas encore disponible pour 2014. Aucune valeur cible n'est définie pour 2016 et 2017.

---

## **B. LES NOUVEAUX INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PROGRAMME 204**

Le projet annuel de performances pour 2016 poursuit également une démarche de « rationalisation » des indicateurs de performance du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », en cohérence avec les objectifs et indicateurs définis par le projet de loi de modernisation de notre système de santé, en cours d'examen par le Parlement.

Après la réduction du nombre d'objectifs de neuf à deux en 2015, **cinq indicateurs sont supprimés**<sup>1</sup> afin de tenir compte des modifications du périmètre du programme opérées ces dernières années, ou en raison de difficultés méthodologiques liées, notamment, au recueil des données. Parallèlement, **deux nouveaux indicateurs** sont introduits concernant le **taux de couverture vaccinale contre la grippe** pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et la participation au **dépistage du cancer colorectal** pour les personnes de 50 à 74 ans.

L'indicateur concernant le **tabagisme** est quant à lui modifié, conformément à une recommandation de la Cour des comptes, afin de viser les adultes et non la consommation quotidienne de tabac chez les jeunes, dans la mesure où ce dernier indicateur n'est pas disponible chaque année.

La Cour des comptes et la direction du budget recommandent par ailleurs une stabilisation des objectifs et des indicateurs de performance à l'issue de ces modifications afin de faciliter leur analyse dans le temps.

L'analyse des principaux indicateurs révèle que **les prévisions en matière de dépistage ne seront pas atteintes en 2015**, avec seulement 48,5 % de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe en 2016 alors que la cible se situe à 75 %. Les résultats sont plus satisfaisants en matière de prévention et de maîtrise des risques sanitaires : l'indicateur relatif à la qualité de l'eau s'améliore, tandis que les délais de traitement des autorisations de mise sur le marché et de demandes de reconnaissance mutuelle par l'Agence nationale de sécurité du médicament tendent à diminuer.

---

<sup>1</sup> Proportion de découvertes de séropositivité diagnostiquées à un stade SIDA, taux de participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans, consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans, nombre de donneurs décédés et prélevés, pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale de premier recours.

**Les objectifs et indicateurs de performance du programme 204  
« Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**

	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
<b>Objectif n° 1 : Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé</b>					
Indicateur 1.1 Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus (en %)	53,1	51,9	48,5	50	75
Indicateur 1.2. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 à 74 ans (en %)	31	29,8	25	35	40
Indicateur 1.3 Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (en %)	nc	29	28,5	28	27,4
<b>Objectif n° 2 : Prévenir et maîtriser les risques sanitaires</b>					
Indicateur 2.1 Pourcentage d'unités de distribution d'eau potable présentant des dépassements des limites de qualité microbiologique	14,4	14,9	14,5	14,25	14
Indicateur 2.2 Pourcentage de signalements traités en 1 heure par nombre total de signaux*	nc	83	90	95	97
Indicateur 2.3 : Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché par l'ANSM**					
<i>Autorisation nationale (en nombre de jours)</i>	169	177	160	150	120
<i>Reconnaissance mutuelle et décentralisée (en nombre de jours)</i>	332	389	370	350	300

\* Cet indicateur porte sur le pourcentage de signalements traités par le département des urgences sanitaires de la direction générale de la santé.

\*\* ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament.

Source : projet annuel de performances pour 2016 de la mission « Santé »

**Observation n° 4** : conformément aux recommandations de la Cour des comptes, **un nouvel indicateur de performance au niveau de la mission** est introduit à compter de 2016 afin de **mesurer l' « état de santé perçue »**. En 2013, dernière année pour laquelle l'indicateur est disponible, **68 % de la population âgée de 16 ans et plus interrogée a déclaré être en bonne ou en très bonne santé générale.**

## DEUXIÈME PARTIE LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA MISSION SANTÉ EN 2016

### I. DES OPÉRATEURS SANITAIRES CONFRONTÉS AU DOUBLE DÉFI DE LA RÉORGANISATION ET DE LA BAISSÉ DES SUBVENTIONS

#### A. LA POURSUITE DES EFFORTS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DEMANDÉS AUX OPÉRATEURS

##### 1. Une baisse globale de 3,1 % des subventions pour charges de service public en 2016

En 2016, le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » financera **huit opérateurs** de l'État participant à la mise en œuvre des politiques nationales de prévention et de sécurité sanitaire<sup>1</sup> pour un **montant total de subventions pour charges de service public de 291,6 millions d'euros**.

Ceci représente une baisse totale de 3,1 %, qui vient s'ajouter à la diminution de 4,4 % des dotations allouées en 2015. Le principe de réduction des subventions pour charges de service public fixé par la **lettre de cadrage du Premier ministre du 24 avril 2015** est donc respecté.

Tous les opérateurs sont concernés par cette baisse. **La subvention versée à l'Institut national du cancer diminue en particulier de 6,5 millions d'euros** par rapport au montant inscrit en loi de finances initiale pour 2015. Le fonds de roulement de l'opérateur sera mis à contribution à hauteur de 5,9 millions d'euros ; l'institut disposerait en effet d'un fonds de roulement équivalant à 4,7 mois de fonctionnement fin 2015.

Parmi les autres opérateurs, la diminution des subventions est moins prononcée, compte tenu des prélèvements déjà opérés sur leurs fonds de roulement, qui approchent pour certains du niveau prudentiel.

---

<sup>1</sup> Soit deux opérateurs de moins qu'en 2014 en raison du transfert du financement intégral du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) et de l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (Atih) par l'assurance maladie à compter de 2015.

### Subventions pour charges de service public versées aux opérateurs

(en millions d'euros)

Opérateur	Exécution 2013	Exécution 2014	LFI 2015	PLF 2016	Variation 2016/2015
Agence de biomédecine (ABM)	13,6	12,8	14,9	14,1	-5,6 %
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	116,4	102,4	119,3	116,7	-2,2 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)*	15,3	12,3	13,6	13,4	-1,3 %
École des hautes études en santé publique (EHESP)*	11,1	9,4	10,0	9,6	-3,6 %
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)	15,2	16,2	10,7	10,6	-0,9 %
Institut national du cancer (INCa)	52,3	42,1	54,2	47,7	-11,9 %
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)	12,9	21,2	24,0	23,8	-0,9 %
Institut de veille sanitaire (INVS)*	54,7	49,5	55,9	55,7	-0,4 %
<b>Total</b>	<b>297,3</b>	<b>272,3</b>	<b>301,0</b>	<b>291,6</b>	<b>-3,1 %</b>

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du projet annuel de performances de la mission Santé pour 2016)

Par ailleurs, il convient de rappeler qu'au titre de l'exercice 2014, la somme des subventions versées aux opérateurs du programme 204 a été inférieure de 15,4 % aux crédits votés, à la suite de l'annulation de la réserve de précaution et des crédits ayant fait l'objet d'un « surgel ».

**Niveaux des fonds de roulement des opérateurs du programme 204**

(en euros)

Opérateurs	Au 31/12/2014	Au 31/12/2015	Estimation du nombre de mois de fonctionnement	Variation 2015/2014
Agence de biomédecine (ABM)	12 851	13 166	1,9	2,5 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	19 391	17 406	1,6	-10,2 %
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	31 105	26 164	2,2	-15,9 %
École des hautes études en santé publique (EHESP)	14 478	13 684	2,8	-5,5 %
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	61 510	38 169	9,4	-10,7 %
Institut national du cancer (INCa)	43 882	39 177	4,7	-37,9 %
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	11 598	8 844	1,4	-23,7 %
Institut de veille sanitaire (InVS) <sup>(1)</sup>	15 355	13 391	2,7	-12,8 %
<b>Total</b>	<b>210 170</b>	<b>170 001</b>	<b>-</b>	<b>-19,1 %</b>

Source : réponse du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes au questionnaire budgétaire de votre rapporteur spécial

**Observation n° 5 : une nouvelle diminution de 3,1 % des subventions pour charges de service public allouées aux opérateurs sanitaires est prévue en 2016, conformément à la lettre de cadrage du Premier ministre.**

## 2. Un schéma d'emploi de - 50 ETP tous opérateurs confondus

Comme l'année précédente, la diminution des subventions pour charges de service public s'accompagne d'une baisse globale du plafond d'autorisation d'emplois et du nombre d'équivalents temps pleins travaillés (ETPT).

### Emplois des opérateurs rémunérés par le programme 204

(en ETPT)

Opérateurs	Réalisations 2014	LFI 2015	PLF 2016	Variation 2016/2015
<b>Agence de biomédecine (ABM)</b>				
Emplois sous plafond	252	251	247	-1,6 %
<i>Emplois hors plafond</i>	11	16	16	
<b>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)</b>				
Emplois sous plafond	995	983	970	-1,3 %
<i>Emplois hors plafond</i>	4	6	6	
<b>École des hautes études en santé publique (EHESP)</b>				
Emplois sous plafond	327	329	325	-1,2 %
<i>Emplois hors plafond</i>	60	71	71	
<b>Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)</b>				
<i>Emplois sous plafond</i>	30	30	30	0,0 %
<i>Emplois hors plafond</i>	0	0	0	
<b>Institut national du cancer (INCa)</b>				
<i>Emplois sous plafond</i>	154	151	149	-1,3 %
<i>Emplois hors plafond</i>	7	12	12	
<b>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)</b>				
Emplois sous plafond	126	127	127	0,0 %
<i>Emplois hors plafond</i>	4	5	5	
<b>Institut de veille sanitaire (INVS)</b>				
Emplois sous plafond	400	392	411	4,8 %
<i>Emplois hors plafond</i>	8	9	9	
<b>Total sous plafond</b>	<b>2 323</b>	<b>2 299</b>	<b>2 295</b>	<b>-0,2 %</b>
<b>Total emplois hors plafond</b>	<b>94</b>	<b>119</b>	<b>119</b>	

Source : projet annuel de performances de la mission « Santé » pour 2016

Plus précisément, la mise en œuvre du schéma d'emplois pour 2016 se traduira par **une baisse de 50 équivalents temps pleins (ETP), contre 52 ETP en 2015.**

Le **plafond d'emploi global** des opérateurs de la mission s'établit quant à lui à **2 295 ETPT**, par rapport à 2 527 ETPT en 2015, compte tenu des éléments suivants :

- l'application du schéma d'emplois de - 50 ETP, se traduisant par un impact de - 25 ETPT ;
- le transfert de 19 ETPT des Cellules de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) vers l'Institution nationale de veille sanitaire (InVS) ;
- une mesure de périmètre de 226 ETPT à la suite de la disparition de la subvention de l'État à l'Agence nationale technique de l'hospitalisation (ATIHT) et du Centre national de gestion (CNG), qui ne sont, par conséquent, plus comptabilisés parmi les opérateurs du programme 204.

La plupart des opérateurs sont concernés par cette diminution des emplois, à l'exception de l'InVS, de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et de l'Institut national de la prévention et d'éducation à la santé (INPES). Le projet annuel de performances indique en effet qu'il a été décidé « *d'exonérer de l'effort de durcissement du schéma d'emplois en 2016 les établissements dont la fusion est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier* ».

## **B. LES RÉORGANISATIONS EN COURS AU SEIN DU SYSTÈME D'AGENCES SANITAIRES**

Le **projet de loi de modernisation de notre système de santé**, en cours d'examen en nouvelle lecture devant le Parlement, a prévu un certain nombre de transferts de compétences entre agences sanitaires ainsi que la fusion de trois des huit opérateurs du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

Dans l'attente de l'adoption définitive du projet de loi précité, le projet annuel de performances pour 2016 indique ainsi que la budgétisation pour 2016 concernant l'agence de biomédecine (ABM), l'ANSM et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) « *n'intègre pas à ce stade d'éventuels transferts de ressources associés aux transferts de compétences prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé* » et que « *cette question sera traitée en gestion 2016 lorsque la loi aura été votée* ». Cette situation fait donc peser des incertitudes quant au respect des prévisions du présent projet de loi de finances.

---

S'étant déjà intéressé à la question de la fusion de l'InVS avec l'INPES et l'EPRUS dans le cadre d'un contrôle budgétaire mené en 2015<sup>1</sup>, votre rapporteur spécial note qu'en 2016 ce projet de fusion se traduit par de moindres efforts de maîtrise des dépenses par rapport aux autres opérateurs sanitaires. Le projet annuel de performances indique seulement qu' « à compter de 2017, la création de l'ANSP devra conduire à des gains d'efficience permettant notamment de réduire les effectifs de la nouvelle agence ».

**Observation n° 6 :** les transferts de compétences entre agences sanitaires prévus par le **projet de loi de modernisation de notre système de santé**, en cours d'examen par le Parlement, n'ayant pas tous été pris en compte par le présent projet de loi de finances, des ajustements devraient intervenir en cours d'exécution, laissant ainsi peser **des incertitudes quant au respect de la prévision de dépenses des opérateurs sanitaires pour 2016**.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 625 (2014-2015) fait par Francis Delattre au nom de la commission des finances du Sénat sur l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

## II. L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT : UNE DÉPENSE NÉCESSAIRE MAIS DONT LA HAUSSE TENDANCIELLE APPELLE À RÉAGIR

### A. UN DISPOSITIF DE SANTÉ PUBLIQUE NÉCESSAIRE

#### 1. Trois types d'aide médicale d'État représentant une dépenses publique totale de 831 millions d'euros en 2014

Souvent désignée au singulier, l'aide médicale d'État (AME) recouvre en réalité trois dispositifs distincts :

- **l'AME de droit commun**, qui assure la couverture des soins des **personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois** de façon ininterrompue et remplissant des **conditions de ressources** identiques à celles fixées pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)<sup>1</sup>. **Financièrement à la charge de l'État, l'AME de droit commun est gérée par l'assurance maladie.** L'AME de droit commun ne concerne pas les demandeurs d'asile qui ont accès à la CMU de base et complémentaire sur présentation de leur récépissé de demande d'asile<sup>2</sup> ;

- **l'AME pour soins urgents** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des **soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître »**<sup>3</sup>. Ces soins sont **pris en charge par l'assurance maladie**, qui reçoit **une subvention forfaitaire de l'État fixée à 40 millions d'euros** depuis plusieurs années ;

- **l'AME dite « humanitaire »**, accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises) par décision individuelle du ministre compétent. Ce dispositif de prise en charge, qui n'a pas le caractère d'un droit pour les personnes soignées, représente chaque année moins d'une centaine d'admissions pour soins hospitaliers.

Le graphique ci-après présente les dépenses exécutées entre 2009 et 2014 pour chaque type d'AME. Pour l'AME de droit commun, le montant présenté correspond à l'ensemble des dépenses constatées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), gestionnaire du dispositif. Il diffère de celui inscrit en loi de règlement, un solde restant dû à l'assurance maladie étant généralement constaté chaque

<sup>1</sup> Soit 720 euros par mois pour une personne seule en métropole au 1<sup>er</sup> juillet 2015 et 802 euros dans les départements d'outre-mer (DOM).

<sup>2</sup> À l'exception des demandeurs d'asile en procédure prioritaire ou en procédure « Dublin » qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale et peuvent donc bénéficier de l'AME de droit commun.

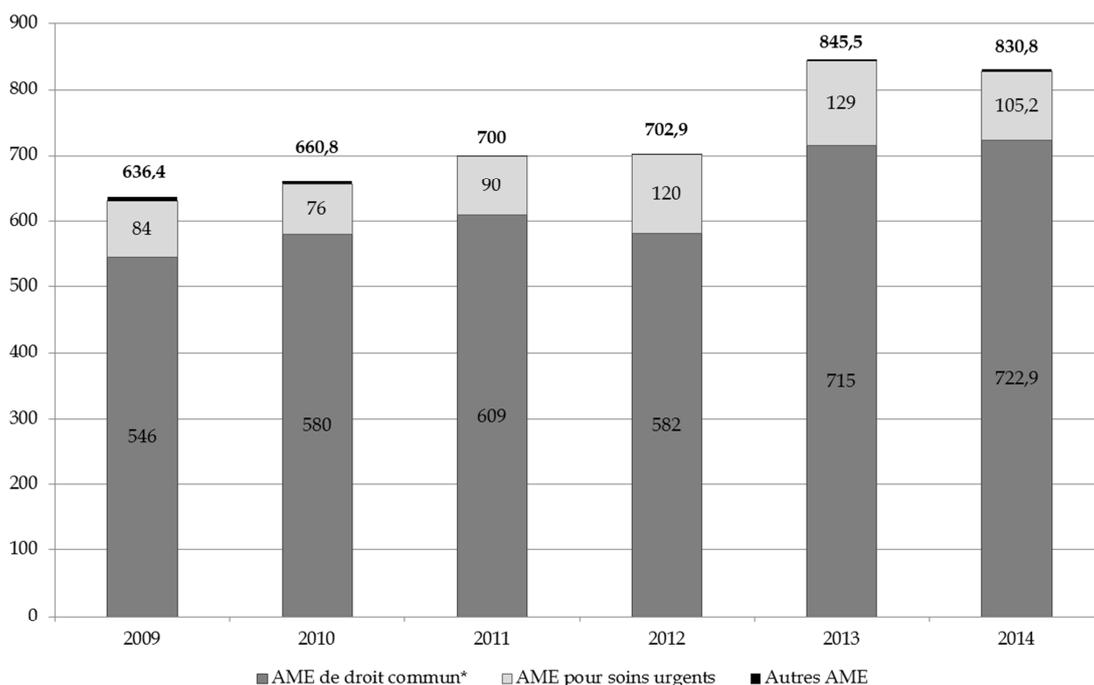
<sup>3</sup> Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

année. La **dette cumulée de l'État vis-à-vis de la CNAMTS** au titre des dépenses d'AME représentait ainsi **57,3 millions d'euros fin 2014**. L'assurance maladie ne considère pas cette situation problématique dans la mesure où le montant de cette dette demeure relativement faible par rapport aux 900 millions d'euros restant dus constatés en 2007. La dette reconstituée représente aujourd'hui moins d'un mois de prestations.

Au total, en 2014, **les dépenses totales de l'État et de l'assurance maladie, tous types d'AME confondus, se sont élevés à 830,8 millions d'euros**, en baisse de 1,7 % par rapport à 2013 en raison de la diminution des dépenses relatives aux soins urgents et vitaux. **L'AME de droit commun, financée par la présente mission du budget de l'État, représentait 87 % des dépenses totales.**

### Répartition des dépenses d'AME entre 2009 et 2014<sup>(1)</sup>

(en millions d'euros)



<sup>(1)</sup> Données relatives à l'exécution des dépenses.

Source : commission des finances du Sénat (d'après les données des RAP de la mission « Santé » pour 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013)

**Observation n° 7 : tous types d'AME confondus, les dépenses constatées en 2014 se sont élevées à 831 millions d'euros, en baisse de 1,7 % par rapport à 2013, année au cours de laquelle une hausse de 20 % avait été enregistrée. L'aide médicale d'État (AME) de droit commun, financée par l'État, représente 87 % des dépenses totales de soins en faveur des étrangers en situation irrégulière pris en charge par l'État et l'assurance maladie.**

## 2. Environ 300 000 bénéficiaires, majoritairement jeunes, dont une part importante de femmes enceintes

Au 31 décembre 2014, 294 298 personnes étaient titulaires d'une attestation donnant accès à l'AME de droit commun<sup>1</sup> sur l'ensemble du territoire, en hausse de 4,2 % par rapport à 2013. Environ 46 % des bénéficiaires résidaient depuis moins d'un an de façon irrégulière en France, 31 % depuis une à deux années et 24 % depuis plus de deux ans. Après une augmentation de 12 % en 2013, le rythme de progression du nombre de bénéficiaires tendrait donc à ralentir. Toutefois, selon les dernières données disponibles, 299 937 bénéficiaires de l'AME de droit commun étaient recensés au 31 mars 2015. Pour mémoire, le dispositif comptait, à sa création, environ 145 000 bénéficiaires.

### Nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun

		2013	Évolution 2013/2012	2014	Évolution 2014/2013
<b>Nombre de bénéficiaires au 31/12</b>	<i>Outre-mer</i>	19 779	- 7,1 %	20 196	2,1 %
	<i>Métropole</i>	262 646	13,6 %	274 102	4,4 %
	<i>Total</i>	282 425	11,9 %	294 298	4,2 %
<b>Effectif de bénéficiaires en moyenne annuelle</b>	<i>Outre-mer</i>	19 978	14,9 %	19 255	- 3,6 %
	<i>Métropole</i>	254 463	18,9 %	270 827	6,4 %
	<i>Total</i>	274 441	18,6 %	290 082	5,7 %
<b>Nombre de consommateurs en moyenne annuelle</b>	<i>Total</i>	203 688	17 %	215 122	5,6 %

Source : direction de la sécurité sociale

S'agissant de l'AME pour soins urgents, le nombre de bénéficiaires au niveau national n'est pas connu dans la mesure où les factures transmises par les établissements de santé à l'assurance maladie ne fournissent pas d'information sur les bénéficiaires des soins. Interrogée par votre rapporteur spécial, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a néanmoins

<sup>1</sup> Le nombre de personnes consommant effectivement des soins en moyenne annuelle est toutefois inférieur au nombre de titulaires d'une attestation d'AME.

indiqué avoir soigné 1 087 patients étrangers en situation irrégulière au titre du dispositif « soins urgents » en 2014. **Le nombre de patients au titre des soins urgents serait en baisse depuis 2010, contrairement à l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun.** L'AP-HP a ainsi recensé une hausse de 18,5 % des patients et de 14,9 % des séjours relevant de l'AME de droit commun entre 2010 et 2014 et, sur la même période, une baisse de 17,9 % des séjours et de 14,1 % des patients relevant de l'AME soins urgents.

Au niveau national, les bénéficiaires de l'AME de droit commun sont à **57 % des hommes. 58 % de la population entrant dans le dispositif à moins de 35 ans.** Cette tendance ne se confirme pas totalement en région parisienne. L'AP-HP et l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, ont notamment indiqué à votre rapporteur spécial que la population prise en charge dans leurs établissements au titre de l'AME était majoritairement féminine, en raison d'un nombre important de femmes enceintes.

#### Répartition des bénéficiaires de l'AME par âge et sexe au 31 décembre 2014

Groupes d'âges	Effectifs			Répartition en %		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	14 467	13 496	27 963	5%	5%	10%
5-9	7 859	7 222	15 081	3%	2%	5%
10-14	4 885	4 580	9 465	2%	2%	3%
15-19	4 279	4 245	8 524	1%	1%	3%
20-24	9 989	9 500	19 489	3%	3%	7%
25-29	25 689	17 298	42 987	9%	6%	15%
30-34	31 107	17 930	49 037	11%	6%	17%
35-39	25 269	14 146	39 415	9%	5%	13%
40-44	17 291	10 414	27 705	6%	4%	9%
45-49	11 446	7 673	19 119	4%	3%	6%
50-54	7 045	6 157	13 202	2%	2%	4%
55-59	4 158	4 773	8 931	1%	2%	3%
60-64	2 459	3 448	5 907	1%	1%	2%
65-69	1 234	2 154	3 388	0%	1%	1%
70-74	686	1 353	2 039	0%	0%	1%
75-79	363	833	1 196	0%	0%	0%
80-84	169	419	588	0%	0%	0%
85 et +	81	181	262	0%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>168 476</b>	<b>125 822</b>	<b>294 298</b>	<b>57%</b>	<b>43%</b>	<b>100%</b>

Source : CNAMTS

Selon le projet annuel de performances, sur les 106 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) gestionnaires de l'AME de droit commun, dix caisses concentrent 65 % de la dépense. **La CPAM de Paris finance 24 % de la dépense totale**, tandis que **les caisses d'Île-de-France représentent 55 % de la dépense totale** et celle de Cayenne 4 %<sup>1</sup>.

S'agissant des affections touchant plus spécifiquement les étrangers en situation irrégulière sur le territoire français, **peu de données épidémiologiques sont disponibles**. Néanmoins, la répartition des diagnostics établis au titre des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des titulaires de l'AME de droit commun indique qu'**environ 18 % des séjours et 22 % des dépenses relèvent de soins obstétricaux**, les **affections de l'appareil musculosquelettique et du tube digestif** venant en deuxième et troisième position.

---

<sup>1</sup> 16 782 bénéficiaires de l'AME ont été recensés en Guyane au 31 décembre 2014.

### Répartition par catégorie de diagnostic des séjours au titre de l'AME en 2014

	Nombre de séjours	Répartition en %	Montant total sur la base du tarif GHS	Répartition en %
Affections du système nerveux	2 872	3%	7 692 226	5%
Affections de l'oeil	1 866	2%	2 782 215	2%
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	2 312	3%	3 698 339	2%
Affections de l'appareil respiratoire	3 816	4%	10 710 588	7%
Affections de l'appareil circulatoire	3 546	4%	10 216 070	7%
Affections du tube digestif	5 722	7%	10 967 572	7%
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2 284	3%	5 579 191	4%
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	3 920	4%	11 515 723	8%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	2 076	2%	3 931 304	3%
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2 201	3%	4 578 284	3%
Affections du rein et des voies urinaires	2 525	3%	5 889 226	4%
Affections de l'appareil génital masculin	588	1%	1 057 128	1%
Affections de l'appareil génital féminin	1 817	2%	3 598 289	2%
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	15 903	18%	32 758 185	22%
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	1 187	1%	3 322 682	2%
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	1 263	1%	2 967 656	2%
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1 408	2%	4 780 762	3%
Maladies infectieuses et parasitaires	1 298	1%	2 248 710	1%
Maladies et troubles mentaux	544	1%	725 238	0%
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	896	1%	1 135 617	1%
Traumatismes, allergies et empoisonnements	583	1%	1 106 590	1%
Brûlures	133	0%	1 092 700	1%
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	2 744	3%	3 815 806	3%
Maladies dues à une infection par le VIH	362	0%	2 318 015	2%
Traumatismes multiples graves	48	0%	621 959	0%
Transplantations d'organes	70	0%	2 097 535	1%
Séances	25 709	29%	8 968 513	6%
<b>Total</b>	<b>87 693</b>	<b>100%</b>	<b>150 176 123</b>	<b>100%</b>

Source : direction de la sécurité sociale

Les patients pris en charge sont par ailleurs souvent porteurs de **pathologies chroniques** telles que le diabète, les bronchites ou encore des affections hépatiques<sup>1</sup>. Il n'existe toutefois pas de système de collecte de données concernant les soins réalisés en médecine de ville ou en ambulatoire.

<sup>1</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », juillet 2008.

**Observation n° 8** : au 31 mars 2015, près de **300 000 bénéficiaires** de l'AME de droit commun étaient recensés, dont une grande majorité d'hommes jeunes, **soit une augmentation de 6 % par rapport à la fin de l'année 2013**. Par ailleurs, le nombre de séjours hospitaliers liés au suivi de grossesses ou à des accouchements représentaient environ 20 % des séjours hospitaliers en 2014.

### **3. Près de 70 % de dépenses hospitalières au titre de l'AME de droit commun**

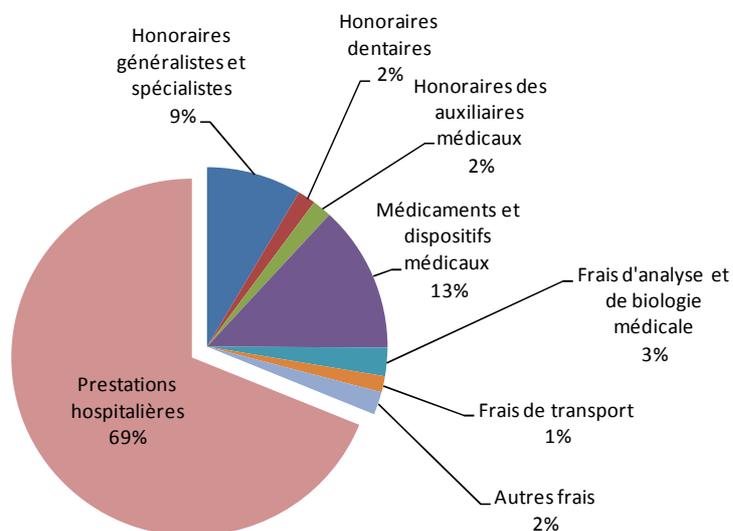
Si le nombre de titulaires de l'AME de droit commun consommant des soins est plus important en médecine de ville<sup>1</sup>, **les dépenses de prestations hospitalières représentent près de 70 % de la dépense totale**, soit environ **498 millions d'euros en 2014**. Viennent ensuite les médicaments et les dispositifs médicaux et les honoraires de généralistes et de spécialistes, qui comptent respectivement pour 13 % et 9 % dans la dépense totale.

Aucune donnée statistique n'est disponible au niveau national concernant la proportion de bénéficiaires de l'AME admis dans des services d'urgence hospitalière. Néanmoins, votre rapporteur spécial a pu constater, lors de la visite du centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, qu'un nombre important de patients étrangers en situation irrégulière se présentaient souvent en premier lieu dans ces services.

---

<sup>1</sup> Environ 326 000 au total en 2014 selon les données transmises par la CNAMTS (cf. annexe).

### Répartition de la dépense d'AME en 2014



Source : CNAMTS

L'analyse de l'évolution des dépenses par poste indique par ailleurs que, sous l'effet de la **réforme tarifaire des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)**, pleinement effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, le montant des prestations hospitalières tend à diminuer. Dès 2014, une baisse de 2,6 % des dépenses hospitalières a été constatée, notamment grâce à une réduction de la dépense de 95 millions d'euros du fait de la modification des tarifs. **L'économie attendue pour 2015 est de 55 millions d'euros et de 60 millions d'euros en 2016.**

Cette mesure, si elle permet de contenir les dépenses à la charge de l'État, entraîne **une baisse de recettes à due concurrence pour les hôpitaux**. À titre d'exemple, selon les informations transmises à votre rapporteur spécial, les pertes cumulées liées à l'abandon de la tarification au tarif journalier de prestation (TJP) et au passage à la tarification selon le groupe homogène de séjour (GHS) s'élèvent à 152 millions d'euros pour l'AP-HP. L'équipe de direction du centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges a par ailleurs souligné que la **durée moyenne de séjour des patients pris en charge dans le cadre de l'AME était souvent supérieure à celle observée chez les autres patients**, en particulier pour les accouchements<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> En 2014, dans cet établissement hospitalier, la durée moyenne de séjour était de 4,33 jours pour un accouchement d'une patiente prise en charge dans le cadre de l'AME et de 3,62 jours pour le reste de la population.

**Contributions à la croissance de la dépense d'AME de droit commun  
par poste en 2014**

(en millions d'euros)

		2013	2014	Evol %	Contribution à la croissance (en points)
Prestations de ville	Honoraires généralistes et spécialistes	58,7	61,6	5,0%	0,4
	Honoraires dentaires	11,2	11,5	2,8%	0,0
	Honoraires des auxiliaires médicaux	11,1	12,6	13,3%	0,2
	Médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	83,5	95,5	14,4%	1,7
	Frais d'analyse de biologie médicale et d'examens de laboratoire	18,1	18,6	2,6%	0,1
	Frais de transport	9,9	10,4	5,2%	0,1
	Autres frais	11,9	14,9	25,3%	0,4
	<b>Total Prestations de ville</b>		<b>204,4</b>	<b>225,1</b>	<b>10,2%</b>
Prestations hospitalières	Cliniques privées	42,3	42,1	-0,5%	0,0
	Etablissements médico-sociaux	2,8	2,8	1,3%	0,0
	Etablissements publics dont :	463,6	451,3	-2,7%	-1,7
	- autres frais d'hospitalisation	438,7	424,6	-3,2%	-2,0
	- Honoraires du secteur public	23,5	25,0	6,6%	0,2
	- forfaits journaliers	1,5	1,6	10,6%	0,0
IVG (cliniques+établissements publics)	2,1	1,5	-26,0%	-0,1	
<b>Total Prestations hospitalières</b>		<b>510,8</b>	<b>497,7</b>	<b>-2,6%</b>	<b>-1,8</b>
<b>Total</b>		<b>715,1</b>	<b>722,9</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,1</b>

Source : direction de la sécurité sociale

La dépense moyenne par bénéficiaire de l'AME de droit commun ayant effectivement consommé des soins en 2014 s'établissait à 1 094 euros en médecine de ville et à 2 314 euros à l'hôpital, soit au total **une dépense moyenne de 3 360 euros par consommant**. Celui-ci est plus élevé que le coût moyen observé chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU). D'après la direction de la sécurité sociale, cette situation s'explique par l'état de santé plus dégradé et les pathologies généralement plus lourdes des bénéficiaires de l'AME par rapport au reste de la population.

**Observation n° 9** : les **dépenses hospitalières** représentent près de **70 % des dépenses d'AME de droit commun**, même si celles-ci tendent à diminuer sous l'effet de la **réforme de la tarification des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique**. Cette réforme, qui permettrait de réaliser **55 millions d'euros d'économies en 2015 et 60 millions d'euros en 2016**, entraîne néanmoins **une baisse à due concurrence des recettes des hôpitaux**, par ailleurs confrontés à une durée de moyenne de séjour souvent plus longue pour les prises en charge au titre de l'AME.

## B. UNE SOUS-BUDGÉTISATION CHRONIQUE, QUI TEND À MASQUER L'ÉVOLUTION RÉELLE DE LA DÉPENSE

### 1. L'ouverture de 87,6 millions d'euros de crédits supplémentaires par le projet de loi de finances rectificative pour 2015

La loi de finances initiale pour 2015 a doté l'action 2 du programme 183 « Protection maladie » relative à l'AME de **676,4 millions d'euros en AE et en CP**, dont 632,7 millions d'euros au titre de l'AME de droit commun.

En dépit d'une augmentation de 12 % des crédits par rapport au montant inscrit en loi de finances initiale pour 2014, **la budgétisation pour 2015 apparaissait largement sous-estimée**, au regard de l'exécution constatée en 2013 – 744 millions d'euros pour les seules dépenses prises en charge par l'État – et de l'ouverture de 155 millions d'euros supplémentaires prévue par la loi de finances rectificative pour 2014.

#### Comparaison des dépenses d'AME prévues, prises en charge par l'État et constatées par l'assurance maladie

(en millions d'euros)

	2013			2014			2015	
	Prévision LFI	Consommation*	Dépenses CNAMTS	Prévision LFI	Consommation	Dépenses CNAMTS	Prévision LFI	PLFR
AME de droit commun	543,0	702,2	714,8	560,0	717,2	722,9	632,7	720,3
AME soins urgents	40,0	40,0	129,0	40,0	40,0	105,2	40,0	40,0
Autres dispositifs AME	5,0	1,7	0,0	4,9	2,7	0,0	3,8	3,8
<b>Total</b>	<b>588,0</b>	<b>744,0</b>	<b>843,8</b>	<b>604,9</b>	<b>759,9</b>	<b>828,1</b>	<b>676,4</b>	<b>764,1</b>

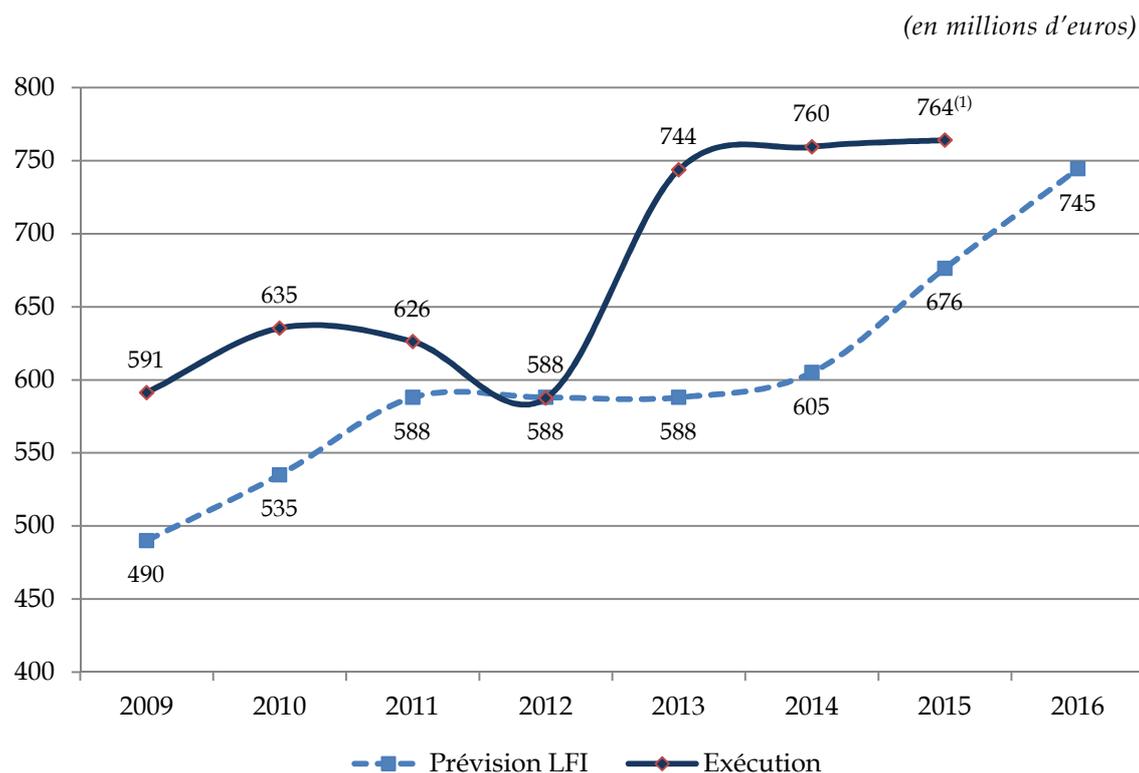
\* Dépenses constatées et prises en charge par l'État dans le cadre de la mission « Santé ».

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des rapports annuels de performances de la mission « Santé » pour 2013 et 2014 et des projets annuels de performances pour 2015 et 2016)

Sans surprise, **le projet de loi de finances rectificative pour 2015**, présenté le 13 novembre 2015 en Conseil des ministres, prévoit l'ouverture de **87,6 millions d'euros supplémentaires en AE et en CP** sur le programme 183 « Protection » afin de **couvrir les besoins constatés en matière d'AME de droit commun**. Selon le projet de loi précité, « cette hausse de la dépense s'explique principalement par une *progression du nombre de bénéficiaires de l'AME*, qui n'a pu être que partiellement compensée par une baisse du coût moyen par patient liée à la mise en œuvre de la réforme de la tarification des soins hospitaliers pris en charge au titre de l'AME et la fin de prise en charge des

médicaments dont le service médical rendu est faible ». Le projet de loi de finances initiale pour 2015 avait en effet retenu une hypothèse de croissance annuelle des effectifs de 3,9 % alors même que ces derniers avaient augmenté de 4,2 % en 2014 et de 11,9 % en 2013.

### Comparaison entre la prévision initiale et l'exécution des crédits relatifs à l'AME de la mission « Santé »



(1) Le montant présenté en exécution pour 2015 correspond à la prévision actualisée par le projet de loi de finances rectificative pour 2015

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des rapports annuels de performances pour 2010 à 2014, du projet annuel de performances pour 2016 et du projet de loi de finances rectificative pour 2015)

Au total, **les dépenses de l'État, tous types d'AME confondus, atteindraient 764 millions d'euros en 2015** et seraient donc relativement proches de l'exécution 2014. En particulier, la dépense d'AME de droit commun progresserait seulement de 0,4 % par rapport au montant constaté en loi de règlement pour 2014<sup>1</sup>. Pour mémoire, en 2014, les dépenses totales d'AME de droit commun enregistrées par l'assurance maladie avaient augmenté de 1,1 % par rapport à 2013, contrairement à ce que le laissait supposer l'ouverture de 155 millions d'euros supplémentaire en loi de finances rectificative.

<sup>1</sup> Sans tenir compte du solde dû par l'État à l'assurance maladie au titre de l'exercice 2014.

**Observation n° 10 :** le projet de loi de finances rectificative pour 2015 prévoit **l'ouverture de 87,6 millions d'euros supplémentaires** sur le programme 183 « Protection maladie » **afin de couvrir les besoins constatés au titre de l'AME de droit commun**. Ce nouvel abondement de crédits **s'explique principalement par la sous-budgétisation initiale du dispositif** plutôt que par l'évolution réelle des dépenses. Les dépenses d'AME de droit commun n'augmenteraient, en effet, que de 0,4 % par rapport au montant constaté en loi de règlement pour 2014.

## **2. Une majoration de 10 % des crédits ouverts en 2016**

Le présent projet de loi de finances fixe à **744,5 millions d'euros en AE et en CP** le montant des crédits ouverts pour l'action 2 « Aide médicale d'État » du programme 183 « Protection maladie », soit **une progression de 10 % par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale pour 2015**. Néanmoins, **ce montant est d'ores et déjà inférieur de 19,6 millions d'euros à la prévision actualisée par le projet de loi de finances rectificative pour 2015**.

Pour 2016, ces crédits se décomposent en :

- une dotation budgétaire de **700 millions d'euros pour l'AME de droit commun**, supérieure de 67 millions d'euros au montant inscrit l'année précédente en loi de finances initiale ;
- une **dotation forfaitaire de 40 millions d'euros** à la CNAMTS afin de participer au financement du dispositif des **soins urgents**, soit un montant stable par rapport aux années précédentes ;
- **4,5 millions d'euros** destinés aux **autres types d'AME**, en particulier l'AME dite « humanitaire », pour le remboursement des prises en charge exceptionnelles décidées par le ministre en charge de la santé et l'aide médicale en faveur des personnes gardées à vue.

Le projet annuel de performances de la mission « Santé » justifie la **prévision de dépenses d'AME de droit commun** par l'impact conjugué :

- de **l'évolution tendancielle de la dépense, estimée à 760 millions d'euros en 2016**, en progression de 5,5 % par rapport à la prévision actualisée pour 2015. Le projet annuel de performances indique que cette estimation se fonde sur une hypothèse « *d'évolution moyenne annuelle des effectifs de bénéficiaires de l'AME conforme à celle observée entre 2008 et 2014, soit + 4,9 % par an* » et sur « *un coût moyen des dépenses de santé prises en charge tenant notamment compte de l'impact, d'une part, de la fin de la prise en charge des médicaments à service médical rendu faible<sup>1</sup>, d'autre part, de la*

---

<sup>1</sup> L'économie attendue de cette mesure est de 5 millions d'euros en 2016.

*suppression des coefficients de majoration de certains tarifs hospitaliers appliqués de 2012 à 2014<sup>1</sup> ».*

- des **économies** « réalisées du fait de la réforme du droit d'asile. Celle-ci devrait en effet permettre de réduire le nombre de bénéficiaires de l'AME ». Cette dernière hypothèse apparaît très fragile, *a fortiori* dans le contexte actuel de mouvements migratoires importants de ressortissants de pays d'Afrique et du Moyen-Orient vers l'Europe.

**Observation n° 11** : la prévision actualisée de **dépenses d'AME** pour 2015 étant d'ores et déjà supérieure de près de 20 millions d'euros aux **744,5 millions d'euros** crédits inscrits pour ce dispositif en 2016 – en hausse de 10 % par rapport à 2015 – **une nouvelle sous-budgétisation est à craindre**. Les **incertitudes relatives à l'évolution du nombre de bénéficiaires** de l'AME de droit commun font également peser un aléa important sur la prévision de dépenses.

### **C. UNE VOIE ÉTROITE DE RÉFORME : MIEUX CIBLER LE DISPOSITIF SUR LES PUBLICS ET LES SOINS PRIORITAIRES, EN ÉVITANT L'ÉCUEIL D'UN REPORT DE CHARGES SUR LES HÔPITAUX**

#### **1. La proposition d'« aide médicale d'urgence » adoptée par le Sénat**

Dans le cadre de l'examen, en première lecture, du projet de loi relatif au droit des étrangers en France – rebaptisé par le Sénat projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration – le Sénat a adopté, le 8 octobre 2015, à l'initiative de notre collègue Roger Karoutchi, **un amendement portant article additionnel visant à remplacer l'AME de droit commun existante par une « aide médicale d'urgence »**. Ce dispositif, dont les modalités de financement seraient identiques à celles de l'AME de droit commun, prévoit :

- de **recentrer l'accès gratuit aux soins sur un panier plus ciblé**. Seraient ainsi prises en charge gratuitement, sans avance de frais, les mesures relatives à la **prophylaxie**, le **traitement des maladies graves et des douleurs aiguës**, les soins liés à la **grossesse et ses suites**, les **vaccinations réglementaires** et les examens de **médecine préventive** ;

- d'ouvrir ce dispositif à tout étranger en situation irrégulière dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C, sans condition de

<sup>1</sup> L'économie attendue de cette mesure est de 60 millions d'euros en 2016.

durée de résidence minimale - contrairement à la condition de résidence de trois mois actuellement en vigueur pour l'AME de droit commun ;

Sur proposition du rapporteur, François-Noël Buffet, cette proposition a été sous-amendée afin de prévoir le **paiement d'un droit annuel pour les majeurs, dont le montant serait fixé par décret.**

**Extrait du projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de  
l'immigration modifié en première lecture par le Sénat**

**Article 13 *octies* (nouveau)**

Le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le chapitre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé :

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

« Aide médicale d'urgence

« Art. L. 251-1. - Tout étranger résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 du même code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 dudit code, à l'aide médicale d'urgence, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge telles que définies ci-dessus, d'un droit annuel dont le montant est fixé par décret.

« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale d'urgence dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du présent code.

« De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale d'urgence, dans des conditions définies par décret.

« Art. L. 251-2. - La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :

« 1° La prophylaxie et le traitement des maladies graves et des douleurs aiguës ;

« 2° Les soins liés à la grossesse et ses suites ;

« 3° Les vaccinations réglementaires ;

« 4° Les examens de médecine préventive.

« La prise en charge est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 du présent code d'un médicament générique, sauf :

« a) Dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ;

« b) Lorsqu'il existe des médicaments génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;

« c) Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

« Art. L. 251-3. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le chapitre II est abrogé ;

3° Le chapitre III est ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« Dispositions financières

« Art. L 253-1. - Les prestations prises en charge par l'aide médicale d'urgence peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette aide. Les demandeurs de l'aide médicale d'urgence sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à leur égard des prestations prises en charge par l'aide médicale.

« Art. L. 253-2. - Les dépenses d'aide médicale sont prises en charge par l'État.

« Lorsque les prestations d'aide médicale ont pour objet la réparation d'un dommage ou d'une lésion imputable à un tiers, l'État peut poursuivre contre le tiers responsable le remboursement des prestations mises à sa charge.

« Lorsqu'une provision a été versée à un établissement de santé pour couvrir des frais de soins et de séjour ou qu'un engagement de versement a été souscrit, la partie des frais correspondant à la provision ou à l'engagement reste à la charge des bénéficiaires.

« Art. L. 253-3. - Les demandes en paiement des prestations fournies au titre de l'aide médicale par les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, établissements de santé et autres collaborateurs de l'aide sociale doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai de deux ans à compter de l'acte générateur de la créance.

« Art. L. 253-4. - Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Cette proposition constitue une piste intéressante de réforme, qui **tendrait à rapprocher le dispositif français du modèle de prise en charge prévu en Allemagne**. Le système existant outre-Rhin garantit en effet l'accès gratuit au traitement des maladies graves, des douleurs aiguës et des soins liés à la grossesse pour les demandeurs d'asile et les étrangers en situation irrégulière. Lorsque l'urgence n'est pas justifiée, ces personnes ne peuvent consulter directement un médecin mais doivent, au préalable, demander un certificat maladie (*Krankenschein*) au centre d'action sociale de la commune dans laquelle ils résident, ce dernier assurant ensuite la prise en charge de la consultation et des médicaments. Ces dépenses sont **financées par les Länder**, dont la politique en la matière est assez variable, même **si une dotation de l'État fédéral leur est versée**. Cette dotation s'élèverait à **1 milliard d'euros** au total en 2015<sup>1</sup>.

En-dehors de ces critères, aucune prise en charge publique n'est prévue, les personnes devant ainsi régler elles-mêmes les soins liés, par exemple, à des maladies chroniques, de rééducation à la suite d'une opération ou encore la pose d'une prothèse dentaire. Dans un contexte de très forte hausse du nombre de demandes d'asile, une réforme de l'accès de

<sup>1</sup> Réponse de la direction de la sécurité sociale au questionnaire budgétaire de votre rapporteur spécial.

ces derniers et des étrangers en situation irrégulière au système de santé est toutefois en cours, en vue de leur permettre d'obtenir une carte d'assurance maladie spécifique, sur le modèle du dispositif existant dans les villes-Länder de Hambourg et de Brême<sup>1</sup>.

## **2. Un impératif : conserver un dispositif suffisant de prise en charge par l'État afin d'éviter des reports de charges importants sur les hôpitaux**

Si le périmètre du panier de soins de l'AME de droit commun pourrait être révisé afin d'assurer la soutenabilité de la dépense, le maintien d'un dispositif de prise en charge spécifique en faveur des étrangers en situation irrégulière financé par l'État apparaît indispensable afin de préserver la santé publique sur le territoire.

Lors des auditions et des déplacements effectués par votre rapporteur spécial, il a pu être constaté que **les modalités de gestion de l'AME de droit commun par les CPAM sont rigoureuses et que les cas de fraude sont relativement rares, même si des « filières » d'arrivées en France pour des raisons médicales ont pu être détectées ces dernières années.** À titre d'exemple, la CPAM de Paris a notamment signalé, en décembre 2013, l'existence d'une « filière géorgienne » concernant 73 personnes, atteintes majoritairement de tuberculose multi-résistante, dont le montant moyen des soins pris en charge s'élevait à 240 500 euros.

Les abus concerneraient plus spécifiquement les hôpitaux parisiens et franciliens, en particulier ceux situés à proximité des aéroports, qui sont souvent déjà confrontés à une patientèle précaire, disposant de faibles ressources.

Dans la mesure où les établissements publics de santé et leurs praticiens, ne peuvent, pour des raisons d'éthique professionnelle, refuser de prendre en charge certains patients, un écueil de la réforme de l'AME de droit commun serait donc d'entraîner un report de charge important vers les hôpitaux. **Un dispositif de prise en charge minimale doit donc être conservé ; il apparaît plus pertinent que celui-ci continue d'être financé par le budget de l'État et en particulier par la mission « Santé ».**

---

<sup>1</sup> Hambourg et Brême disposent d'un dispositif de prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière spécifique en Allemagne. Une carte d'assurance maladie est dispensée à ces personnes à leur arrivée sur le territoire, leur permettant de consulter un médecin de leur choix, pour n'importe quelle prestation médicale. En compensation de la charge administrative, les communes versent aux caisses d'assurance maladie un montant mensuel de 10 euros par personne bénéficiaire du dispositif.

**Observation n° 12 :** la proposition d' « **aide médicale d'urgence** » adoptée par le Sénat dans le cadre du projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration constitue une piste intéressante de réforme, sur le modèle existant en Allemagne. Néanmoins, **un financement minimal de l'État doit être conservé afin d'éviter un report de charges vers les établissements publics de santé** et que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent au reste de la population.

---

## EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ

### ARTICLE 62 quinquies

#### Remise de créance de victimes ou ayants droits débiteurs du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

**Commentaire : le présent article prévoit une remise de créance au profit des victimes ou de leurs ayants droits ayant perçu, du fait de l'exécution de décisions juridictionnelles non définitives, des indemnités du FIVA pour un montant supérieur à celui effectivement dû à l'issue de la procédure contentieuse.**

#### I. LE DROIT EXISTANT

Créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001<sup>1</sup>, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est un établissement public à caractère administratif chargé d'**assurer une indemnisation rapide et intégrale des dommages causés par l'amiante aux victimes, quel que soit leur régime de protection sociale**. Le FIVA indemnise l'ensemble des personnes malades à la suite d'une exposition professionnelle à l'amiante ainsi que celles atteintes de maladies liées à l'amiante hors de toute activité professionnelle du fait d'une exposition environnementale. Si la maladie a une origine professionnelle mais qu'elle n'est pas déjà prise en charge en tant que telle par la sécurité sociale, le FIVA accomplit, à la place de la victime, les démarches nécessaires à cette prise en charge.

Le FIVA a donc pour tâches principales:

- l'**instruction des demandes d'indemnisation** reçues (19 110 demandes en 2014 dont 4 400 nouvelles demandes) et la **proposition d'offres** d'indemnisation;

- le **traitement des éventuels contentieux** engagés par les demandeurs en cas de contestation de l'indemnisation ;

- l'engagement de **contentieux subrogatoires** afin d'obtenir la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, en application de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

---

La **question de la déductibilité des indemnités versées par la sécurité sociale**, au titre de l'indemnisation des maladies professionnelles, **avec la rente versée par le FIVA** a donné lieu à un large contentieux et à des divergences de jurisprudence entre cours d'appel. Certaines cours d'appel, et en premier lieu celle de Douai, ont en effet, dans un premier temps, reconnu aux victimes le droit de cumuler la rente du FIVA avec les indemnités versées par la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) de la sécurité sociale. En **2009**, à la suite d'un recours du FIVA contestant ce cumul, **la Cour de cassation a cassé ces décisions et confirmé le principe de déduction des prestations de sécurité sociale de l'indemnité versée par le FIVA.**

Statuant sur renvoi après cassation, la cour d'appel de Douai a réduit le montant des indemnités devant être allouées par le FIVA en application du principe de déductibilité. Elle a également **modifié le barème d'indemnisation utilisé pour le calcul de la rente, retenant des taux progressifs** en fonction du degré d'incapacité, en lieu et place de taux linéaires, diminuant ainsi davantage le montant des indemnités.

En application de cette décision, suivie par plusieurs autres cours d'appel, les victimes concernées – 664 au total début 2014<sup>1</sup> – devaient ainsi rembourser au FIVA le montant des rentes AT-MP de la sécurité sociale dont elles ont bénéficié et qui n'avaient pas été déduites de l'indemnité versée initialement par le FIVA, ainsi que la différence résultant de l'application d'un barème progressif.

Saisie, au printemps 2012, par des **associations de victimes de l'amiante** et par une **motion du groupe d'études sur l'amiante de l'Assemblée nationale**, présidé par le député du groupe socialiste républicain et citoyen Christian Hutin, et cosignée par près de 300 députés et sénateurs, **la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, a indiqué, par une lettre en date du 28 juin 2012, avoir demandé au conseil d'administration du FIVA d'accorder la remise gracieuse des sommes dues** par les victimes à la suite de ce revirement de jurisprudence.

Le Conseil d'administration du FIVA a, par la suite, entériné le principe de ces remises et étendu la mesure aux jugements à venir.

## II. LE DISPOSITIF ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Introduit à l'initiative du Gouvernement lors de l'examen en première lecture du présent projet de loi de finances, l'article 62 *quinquies* prévoit **la remise gracieuse des sommes dues par les victimes de l'amiante**

---

<sup>1</sup> *Rapport annuel de la Cour des comptes, « L'indemnisation des victimes de l'amiante : des priorités à mieux cibler », février 2014.*

---

**indemnisées par le FIVA**, en application des décisions juridictionnelles rendues de manière irrévocable entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 1<sup>er</sup> mars 2014. Les victimes ou leurs ayants droits seront donc réputées avoir définitivement acquis les sommes dont ils étaient redevables à la suite du revirement de jurisprudence relatif à la déductibilité des prestations versées par la sécurité sociale et à l'application d'un barème progressif pour le calcul de la rente du FIVA.

Selon l'exposé sommaire de l'amendement ayant introduit cet article, l'inscription dans la loi de cette remise de créance est nécessaire « *dans la mesure où le FIVA ne saurait, compte tenu de ses propres contraintes juridiques, renoncer de lui-même au recouvrement de ses créances* ».

Le coût afférant à cet abandon de créance s'élève à **3,4 millions d'euros**.

### III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES

Le présent article vise à régler les **suites d'un revirement de jurisprudence particulièrement préjudiciable pour les victimes de l'amiante** concernées, confrontées à des demandes de remboursement élevées, pouvant représenter jusqu'à 28 000 euros. Les sommes dues résultant principalement de l'instabilité des règles jurisprudentielles d'indemnisation, il apparaît justifié d'accorder aux victimes cette remise de créance, par ailleurs validée par le conseil d'administration du FIVA depuis 2012.

Il est néanmoins surprenant que l'inscription dans la loi de cette remise gracieuse intervienne plus de trois ans après que la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, ait tranché en ce sens.

**Décision de la commission : votre commission propose d'adopter le présent article sans modification.**



---

## LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

### I. LES MODIFICATIONS DE CRÉDITS

L'Assemblée nationale a adopté, en première délibération, un amendement tendant à **augmenter de 3,4 millions d'euros** les AE et les CP du **programme 183 « Protection maladie » au titre du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** et à diminuer, à due concurrence, les crédits de prévention du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

Ces crédits visent à couvrir la remise de créance au profit des victimes ou de leurs ayants droits ayant perçu, du fait de l'exécution de décisions juridictionnelles non définitives, des indemnités du FIVA pour un montant supérieur à celui effectivement dû à l'issue de la procédure contentieuse.

En **seconde délibération**, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à réduire de 3 millions d'euros les AE et les CP du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » et de 5,5 millions d'euros ceux du programme 183 « Protection maladie ». Au total, **les crédits de la mission « Santé » sont minorés de 8,5 millions d'euros** afin de respecter la norme de dépense en valeur de l'État.

### II. ARTICLE RATTACHÉ ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a, en première délibération, adopté un amendement tendant à insérer **un article additionnel (62 quinquies)**. Celui-ci est commenté plus haut dans la rubrique « Examen de l'article rattaché ».



**AMENDEMENT PROPOSÉ  
PAR VOTRE COMMISSION DES FINANCES**



PROJET DE LOI DE FINANCES

ARTICLES SECONDE PARTIE  
MISSION SANTÉ

N°	1
----	---

**A M E N D E M E N T**

présenté par  
M. DELATTRE

ARTICLE 24  
ÉTAT B

Modifier ainsi les crédits des programmes :

(en euros)

Programmes	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	+	-	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins				
Protection maladie		200 000 000		200 000 000
<b>TOTAL</b>				
<b>SOLDE</b>	<b>- 200 000 000</b>		<b>- 200 000 000</b>	

**OBJET**

Cet amendement a pour objet de diminuer de 200 millions d'euros les crédits de paiement et les autorisations d'engagement du programme 183 « Protection maladie » de la mission « Santé » relatifs à l'aide médicale d'État (AME).

Il vise à tirer les conséquences de l'article 13 *octies* du projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration, en cours d'examen par le Parlement.

Introduit par le Sénat à l'initiative de notre collègue Roger Karoutchi, cet article propose de remplacer l'AME de droit commun par une « aide médicale d'urgence » consistant à recentrer l'accès gratuit aux soins en faveur des étrangers en situation irrégulière sur le traitement des maladies graves et des douleurs aiguës, la prophylaxie, les soins liés à la grossesse et à ses suites, les vaccinations réglementaires et les examens de médecine préventive, sur le modèle du dispositif existant en Allemagne.

Cet article propose également de conditionner l'accès à l'aide médicale d'urgence, pour les personnes majeures, au paiement d'un droit annuel, dont le montant serait fixé par décret. Il conserve par ailleurs la condition de ressources actuellement en vigueur pour l'AME de droit commun, soit environ 720 euros mensuels pour une personne seule, conformément au plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Dans la mesure où l'aide médicale d'urgence conduirait à exclusion de la prise en charge gratuite les soins non urgents liés aux maladies chroniques, ainsi que certains soins de suite et de réadaptation ou encore, par exemple, la pose de prothèses, il est estimé que ce dispositif permettrait de réaliser environ 200 millions d'euros d'économies.

---

## EXAMEN EN COMMISSION

**Au cours d'une réunion tenue mardi 17 novembre 2015, sous la présidence de Mme Michèle André, présidente, la commission a examiné le rapport de M. Francis Delattre, rapporteur spécial, sur la mission « Santé » et l'article 62 *quinquies*.**

**M. Francis Delattre, rapporteur spécial pour la mission « Santé ». –**

La mission « Santé » recouvre quelques actions sanitaires ponctuelles assurées par l'État, pour un budget total de 1,257 milliard d'euros. Ce sont des politiques sensibles mais qui représentent peu au regard des 200 milliards d'euros de dépenses de l'assurance maladie.

Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » regroupe des subventions de l'État aux opérateurs sanitaires et aux agences régionales de santé (ARS). Le programme 183 « Protection maladie » concerne principalement le financement de l'aide médicale d'État (AME), un sujet particulièrement sensible et une dotation de 10 millions d'euros au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Les crédits du premier programme sont réduits de 2,4 %, ceux du second augmentent de près de 10 %.

Le budget pour 2016 se situe dans le prolongement de la tendance observée en 2014 et 2015 avec, d'abord, une diminution de 3,1 % des moyens alloués aux agences sanitaires, après une baisse de 4,4 % en 2015. La mise en œuvre du schéma d'emploi supprimerait cinquante équivalents temps plein (ETP) chez cinq des opérateurs financés par la mission.

Une réforme est en cours afin de fusionner trois opérateurs de la mission : l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) et le moins connu, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), dont la genèse remonte à l'épidémie de grippe A/H1N1. Cette fusion est souhaitable en raison du caractère complémentaire de leurs missions : c'est la veille sanitaire qui, le cas échéant, doit mettre l'Eprus en éveil. Je rappelle que l'Eprus s'appuie sur un réseau de deux mille volontaires ; il s'agit d'un système original et réactif qu'il convient de conserver au sein de la nouvelle agence. Sept dépôts répartis sur le territoire sont utilisés pour le stockage de médicaments de première nécessité en cas d'épidémie ou de toute autre urgence sanitaire.

Le deuxième point d'attention est la stabilisation des crédits de prévention, alloués aux ARS dans le cadre du Fonds d'intervention régionale (FIR) : ils s'élèveront à 124,5 millions d'euros.

La troisième évolution marquante de la mission en 2016 est la hausse de 10 % des crédits dévolus à l'AME, qui assure la prise en charge gratuite,

---

sans avance de frais, des soins aux étrangers en situation irrégulière, présents sur le territoire français depuis au moins trois mois et dont les ressources sont inférieures à environ 720 euros mensuels pour une personne seule.

Environ 300 000 personnes ont bénéficié de cette aide en 2014, majoritairement des hommes jeunes, même si environ 20 % des séjours hospitaliers concernent des grossesses et des accouchements. Près de 70 % des dépenses sont des prises en charge à l'hôpital, en particulier aux urgences.

L'augmentation de 10 % des crédits du programme 183 « Protection maladie », qui finance presque exclusivement l'AME, et l'ouverture de 87,6 millions d'euros de crédits supplémentaires par le projet de loi de finances rectificative pour 2015 révèlent surtout la sous-budgétisation chronique de ce dispositif.

Il y a en réalité trois types d'AME : l'AME de droit commun, qui couvre les soins aux étrangers résidant en France depuis plus de trois mois et dont la dotation s'élève à 700 millions d'euros en 2016, les soins urgents pour les étrangers ne remplissant pas la condition de résidence de l'AME de droit commun mais pour qui une absence de soins mettrait en jeu le pronostic vital ou entraînerait une incapacité définitive pour lesquels une dotation forfaitaire de 40 millions est prévue et, enfin, une AME dite « humanitaire », accordée au cas par cas sur décision gouvernementale.

Les dépenses totales de l'AME sont passées de 636 millions d'euros en 2009 à 831 millions d'euros en 2014, avec une pointe à 845 millions d'euros en 2013 suivie d'une stabilisation. La dette cumulée de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie s'élevait à 57,3 millions d'euros fin 2014. Aussi souhaitable que soit un resserrement du dispositif, une baisse trop importante du financement de l'État se traduirait par un report de charges sur les hôpitaux, puisque les malades qui se présentent aux urgences sont systématiquement soignés. La stabilisation des dépenses s'explique surtout par la réforme de la tarification hospitalière. Nous avons pu nous rendre compte, lors de nos visites, du climat difficile au sein des urgences. Les soins prodigués aux étrangers en situation irrégulière sont en général importants et la durée du séjour tend à être plus longue ; certaines patientes venues accoucher n'ont nulle part où aller à leur sortie de l'hôpital.

À l'évidence, le budget de 604 millions d'euros pour 2015 n'était pas suffisant, comme le prouve la rallonge de 87,5 millions d'euros qui nous est proposée en fin d'année. Au 31 décembre, 294 000 personnes disposaient de l'attestation donnant droit à l'AME, et ce nombre est en augmentation. Pour les 30 % de dépenses qui concernent les consultations de ville, il n'existe pas de système de collecte de données permettant d'identifier les pathologies soignées.

---

Notre collègue Roger Karoutchi a proposé un resserrement du dispositif inspiré du système allemand, adopté dans le cadre du projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration. Il faut rappeler qu'en Allemagne, la plus grande partie des dépenses est assumée par les Länder. Seuls les soins urgents et les douleurs aiguës peuvent, en principe, donner lieu à un accès gratuit aux soins. Si le malade étranger en situation irrégulière ne peut justifier de l'urgence, il doit, pour consulter un médecin, obtenir un certificat maladie au centre social de sa commune de résidence. La commune avance alors le prix des soins, qui lui est remboursé par le Land. L'État fédéral verse à cet effet une dotation aux Länder, d'un montant global d'environ 1 milliard d'euros. Au total, le coût du système semble par conséquent comparable au système français.

Pour toutes ces raisons, et compte tenu des observations de la Cour des comptes sur l'AME, envisager des critères pour resserrer le dispositif, comme le propose Roger Karoutchi, me paraît pertinent. Il est faux d'affirmer que le contrôle de l'assurance maladie est insuffisant – grâce aux recoupements effectués par la caisse primaire d'assurance maladie de Paris, une filière de fraude a récemment été démantelée – mais la réforme proposée permettrait de responsabiliser davantage les acteurs.

Je propose par conséquent d'adopter les crédits de la mission « Santé » sous réserve de l'adoption d'un amendement visant à baisser de 200 millions d'euros les crédits de l'AME. En 2016, la dotation budgétaire était de 700 millions d'euros pour l'AME de droit commun ; l'amendement ramènerait ce montant à 500 millions d'euros.

**M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général.** – La question du contrôle est complexe. On comprend bien pourquoi l'on ne peut avoir un tri aux urgences. La position des hôpitaux sur ce sujet est parfois ambiguë. Cependant, le projet annuel de performances de la mission « Santé » ne fixe aucun objectif pour 2016 et 2017 en matière de pourcentage de dossiers contrôlés ayant conduit à un refus de droit à l'AME. C'est inquiétant. Dans d'autres pays européens, cette dépense est mieux maîtrisée. Nous ne pouvons refuser les soins d'urgence ; la lutte contre la tuberculose et d'autres maladies est également une nécessité. Cependant, il convient de mettre en place une politique de contrôle efficace. Je m'étonne que la carte Vitale biométrique n'ait pas encore vu le jour ; on nous fait valoir que c'est compliqué, que les caisses primaires d'assurance maladie ne souhaitent pas le faire... Je soutiens par conséquent l'amendement de crédit.

**Mme Corinne Imbert, rapporteure pour avis de la commission des affaires sociales.** – Je ne m'exprime ici pas au nom de la commission des affaires sociales, puisque je ne présenterai mon rapport pour avis en commission que la semaine prochaine. Dans le cadre de mes travaux, j'ai reçu des représentants de la caisse nationale et de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris, de l'InVS et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Je partage la position du

---

rapporteur Francis Delattre sur l'évolution des crédits de la future agence nationale de santé publique et la nécessité de préserver les moyens de l'Eprus, en particulier concernant l'achat de médicaments et l'indemnisation des professionnels de santé. J'ai été pleinement rassurée sur l'efficacité du dispositif.

Les hôpitaux sont effectivement en première ligne pour accueillir les bénéficiaires de l'AME. Je ne sais s'il faut réduire les crédits ou si ces crédits sont sous-évalués. Quant aux contrôles ou aux inquiétudes sur les séjours médicaux des étrangers, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent être forcées de proposition ; elles souhaitent d'ailleurs accéder au logiciel de visas du ministère des affaires étrangères, ce que la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) leur refuse. Il reste que ceux qui se présenteront dans les hôpitaux continueront à être pris en charge quoi qu'il arrive.

**M. Marc Laménie.** - Voilà un dossier bien complexe, même si les sommes en jeu sont limitées. Quels sont les liens entre les huit opérateurs de la mission « Santé » et les ARS ? Pourquoi la dotation pour les victimes de l'amiante n'est-elle que de 10 millions d'euros ? Ce sujet si sensible est-il abondé par d'autres lignes budgétaires ?

**M. Maurice Vincent.** - Je remercie Francis Delattre pour ce rapport clair, modéré et pragmatique. Il me paraît difficile d'adopter l'amendement proposé tirant les conséquences de la proposition de Roger Karoutchi, dont je comprends néanmoins l'objectif. D'abord, les vases communicants entre les dépenses engagées quoi qu'il arrive par les hôpitaux pour les cas d'urgence et la dotation de l'État rendent l'amendement inopérant. Ensuite, les membres de notre commission ne sont ni formés, ni suffisamment informés pour distinguer ce qui relève de l'urgence de ce qui n'en relève pas. Je suis favorable à davantage de rigueur, mais je ne vois pas d'autre approche qu'un renforcement des contrôles pour débusquer, quand il y en a, des cas de fraude avérée.

**M. Claude Raynal.** - Je salue à mon tour le travail du rapporteur et la qualité de ses explications sur un dossier qu'il maîtrise bien, à rebours des propos quelque peu provocateurs qu'il lui arrive de tenir. Il est évident que l'amendement proposé, en aggravant la sous-budgétisation, ne répond pas aux besoins. Je le considère comme un amendement d'appel. Quant aux « soins non urgents liés à une maladie chronique », je suis dubitatif. Le traitement d'une maladie comme le diabète n'est-il pas obligatoire ? Je ne voterai pas l'amendement.

**M. Roger Karoutchi.** - Je regrette que ce débat prenne un tour théorique, voire théologique d'affrontement gauche-droite. Les dépenses de l'AME ont été multipliées par quatre en douze ans, pour atteindre au total près de 1 milliard d'euros. Par conséquent, une remise à plat du dispositif est nécessaire. Depuis plus de dix ans, des réseaux tirent profit de la prise en

charge gratuite des étrangers en situation irrégulière par les hôpitaux. Dans cinq ans, les dépenses de l'AME atteindront 1,5 milliard d'euros, alors que nous demandons aux Français des efforts sur leurs dépenses de santé. L'opinion publique y mettra le holà. Je ne me fais pas d'illusion sur le parcours de l'amendement à l'Assemblée nationale. C'est un avertissement : si nous n'équilibrons pas le système, il explosera et nous évoluerons vers un dispositif beaucoup moins favorable comme celui qu'a mis en place l'Espagne.

**Mme Marie-France Beaufils.** – Vous signalez une stabilisation des besoins financiers du Fiva. Ce n'est pas ce qui ressort sur le terrain, où l'on se plaint surtout d'un ralentissement dans le traitement des dossiers. La stabilisation dont vous faites état ne s'explique-t-elle pas par cet allongement des délais ?

Ma ville, qui mène depuis très longtemps des actions de prévention, est de moins en moins accompagnée. Vous annoncez, dans votre note de présentation, des baisses de crédits non négligeables en matière de prévention sanitaire. Cette diminution est-elle bien réaliste ?

Enfin, je me souviens qu'il y a quelques années, Roger Karoutchi avait signalé que négliger la situation de santé des migrants accueillis sur notre territoire favoriserait la transmission des maladies. Comment réduire les crédits en tenant compte de la réalité ? Il y a déjà sous-estimation ! Je ne suis pas partisane de réduire les crédits de l'AME.

**M. Éric Bocquet.** – Concernant le schéma d'emploi du programme 204, vous signalez cinquante ETP en moins. Cela signifie-t-il que les opérateurs étaient en sureffectif ? Si ce n'est pas le cas, qu'en est-il des missions qu'assumaient les agents dont on a supprimé le poste ? Sont-elles assumées par d'autres avec des gains de productivité ou avec des heures supplémentaires ? A-t-on évalué l'impact de la suppression des cinquante-deux emplois prévue en 2015 sur le fonctionnement des agences sanitaires ?

**M. Francis Delattre, rapporteur spécial.** – La seule année où la prévision initiale de dépenses de l'AME – de 588 millions d'euros – a été conforme avec l'exécution a été l'année 2012. En 2009, la prévision s'agissant de l'AME était de 490 millions d'euros. La proposition de ramener les dépenses d'AME de droit commun à 500 millions d'euros n'est donc pas très éloignée, et reste tout à fait réaliste. Comme l'a dit Roger Karoutchi, si on laisse les dépenses filer jusqu'au milliard d'euros, c'est tout le dispositif qui explosera. D'où l'urgence de l'améliorer, d'autant que la Cour des comptes le critique régulièrement. Certes, nous ne sommes pas médecins mais soyons efficaces dans la gestion des finances publiques. Je peux tout supporter, hormis le déni de réalité. Même s'il est difficile d'avoir une approche scientifique concernant cette baisse de crédits de 200 millions d'euros, une réforme est indispensable pour pérenniser le dispositif.

---

Si les dossiers d'indemnisation des victimes de l'amiante ont pris du retard, c'est notamment à cause de conflits de jurisprudences entre cours d'appel. Les parlementaires étaient d'ailleurs intervenus auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé pour mettre fin à un cafouillage scandaleux. L'État et l'assurance maladie consacrent au total un milliard d'euros à l'indemnisation des victimes de l'amiante : ce n'est pas rien. La remise de créances accordée aux victimes ou ayants droit débiteurs du Fiva, prévue par l'article 62 *quinquies*, est estimée à 3,4 millions d'euros.

Concernant l'AME, il me semble que le travail de vérification des dossiers est fait. Les déclarations de ressources nulles font l'objet de contrôles. Les recoupements ont d'ailleurs permis de mettre en évidence l'existence d'une filière de malades issus de Géorgie qui ont reçu des soins en France pour un coût moyen très élevé. Ce genre d'abus a été éradiqué.

Si l'on doit être soigné en France, alors que l'on vient d'un pays où il existe un système de couverture sociale, c'est d'abord l'assurance maladie de ce pays qui doit financer les soins. Or il existe des problèmes d'échange d'information concernant les ressortissants de certains États de l'Union européenne. Comme l'a rappelé Corinne Imbert, le ministère des affaires étrangères et du développement refuse aux caisses primaires d'assurance maladie l'accès aux informations du logiciel relatif aux visas. Cela devrait pourtant être possible à l'ère numérique. Un amendement d'appel pour favoriser la coopération contribuerait à réduire les abus.

Éric Bocquet sait, pour exercer les fonctions de rapporteur spécial, qu'on se plaît à nous vanter des gains de productivité. Il faudra nous montrer vigilants au sujet des trois agences qui vont fusionner, même si ce rapprochement devrait faciliter la coordination entre la veille sanitaire et l'opérationnel. En particulier, l'Eprus, avec ses stocks répartis sur l'ensemble du territoire, est un outil à conserver.

**Mme Michèle André, présidente.** – Merci pour votre présentation de ce rapport d'autant plus précieuse dans le contexte actuel. Dans nos hôpitaux, des hommes et des femmes se relaient pour donner les meilleurs soins à toutes les victimes, quelles que soient leur histoire et leurs origines. Saisissons cette occasion pour remercier le corps de santé dans son ensemble.

*L'amendement n° 1 est adopté.*

**À l'issue de ce débat, la commission décide de proposer au Sénat l'adoption des crédits de la mission « Santé » ainsi modifiés, ainsi que l'article 62 *quinquies*.**

\*

Réunie le jeudi 19 novembre 2015, sous la présidence de Mme Michèle André, présidente, la commission a décidé de confirmer sa décision de proposer au Sénat l'adoption, avec modification, des crédits de la mission « Santé » et l'adoption, sans modification, de l'article 62 *quinquies*.

## ANNEXE

### Nombre de personnes ayant eu des remboursements au titre de l'AME en 2014 pour différents postes

(en date de remboursement)

Champ : France entière (y compris DOM)

Source : SNIIRAM (DCIR)

<b>Récapitulatif</b>	<b>Nombre de consommateurs</b>
<b>Soins de ville</b>	326 282
<b>Hospitalisation privée</b>	23 482
<b>Hospitalisation publique</b>	92 037
<b>Soins externes à l'hôpital public</b>	129 271
<b>Dépenses non ventilées</b>	390
<b>Total</b>	<b>339 186</b>

<b>Soins de ville</b>	<b>Nombre de consommateurs</b>
<b>Honoraires privés</b>	<b>287 133</b>
<b>dont honoraires médicaux</b>	<b>285 058</b>
dont consultations	270 544
dont consultations omnipraticiens	251 285
dont consultations autres praticiens	101 487
dont visites (y compris frais de déplacement)	9 488
dont actes techniques (y compris radiologie)	140 455
dont forfaits techniques (IRMN, scanner, ...)	17 871
dont autres honoraires médicaux	5 889
<b>dont honoraires dentaires</b>	<b>62 407</b>
<b>Prescriptions</b>	<b>297 650</b>
<b>dont actes des auxiliaires médicaux (y compris frais de dépl.)</b>	63 599
dont actes des infirmiers (y compris frais de dépl.)	47 998
dont actes des kinésithérapeutes (y compris frais de dépl.)	17 582
dont actes des orthophonistes (y compris frais de dépl.)	1 394
dont actes des autres auxiliaires médicaux (y compris frais de dépl.)	2 607
<b>dont biologie</b>	129 775
<b>dont pharmacie</b>	288 688
<b>dont LPP</b>	98 916
<b>Transport</b>	<b>13 825</b>
<b>Autres prestations</b>	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>326 282</b>

<b>Hospitalisation privée</b>	<b>Nombre de consommateurs</b>
<b>Établissements sanitaires</b>	<b>23 276</b>
dont court séjour	22 622
dont psychiatrie	131
dont soins de suite et de rééducation	762
dont soins de longue durée	0
dont autres	0
<b>Établissements médico-sociaux</b>	<b>214</b>
<b>Total</b>	<b>23 482</b>
<b>Hospitalisation publique</b>	<b>Nombre de consommateurs</b>
<b>Établissements sanitaires</b>	<b>92 017</b>
dont court séjour	90 973
dont psychiatrie	1 389
dont soins de suite et de rééducation	1 512
dont soins de longue durée	2
dont autres	0
<b>Établissements médico-sociaux</b>	<b>31</b>
<b>Total</b>	<b>92 037</b>
<b>Soins externes</b>	<b>Nombre de consommateurs</b>
<b>Honoraires</b>	<b>125 657</b>
<b>dont honoraires médicaux</b>	<b>125 344</b>
dont consultations	113 626
dont consultations omnipraticiens	56 001
dont consultations autres praticiens	83 716
dont actes techniques (y compris radiologie)	72 259
dont autres honoraires médicaux	7 236
<b>dont honoraires dentaires</b>	<b>3 147</b>
<b>Prescriptions</b>	<b>64 243</b>
<b>dont actes des auxiliaires médicaux</b>	<b>53 874</b>
dont actes des infirmiers	51 482
dont actes des kinésithérapeutes	409
dont actes des orthophonistes	74
dont actes des autres auxiliaires médicaux	3 957
<b>dont biologie</b>	<b>46 269</b>
<b>Total</b>	<b>129 271</b>

Source : CNAMTS

---

## LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale (DSS), accompagné de Mme Géraldine Duverneuil, chef du bureau de la couverture maladie universelle et des prestations de santé ;

- Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), accompagnée de Mme Fanny Richard, responsable du département de la réglementation.

### Déplacements

- Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges. M. Didier Hoeltgen, directeur, accompagné de Mme Julie Chastres, directrice adjointe aux affaires financières ;

- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris. M. Pierre Albertini, directeur, accompagné de Mme Michèle Pierre, sous-directrice des prestations, et de Mme Laurence Dauffy, directrice adjointe de la régulation et des relations avec les professions de santé.