



N° 2301

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

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

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2020** (n° 2272),

PAR M. JOËL GIRAUD,
Rapporteur Général
Député

ANNEXE N° 38

SANTÉ

Rapporteuse spéciale : MME VÉRONIQUE LOUWAGIE

Députée

SOMMAIRE

	Pages
PRINCIPALES ANALYSES DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE ET DONNÉES-CLÉS	5
I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE	8
A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UNE DÉPENSE DYNAMIQUE	8
1. L'aide médicale de droit commun, un dispositif à réformer	9
a. Un effort partiel de sincérisation de la dépense	10
b. Une dépense dynamique	11
c. Des informations sur l'AME qui pourraient utilement venir compléter les documents budgétaires	14
d. Vers une réforme du dispositif de l'AME	19
2. Une prise en charge limitée des soins urgents	22
3. Les autres dispositifs d'AME à l'ampleur réduite	23
4. Un manque de lisibilité sur le coût total des dépenses de santé pour les étrangers en situation irrégulière	23
B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	25
II. LE PROGRAMME 204 : UNE CAPACITÉ DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENACÉE	27
A. UNE DISPARITION DE LA MOITIÉ DES CRÉDITS INSCRITS SUR LE PROGRAMME APRÈS LE TRANSFERT DU FINANCEMENT DES DEUX OPÉRATEURS PRINCIPAUX VERS L'ASSURANCE MALADIE ...	28
1. La quasi-disparition des opérateurs rattachés au programme 204	28
2. Une hausse significative des crédits alloués à l'Agence de Santé de Wallis et Futuna	30
B. UNE RÉFORME INDISPENSABLE DU DISPOSITIF D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE	31
1. Un dispositif complexe et sous-utilisé	31
2. Une simplification du dispositif souhaitée dans le projet de loi de finances pour 2020	33
EXAMEN EN COMMISSION	37
PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	39

ANNEXE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME	40
ANNEXE 2 : NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME PAR DÉPARTEMENT	41
ANNEXE 3 : ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES D'AME	43
ANNEXE 4 : STATISTIQUES AVANCÉES DES DOSSIERS DÉPAKINE	45

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) fixe au 10 octobre la date limite pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

À cette date, 75,4 % des réponses étaient parvenues à la commission des finances.

PRINCIPALES ANALYSES DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE ET DONNÉES-CLÉS

La mission *Santé* porte les dépenses de santé inscrites sur le budget de l'État. Elle est composée de deux programmes :

– le programme 183 *Protection maladie* qui finance quasi exclusivement l'aide médicale de l'État (AME), c'est-à-dire l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, et représente 82 % des crédits de la mission ;

– le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, soit 18 % des crédits de la mission.

La dotation globale de la mission *Santé* connaît une très forte baisse (– 20% par rapport à 2019) et s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2020. Les crédits alloués au programme 204 diminuent de 60 % du fait du transfert à l'assurance maladie du financement des deux principaux opérateurs rattachés au programme. Les crédits du programme 183 restent stables.

1. Le programme 183 « Protection maladie »

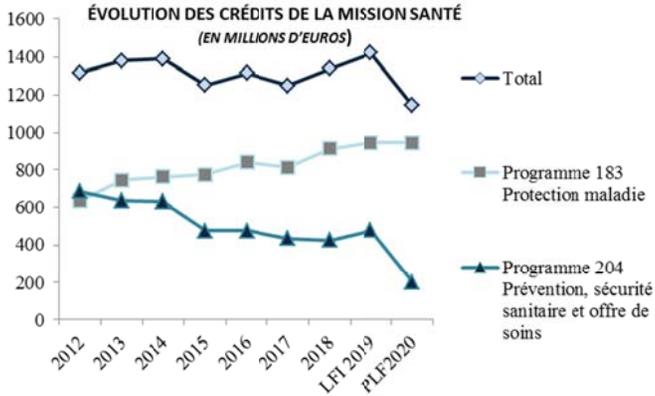
Les crédits inscrits sur le programme 183 s'établissent à 942,4 millions d'euros, au même niveau qu'en 2019. Le Gouvernement anticipe une stabilisation de la dépense d'AME en 2020 grâce à des gains d'efficacité en termes de gestion du dispositif et à un renforcement des contrôles de la dépense.

Si la stagnation du nombre moyen de bénéficiaires entre 2016 et 2018 peut plaider en ce sens, la rapporteure estime que le regain observé en 2019 (+ 3 %) et le dynamisme du coût moyen par bénéficiaire doit inciter à la plus grande prudence. Surtout, elle considère que le caractère dynamique de la dépense (+ 46 % entre 2011 et 2020) conduit à s'interroger sur la soutenabilité du dispositif sur le long terme. Elle souhaite qu'une concentration de l'AME sur les soins vitaux soit envisagée.

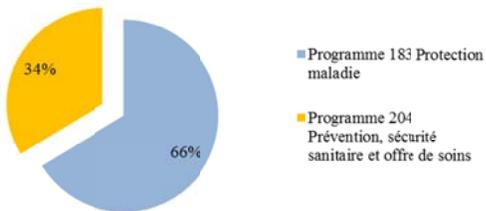
2. Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »

La dotation du programme 204 s'établit à 201 millions d'euros, en diminution de 60 % du fait du transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et Santé publique France, vers l'assurance maladie. Le caractère extrêmement réduit des crédits restants sur le programme 204 pose, avec une acuité nouvelle, la question de la taille critique nécessaire pour permettre à l'État de disposer d'une capacité de pilotage de la politique de santé publique.

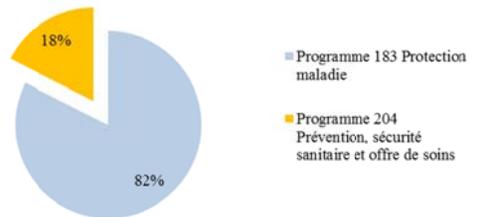
Une réforme du dispositif d'indemnisation des victimes de la dépakine, demandée par la rapporteure spéciale, devrait être également inscrite dans le projet de loi de finances pour 2020 par voie d'amendement gouvernemental. Cette réforme comporte, notamment, la fusion des deux instances chargées de l'examen de l'imputabilité des dommages et de l'établissement des responsabilités.



RÉPARTITION DES DÉPENSES DE LA MISSION SANTÉ LFI 2019

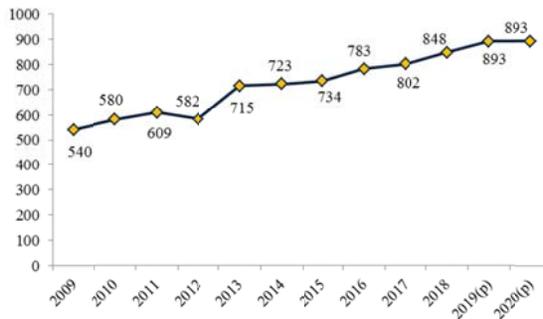


RÉPARTITION DES DÉPENSES DE LA MISSION SANTÉ PLF 2020



COÛT DE L'AME DE DROIT COMMUN EFFECTIVEMENT SUPPORTÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE

(en millions d'euros)



INTRODUCTION

Si les dépenses de santé sont portées presque exclusivement par la loi de financement de la sécurité sociale (222 milliards d’euros prévus en 2020), **1,1 milliard d’euros** finançant cette politique publique en 2020 sont inscrits sur la mission *Santé* du budget de l’État. Ces dépenses regroupent les crédits alloués à la politique de prévention (programme 204) et très majoritairement (82 %) ceux dédiés au financement de l’aide médicale de l’État (programme 183).

La mission *Santé* connaît une modification majeure de son périmètre avec le **transfert du financement des deux opérateurs principaux du programme 204, l’Agence nationale de sécurité du médicament et Santé publique France, vers l’assurance maladie**. Cette modification substantielle du périmètre de la mission se traduit par **une diminution de près de 60 % des crédits du programme 204** et une baisse de 20 % des crédits de la mission.

La rapporteure rappelle que ces transferts de financement successifs vers l’assurance maladie ont entraîné une **baisse de 70 % des dépenses de prévention en santé financées par la mission Santé depuis 2012**. La rapporteure souligne également que la ministre des solidarités et de la santé avait affirmé en commission, lors des débats portant sur le règlement du budget 2018 ⁽¹⁾, que le périmètre des dépenses de prévention en santé ne serait pas réduit dans un futur proche. **La rapporteure s’interroge donc aujourd’hui sur la pertinence du maintien d’un financement par une mission dédiée d’une partie aussi réduite de la politique de prévention en santé.**

La dotation du programme 183 prévue pour 2020 est identique à celle inscrite en loi de finances initiale pour 2019. **La rapporteure estime cependant que cette dépense est sous-budgétisée et que le dispositif de l’AME devrait faire l’objet d’une réforme plus structurelle afin d’assurer sa soutenabilité.**

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA MISSION SANTÉ

(en millions d’euros)

	LFI 2019		PLF 2020		Évolution en valeur absolue		Évolution 2019-2020	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	477,7	479,1	197,8	201,1	- 279,9	- 278	- 59 %	- 58 %
Programme 183 Protection maladie	942,4	942,4	942,4	942,4	0	0	0 %	0 %
Total	1 420,1	1 421,5	1 140,2	1 143,5	- 279,9	- 278	- 20 %	- 20 %

Source : commission des finances d’après le PAP.

(1) Commission des finances, 29 mai 2019.

I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE

Le programme 183 finance principalement l'aide médicale de l'État (AME) qui représente 99 % de ces crédits. L'AME désigne trois dispositifs distincts : l'AME de droit commun, ouverte aux étrangers en situation irrégulière et justifiant d'une résidence en France depuis au moins trois mois, le dispositif dédié aux soins urgents et d'autres dispositifs plus ponctuels. Les dépenses restantes couvrent la participation de l'État au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), essentiellement financé par une contribution du régime général de la sécurité sociale. **La budgétisation des dépenses d'AME et de celles du FIVA est la même qu'en loi de finances initiale pour 2019.**

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 183

(en millions d'euros)

	Exécution 2018	LFI 2019	PLF 2020	Évolution en valeur absolue	Évolution 2019-2020
Programme 183 Protection maladie	911,1	942,4	942,4	0	0
Aide médicale de l'État	903,3	934,4	934,4	0	0
AME de droit commun	862	892,9	893	0,1	0,01 %
Soins urgents	40	40	40	0	0
Autres dispositifs	1,3	1,5	1,5	0	0
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	7,8	8,0	8	0	0

Source : commission des finances d'après le PAP.

A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UNE DÉPENSE DYNAMIQUE

L'aide médicale de l'État recouvre plusieurs dispositifs. La majorité de la dotation qui lui est allouée permet de financer l'aide médicale de droit commun (95 %). Elle finance également l'AME soins urgents par une dotation forfaitaire de 40 millions d'euros et d'autres dispositifs spécifiques pour 1,5 million d'euros. L'AME est caractérisée par une prévisibilité complexe de la dépense qui se traduit par une budgétisation approximative et souvent en deçà des besoins réels.

ÉVOLUTION DE LA DOTATION DES CRÉDITS DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

(en millions d'euros)

	Exécution 2018	LFI 2019	PLF 2020	Évolution LFI 2019-PLF 2020 en valeur absolue	Évolution LFI 2019-PLF 2020 en %
Action 1 : Aide médicale de l'État	903,3	934,4	934,4	0	0
Aide médicale de droit commun	862	892,9	892,9	0	0
Soins urgents	40	40	40	0	0
Autres dispositifs	1,3	1,5	1,5	0	0

Source : commission des finances d'après le PAP.

Les crédits alloués à l'AME sont stables par rapport à la LFI 2019 et s'établissent à **934,4 millions d'euros**.

1. L'aide médicale de droit commun, un dispositif à réformer

Prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'AME de droit commun est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 pour assurer la couverture des soins des **personnes étrangères en situation irrégulière**, résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de **trois mois** et dont **les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)**, soit 746 euros par mois pour une personne seule résidant en France métropolitaine en 2019. L'AME est **valable un an** à compter du dépôt de la demande.

Cette aide vise à assurer une couverture maladie aux personnes démunies en situation irrégulière, en poursuivant une triple logique humanitaire (donner un accès aux soins aux personnes fragiles), de santé publique (éviter la propagation de maladies) et économique (prévenir les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence). Elle représente 95 % de la dépense totale d'AME.

L'AME permet une prise en charge à 100 % des frais de santé remboursables par l'assurance maladie, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais. L'AME ne couvre pas le même panier de soins que la CMU-c : ainsi, les médicaments princeps et les médicaments à 15 %, les actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et les cures thermales en sont exclus. De plus, contrairement à la CMU-c, l'AME ne prévoit pas de forfaits de prise en charge au-delà des tarifs de la sécurité sociale.

Si ce dispositif est financièrement à la charge de l'État, l'assurance maladie, qui gère l'AME, en porte les déficits cumulés à cause d'une budgétisation structurellement inférieure aux besoins.

La dotation allouée à l'AME de droit commun en 2020 sera donc de 892,9 millions d'euros, **au même niveau qu'en LFI 2019**.

a. Un effort partiel de sincérisation de la dépense

L'aide médicale d'État est une dépense qui est traditionnellement sous-budgétisée, ce qui s'explique en partie par la difficulté de réaliser des hypothèses de prévision de la dépense fiables. En 2018 par exemple, une ouverture de 21,3 millions d'euros a été nécessaire en cours de gestion pour financer les dépenses réelles d'AME.

La prévision d'exécution actualisée pour 2019 est cependant très proche de la budgétisation initiale. Après le dégel de la réserve de précaution, elle s'établirait à 897,9 millions d'euros, soit seulement 5 millions d'euros de plus que le montant inscrit en loi de finances initiale pour 2019.

● **Le Gouvernement estime que la dépense d'AME devrait se stabiliser en 2020** grâce notamment à des gains d'efficacité en termes de gestion du dispositif et à un renforcement des contrôles de la dépense :

– la **centralisation de l'instruction des demandes** dans les trois caisses primaires d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille, qui doit être entièrement réalisée à la fin de l'année 2019, et celle de la fabrication des cartes d'AME sur le pôle de Cergy, permettraient de **réaliser des économies de charges de personnel chiffrées à 3,5 millions d'euros** ;

– le **plan de renforcement de la lutte contre la fraude à l'AME lancé par le Gouvernement devrait entraîner une diminution de la dépense indue.** Ce plan se décline en trois points : une hausse des contrôles *a priori* des services de l'agent comptable sur les dossiers au moment de l'ouverture des droits (la cible passe de 10 % à 12 % des dossiers), la rénovation du programme national de contrôle qui porte notamment sur les multi-hébergeurs et les méga-consommateurs et l'accès, d'ici la fin de l'année 2019 à la base VISABIO afin de détecter en amont la fraude à l'AME liée à la dissimulation de visas.

● **Le nombre trimestriel moyen de bénéficiaires s'établirait à 316 000 personnes en 2020** contre 326 000 en 2019, après une stagnation de ce nombre entre 2016 et 2018.

● **Le coût trimestriel moyen par bénéficiaire est anticipé à 709 euros en 2020** contre 685 euros en 2019 d'après les dernières prévisions actualisées, ce qui correspond à une hausse de 4 % entre 2019 et 2020.

Si la rapporteure note l'effort de sincérisation de la dépense en 2019 et en 2020, elle considère que la reprise de l'accroissement du nombre de bénéficiaires de l'AME en 2019 (voir *infra*) et la hausse du coût moyen par bénéficiaire devraient inciter à une plus grande prudence dans les prévisions d'autant que les économies induites par la centralisation de l'instruction des demandes et le renforcement des contrôles de la dépense ne sont que partiellement chiffrées.

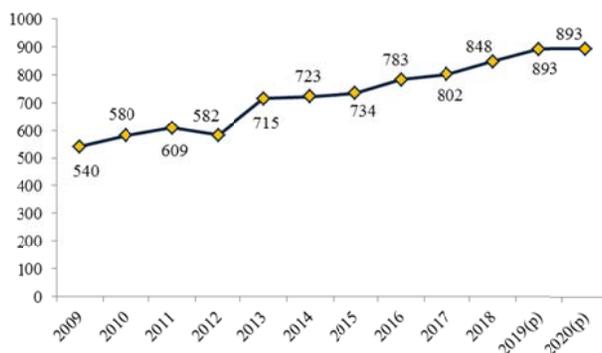
b. Une dépense dynamique

L'AME de droit commun est une dépense dynamique, dont le coût a augmenté de 46 % entre 2011 (609 millions d'euros) et la prévision pour 2020 (893 millions d'euros), ce qui représente une **hausse annuelle moyenne de 5 %**.

Le graphique ci-dessous retrace le coût de l'AME de droit commun effectivement supporté par l'assurance maladie, c'est-à-dire le coût réel de cette politique publique, en tenant compte de l'éventuelle dette de l'État envers l'assurance maladie au titre des dépenses d'AME non budgétisées.

COÛT DE L'AME DE DROIT COMMUN EFFECTIVEMENT SUPPORTÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE

(en millions d'euros)



Source : commission des finances d'après les données fournies par la direction de la sécurité sociale.

Cette hausse du coût de l'AME de droit commun s'explique à la fois par l'accroissement du nombre moyen de bénéficiaires par trimestre et par l'augmentation du coût moyen par bénéficiaire.

La dette de l'État envers l'assurance maladie

Lorsque la dotation de l'État ne couvre pas entièrement les dépenses engagées par l'assurance maladie au titre de l'AME, une dette de l'État envers la CNAM se crée. Malgré les apurements de dette de l'État à la CNAM au titre de l'AME en 2007, 2009 et 2015, une nouvelle dette, certes moins importante que celle connue par le passé et limitée par rapport à la dette générale de l'État envers l'assurance maladie, mais tout de même significative, s'est recrée. Elle s'élève à **35,3 millions d'euros fin décembre 2018**.

La rapporteure réitère sa volonté de voir procéder sans délai à l'apurement complet du stock de cette dette ; elle considère en effet que l'assurance maladie ne doit pas porter le coût de la sous-budgétisation des crédits alloués à l'AME

• Le nombre moyen de bénéficiaires de l'AME a augmenté de 50 % entre 2009 (210 000 bénéficiaires) et 2020 (316 000 bénéficiaires), ce qui représente une **hausse annuelle moyenne de 4 %**.

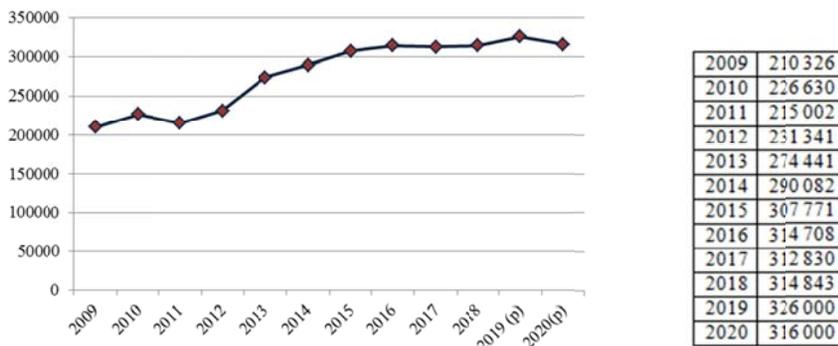
L'évolution des effectifs a été très dynamique entre 2009 et 2016 (+ 5,9 % de croissance annuelle moyenne), une parenthèse étant cependant observée en 2011 lors de l'instauration d'un droit de timbre de 30 euros pour les bénéficiaires majeurs de l'AME (du 1^{er} mars 2011 au 4 juillet 2012).

Entre 2016 et 2018, le nombre de bénéficiaires est resté globalement stable. La rapporteure avait recensé dans son rapport de l'année dernière différentes hypothèses pouvant expliquer cette évolution⁽¹⁾ mais aucune n'a pu réellement être retenue du fait d'un manque structurel d'informations sur les bénéficiaires de l'AME. Ainsi, **la direction de la sécurité sociale est toujours dans l'incapacité d'expliquer cette stagnation.**

D'après les prévisions actuelles, **le nombre trimestriel moyen de bénéficiaires en 2019 augmenterait de 4 % par rapport à 2018 puis diminuerait de 3 % en 2020**, notamment grâce à l'action renforcée en matière de lutte contre la fraude à l'AME.

L'évolution des dépenses en 2019 fera l'objet d'une analyse approfondie au printemps prochain, lors de l'examen du projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2019.

ÉVOLUTION DU NOMBRE TRIMESTRIEL MOYEN DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME



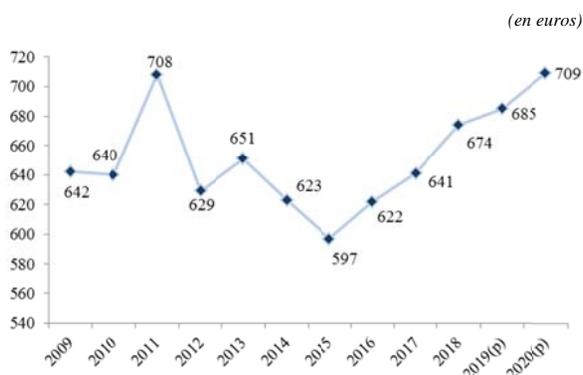
Source : commission des finances d'après les données fournies par la direction de la sécurité sociale

(1) Mme Véronique Louwagie, Rapport n° 1055 annexe n° 38 Santé, règlement du budget 2017, juin 2018.

• **Le coût trimestriel moyen par bénéficiaire a augmenté de façon dynamique depuis 2015 (+ 18 % soit une croissance annuelle moyenne de 4 %).** Il est estimé à 709 euros par bénéficiaire en 2020, ce qui correspond au même niveau que le pic atteint en 2011 pendant l’instauration du droit de timbre.

À titre de comparaison, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s’élève à 3 037 euros ⁽¹⁾ par habitant en 2018 ⁽²⁾ contre 2 022 euros pour les bénéficiaires de l’AME.

ÉVOLUTION DU COÛT TRIMESTRIEL MOYEN PAR BÉNÉFICIAIRE DE L’AME



Source : commission des finances d’après les données fournies par la direction de la sécurité sociale.

Entre 2011 et 2015, l’instauration progressive de la réforme de la tarification hospitalière qui a aligné sur le droit commun la prise en charge des séjours hospitaliers des patients AME a conduit à la diminution de la dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire (– 4 % de croissance annuelle moyenne).

Cette hausse du coût trimestriel moyen par bénéficiaire s’explique essentiellement par le **dynamisme de la dépense moyenne hospitalière** (+ 7 % en 2018 ⁽³⁾). Elle serait majoritairement due à l’augmentation des traitements lourds et coûteux (notamment les séances de chimiothérapies, dialyses et radiothérapies). Les prévisions du Gouvernement pour 2019 et 2020 reposent sur des hypothèses de croissance moins fortes : + 3,6 % en 2019 et + 3,1 % en 2020.

(1) dont 78 % sont financés par la sécurité sociale et 13,4% par les organismes complémentaires.

(2) Drees, Les dépenses de santé en 2018, septembre 2019.

(3) Pour plus de détails sur la répartition des dépenses d’AME et son évolution, voir annexe 3.

c. Des informations sur l'AME qui pourraient utilement venir compléter les documents budgétaires

Outre les difficultés de prévision de la dépense liées à la nature même de cette politique publique, l'information contenue dans les documents budgétaires est partielle et n'en livre pas une véritable analyse.

Pour la deuxième année consécutive, la rapporteure a rassemblé dans son rapport l'ensemble des informations dont elle dispose, grâce au projet annuel de performance (PAP), aux réponses aux questionnaires budgétaires et aux réponses transmises par les services concernés au cours des auditions menées. Elle recommande, de nouveau, que l'ensemble de cette information figure dans les documents budgétaires.

La mission IGAS/IGF, dont le rapport a été publié en octobre 2019 (voir infra), a d'ailleurs souligné le manque d'informations à disposition du Parlement concernant cette politique publique. Elle met en évidence que « *les sous-jacents du calcul de la trajectoire budgétaire sont peu documentés ; l'hypothèse sur le nombre de bénéficiaires en $n+1$ n'est par exemple pas justifiée.* ⁽¹⁾ ». Ce manque d'information pose de vrais problèmes en matière de sincérité de la dépense, soulignés par la Cour des comptes qui jugeait les hypothèses de calcul de la trajectoire budgétaire de l'AME « *très limitées et ne permettant pas d'apprécier la sincérité de cette dernière* ⁽²⁾ ».

La rapporteure regrette que la donnée relative au pays d'origine des bénéficiaires de l'AME ne soit pas conservée par l'assurance maladie. Elle permettrait en effet d'en savoir plus sur le lien entre flux migratoires et évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME.

Il faut cependant souligner que la mission IGAS/IGF a montré que, dans trois hôpitaux français (Hospices civils de Lyon, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille et Centre hospitalier de la Seine-Saint-Denis), **les bénéficiaires ressortissants de l'Afrique du Nord et de l'Afrique subsaharienne représentent plus des deux tiers des bénéficiaires totaux** de l'AME de droit commun et des soins urgents. L'Algérie est le premier pays en termes de ressortissants dans ces trois hôpitaux.

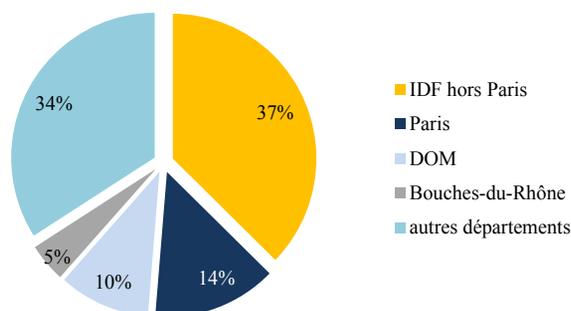
(1) *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, p.6.*

(2) *Cour des comptes, note d'analyse de l'exécution budgétaire 2017 sur la mission Santé, juin 2018.*

• **Répartition géographique des soins délivrés au titre de l'AME**

L'analyse de la répartition géographique des bénéficiaires montre une **concentration de ces bénéficiaires dans certains départements**. 51 % des bénéficiaires se situent en Île de France ⁽¹⁾.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME EN 2018



Source : commission des finances d'après les données fournies par la direction de la sécurité sociale.

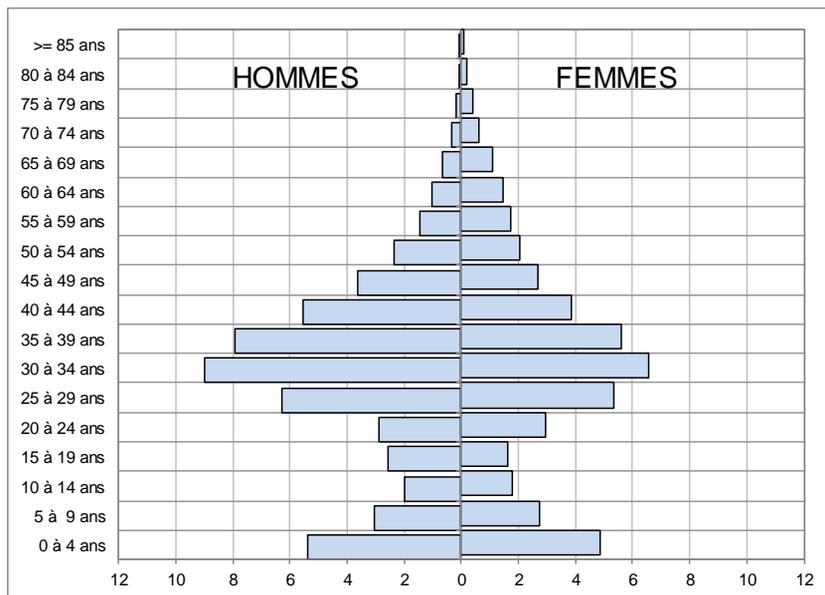
Les CPAM de Paris et de Seine-Saint-Denis connaissent une diminution significative du nombre de bénéficiaires de l'AME entre 2015 et 2018 (respectivement – 20 % et – 24 %). **A contrario, la Guyane a vu son nombre de bénéficiaires augmenter de 70 % sur la même période**, ce qui explique la quasi-totalité de la hausse du nombre de bénéficiaires en outre-mer.

(1) Voir annexe 2.

● **Profil des bénéficiaires de l'AME**

22 % des bénéficiaires de l'AME sont des mineurs et 48 % ont entre 18 et 39 ans. Les hommes représentent 54 % de l'effectif total.

RÉPARTITION PAR ÂGE ET SEXE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME AU 31 DÉCEMBRE 2018



Source : CNAM.

La durée moyenne dans le dispositif d'AME n'est pas connue mais une première estimation a été effectuée en 2019 dans les caisses de Paris, Bobigny et Marseille sur près d'un tiers d'ouvriers de droits. Elle montre que **qu'environ 40 % des bénéficiaires de l'AME restent un an dans le dispositif**. Cette estimation sera consolidée dès l'année prochaine dans le cadre de la centralisation de l'instruction des demandes.

RÉPARTITION DE L'ANCIENNETÉ DES BÉNÉFICIAIRES DANS LE DISPOSITIF DE L'AME EN SEPTEMBRE 2019 ⁽¹⁾

Jusqu'à 1 an	40,7 %
Entre 1 an et 2 ans	20 %
Entre 2 ans et 3 ans	12,3 %
Entre 3 ans et 4 ans	8,6 %
Plus de 4 ans	18,4 %

Source : CNAM.

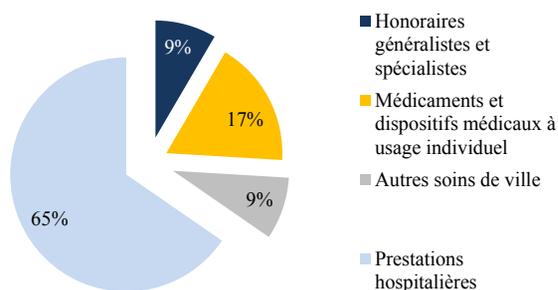
(1) Sur un échantillon de 31% d'ouvriers de droits. NB : si le bénéficiaire a connu des interruptions de droit, l'historique n'est pas repris. Cela minore donc l'ancienneté dans le dispositif.

Répartition des dépenses d'AME

Le profil complet des dépenses d'AME, retracé en annexe 3, permet de montrer que le **dynamisme du coût moyen** (+ 16 % entre 2015 et 2018). En valeur, cette augmentation s'explique, d'une part, par celle du **coût des frais d'hospitalisation** (+ 57 millions d'euros entre 2015 et 2018) et, d'autre part, par la hausse du **coût des médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel** (+ 22 millions d'euros entre 2015 et 2018).

Si l'accroissement des dépenses de ville (+ 16 %) est plus rapide sur la période que celui des dépenses hospitalières (+ 14 %), le dynamisme de ces dernières en 2018 (+ 7 %) vient remettre en cause cette tendance. Le poids des dépenses hospitalières (65 %) dans le coût total des dépenses d'AME incite à une vigilance particulière concernant son évolution.

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ D'AME



Source : commission des finances d'après les données fournies par la direction de la sécurité sociale.

• Caractéristiques des demandes d'AME

Concernant le traitement des demandes d'AME, **seul le délai moyen d'instruction entre la date de réception du dossier complet (et non du premier dossier déposé, même incomplet) et la date de notification de la décision d'attribution ou de refus est connu** et fait l'objet d'un indicateur de performance dans le PAP.

Si ce délai a été largement réduit (25 jours en moyenne depuis 2016) et sera encore diminué à horizon 2020 grâce à la centralisation de l'instruction de l'ensemble des demandes d'AME en métropole par les trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille (objectif 20 jours en moyenne), il ne rend toujours pas compte de l'attente réelle des étrangers en situation irrégulière qui doivent très souvent fournir des pièces complémentaires à leurs dossiers, ce qui rallonge d'autant le délai d'instruction.

Il faut souligner que le rapport de **la mission IGAS/IGF estime que la centralisation de l’instruction des demandes d’AME entraînera dans un premier temps des délais supplémentaires de traitement des demandes** ⁽¹⁾. Elle préconise ainsi de maintenir pour 2020 un objectif de délai de 25 jours.

Les réponses au questionnaire budgétaire nous permettent de savoir que **55 % des demandes d’AME acceptées en 2018 étaient des renouvellements**. En 2018, 255 091 demandes d’AME ont été effectuées, soit 1,5 % de plus qu’en 2017 où 251 266 avaient été demandes reçues. Sur l’ensemble de l’année 2018, **9,4 % des demandes d’AME ont été refusées**.

● Coût de la fraude à l’AME

Le Gouvernement souhaite mettre en œuvre pour 2020 **un renforcement significatif des contrôles réalisés pour éviter la fraude à l’AME**.

– Les premiers contrôles sont réalisés au moment de l’instruction des dossiers pour s’assurer que les conditions d’attribution sont bien remplies. Afin de renforcer le contrôle sur la régularité du séjour, **les caisses de l’assurance maladie auront désormais accès à la base VISABIO** (base de données biométriques des visas), ce qui leur permettra de détecter les éventuelles dissimulations de visas, la possession de ces derniers ayant parfois pour conséquence une couverture des soins moins intéressante que l’AME.

– Un deuxième niveau de contrôle intervient après l’acceptation de la demande, par le biais des contrôles de l’agent comptable. Un échantillon de 10 % des dossiers est contrôlé dans chaque organisme afin de s’assurer de la présence et de la conformité des pièces justificatives, de l’exactitude des ressources déclarées, du respect des critères de résidence et de la qualité de l’enregistrement du droit dans le système d’information.

Ce contrôle fait l’objet d’un indicateur de performance. En 2018, 10,8 % des dossiers d’AME ont ainsi été contrôlés, **révélant 254 dossiers avec des anomalies ayant une incidence financière (soit 1,06 % des dossiers contrôlés) pour un montant d’indus de 27 610 euros**. Si l’on généralise ces données, **10 % des dossiers pourraient donc présenter des anomalies, pour un montant d’environ 270 000 euros, ce qui représente 0,03 % des dépenses d’AME en 2018**. Ces contrôles seront renforcés dès 2020 grâce à la centralisation de l’instruction des demandes d’AME en métropole : **le taux de dossiers contrôlés passera ainsi à 12 %**.

– Des contrôles sont mis en œuvre *a posteriori*, sur la consommation de soins, afin de détecter des recours aux soins abusifs ou des utilisations frauduleuses de la carte vitale ou de la carte AME. Ces contrôles sont réalisés indistinctement sur les assurés sociaux du régime général et sur les bénéficiaires de l’AME ; **il n’est donc pas possible d’isoler le coût de la fraude détectée lors de cette étape pour les seuls bénéficiaires de l’AME**.

(1) *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, L’aide médicale d’État : diagnostic et propositions, octobre 2019, p.18.*

Depuis juin 2019, des contrôles accrus sont mis en œuvre pour vérifier la stabilité de la résidence des assurés et des bénéficiaires de l'AME, sur la base de requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, d'échanges avec les consulats, de l'exploitation des signalements d'organismes externes (CAF, Pôle Emploi, DGFIP, consulats) et internes (Centre national des soins à l'étranger).

– Enfin, des contrôles peuvent également être menés sur le fondement des signalements effectués par les postes consulaires ou les CPAM. En 2018, les caisses d'assurance maladie ont ainsi interrogé les consulats sur 811 dossiers et ont obtenu 677 réponses. La même année, les caisses ont reçu 82 signalements de leur part. Ces interrogations et signalements concernent cependant à la fois les assurés du régime général et les bénéficiaires de l'AME.

Outre le préjudice identifié par le biais des contrôles de l'agent comptable et celui, non identifiable, des contrôles effectués sur les assurés sociaux et les bénéficiaires de l'AME, les caisses d'assurance maladie ont détecté et évité 0,5 million d'euros de préjudice en 2018 (62 bénéficiaires concernés), soit 0,05 % des dépenses totales d'AME.

Le préjudice total identifiable de la fraude à l'AME est donc estimé à peu près à 1 % des dépenses d'AME.

Pendant, **cette fraude semble sous-évaluée du fait d'un détournement général du système de l'AME**, qui fait l'objet d'un tourisme médical mis en évidence par le rapport IGAS/IGF (voir *infra*).

Un renforcement des contrôles et une lutte accrue contre la fraude sont indispensables mais ne garantiront pas la maîtrise de la dépense publique. La rapporteure appelle ainsi à une réforme plus globale du dispositif.

d. Vers une réforme du dispositif de l'AME

Une mission sur les dispositifs d'AME de droit commun et soins urgents a été confiée à l'Inspection générale des finances (IGF) et à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁽¹⁾. Ses conclusions et ses recommandations ayant été remises la veille de la publication du présent rapport, la rapporteure spéciale n'est pas en mesure de présenter une analyse approfondie des pistes de réformes envisagées du dispositif par la mission.

(1) *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019*

Lors du débat sur la politique migratoire de la France et de l'Europe, organisé en séance à l'Assemblée nationale le lundi 7 octobre 2019, la ministre des solidarités et de la santé a évoqué les trois pistes de réflexion sur la réforme du dispositif :

– elle a exclu la possibilité de mettre en place une participation financière des bénéficiaires sous la forme d'un droit de timbre ;

– elle a estimé qu'un accord préalable pour certains soins non vitaux pourrait être requis ;

– elle a indiqué que la réduction du panier de soins pourrait également être envisagée.

La mission IGAS/IGF a remis son rapport deux jours avant l'examen en séance des crédits de la mission *Santé*. **La rapporteure déplore le caractère extrêmement tardif de cette transmission, qui ne permet pas à la représentation nationale d'analyser suffisamment les conclusions de ce travail de plusieurs mois, avant de voter les crédits prévus pour l'AME en 2020 et d'éventuelles réformes du dispositif.**

Ce rapport dresse un bilan contrasté de la politique de l'AME en France. Il met notamment en évidence trois caractéristiques de cette politique publique :

– le caractère généreux du système français par rapport aux autres pays européens ;

– **le détournement important du système de l'AME avec la mise en évidence de nombreuses atypies concernant les accouchements ou certaines pathologiques comme l'insuffisance rénale, les cancers et les maladies du sang qui accréditent l'hypothèse d'une migration pour soins.** Ainsi, la mission montre que, sur un échantillon de dossiers anonymisé, 43 % des cas de dialyses et 25% des dossiers de chimiothérapies présentent de fortes suspicions de migrations pour soins ;

– le manque structurel d'informations sur cette politique et **la sous-évaluation de son coût qui est estimé par la mission à au moins 16 % de plus que le coût budgété.** Cette sous-évaluation s'explique d'une part, par la complexité des procédures administratives opposées aux hôpitaux pour obtenir le remboursement des soins aux étrangers en situation irrégulière, qui conduit à la non facturation de certains soins ou à leur inscription en créances irrécouvrables (évalués à au moins 8% du coût total de l'AME) et, d'autre part, par la non prise en compte des frais de gestion des dossiers d'AME par les hôpitaux, dont le coût est aussi estimé à 8% du coût total de l'AME.

Le rapport propose plusieurs pistes de réforme de l'AME, essentiellement centrées sur le renforcement de la lutte contre la fraude. Il exclut toute réduction du panier de soins et considère que la mise en place d'un droit de timbre ne serait qu'une mesure symbolique.

Ainsi, il propose de **renforcer les contrôles au moment de l'instruction de la demande d'AME** en imposant le retrait des cartes d'AME par le bénéficiaire dans un délai de deux mois, en renforçant les contrôles sur l'identité, la résidence sur le territoire français et les conditions de ressources et en empêchant l'octroi de visa aux touristes médicaux ou leur entrée sur le territoire en mettant à disposition des consulats de France et de la police aux frontières une base de données relative aux bénéficiaires de l'AME et aux créances hospitalières.

Le rapport recommande également de **modifier le régime de protection maladie des demandeurs d'asile** en introduisant un délai de carence de trois mois pour l'ouverture des droits à compter de la date de dépôt de la demande d'asile et en réduisant de douze mois à trois mois la durée de maintien des droits après le rejet de la demande d'asile.

Si la rapporteure salue les efforts qui seront entrepris à partir de 2020 pour lutter contre la fraude à l'AME et soutient les propositions complémentaires faites par la mission, elle estime qu'**une réforme structurelle du dispositif est nécessaire pour limiter la dynamique inflationniste de ces dépenses.** Ainsi, elle considère qu'il est indispensable de **concentrer le dispositif d'AME sur les soins vitaux ou urgents**, ce qui est d'ailleurs déjà le cas dans la plupart des pays européens comme l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie ou la Suède. Elle recommande également la **mise en place d'un droit de timbre de 30 euros**, afin d'assurer une participation même réduite des étrangers en situation irrégulière à leur couverture de soins.

La rapporteure souhaite d'ailleurs mettre en évidence la similarité entre sa recommandation de recentrer le dispositif de l'AME sur les soins vitaux et la proposition n°7 du rapport de la mission IGAS/IGF qui vise à instaurer, pour la prise en charge de soins non essentiels, dont la liste est définie par voie réglementaire, un délai de carence de neuf mois, avec dérogation possible en cas d'urgence avérée sur décision du contrôle médical de l'Assurance maladie.

La rapporteure regrette que le rapport ne préconise pas une réforme plus approfondie du dispositif et recommande une forme de *statu quo* qui ne permettra pas de régler les problématiques de soutenabilité de la dépense publique et de détournement du dispositif. Elle regrette par exemple que ce rapport ne permette pas d'établir un périmètre fiable et pertinent des soins considérés comme vitaux afin de mettre en œuvre une couverture des soins la plus juste possible.

La rapporteure rappelle ici que le débat de fond concerne surtout l'efficacité de la politique migratoire du Gouvernement, l'AME n'étant que le corollaire de la gestion des flux d'entrées illégales sur le territoire.

2. Une prise en charge limitée des soins urgents

La seconde composante de l'AME concerne la prise en charge 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. Ils sont assurés par les hôpitaux pour les patients étrangers qui résident en France en situation irrégulière sans pouvoir bénéficier de l'AME, faute de remplir la condition de durée de séjour ou de justifier de leur résidence. La prise en charge des soins urgents correspond ainsi aux remboursements de frais de séjours hospitaliers de ces patients.

Le financement des soins urgents prévus à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est **partagé entre l'État et l'assurance maladie** : l'État finance les soins urgents par une dotation forfaitaire dont le niveau est fixé en loi de finances, à hauteur de **40 millions d'euros depuis 2008** et le reste des dépenses est pris en charge par la CNAM. **La dotation forfaitaire de l'État a couvert 57 % de la dépense de soins à la charge de l'Assurance maladie en 2018**, contre 61 % en 2017.

La diminution du taux de couverture, qui traduit une hausse de 7 % des dépenses de l'assurance maladie au titre des soins urgents, ne peut cependant pas être expliquée du fait du manque d'informations concernant ce dispositif.

RÉPARTITION DE LA CHARGE DES SOINS URGENTS ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dotation forfaitaire État	40	40	40	40	40	40	40	40
Reste à charge CNAM	50	80	89	65	49	37	25,1	29,6
Coût total	90	120	129	105	89	77	65,1	69,6
Couverture du financement par l'État en %	44 %	33 %	31 %	38 %	45 %	52 %	61 %	57 %

Source : commission des finances d'après les réponses au questionnaire budgétaire.

Toutefois, le passage à la tarification de droit commun en 2015 permet désormais de dénombrer les hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique : 7 711 séjours et 2 621 séances ont ainsi été pris en charge en 2018 dans 258 établissements publics de santé (hors Mayotte). **43 % des séjours sont des séjours longs présentant des complications** ; ils représentent les trois quarts du coût total des dépenses de soins urgent.

Le traitement des factures de soins urgents est centralisé depuis juin 2018 dans les Centres nationaux de Paris et de Calais. Cette centralisation a permis la mise en place d'un **plan de contrôle des frais remboursés par les services de l'agent comptable sur 10 % des dossiers.**

L'information sur les dépenses de soins urgents reste très partielle et ce dispositif est, par nature, très complexe à évaluer. Le rapport de la mission IGAS/IGF souligne d'ailleurs le caractère très parcellaire de cette information.

3. Les autres dispositifs d'AME à l'ampleur réduite

Trois autres dispositifs d'AME sont financés par le programme 183. Le montant des crédits prévus pour 2020 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME est de **1,5 million d'euros**, un montant stable par rapport à la programmation 2019. La répartition exacte du financement entre ces trois dispositifs n'est pas renseignée.

D'après les informations fournies par la direction de la sécurité sociale, le poste de dépense le plus important est celui de l'AME dite « humanitaire » qui regroupe les dépenses de prise en charge des soins de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France, sur décision du ministre en charge de la santé. Ce dispositif de prise en charge représente chaque année moins d'une centaine d'admissions.

Les autres dispositifs concernent d'une part les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion et éventuellement vers la métropole et, d'autre, part, l'aide médicale pour personnes en garde à vue (uniquement la prise en charge des médicaments).

4. Un manque de lisibilité sur le coût total des dépenses de santé pour les étrangers en situation irrégulière

La rapporteure souligne le manque de transparence sur le coût total des dépenses de santé pour les étrangers en situation irrégulière. En effet, **les dépenses d'AME ne couvrent qu'une partie du coût de la prise en charge de ces personnes pour notre système de santé.**

Aux **942,9 millions d'euros prévus pour l'AME en 2020**, il faut ajouter la **dette de l'État envers l'assurance maladie** du fait du remboursement partiel des dépenses d'AME engagées par celle-ci. Cette dette s'établissait à 35,3 millions d'euros environ fin 2018.

De plus, **les soins urgents ne sont couverts que de façon partielle par l'État**, la différence étant à la charge de l'assurance maladie, ce qui représente 29,6 millions d'euros en 2018.

Il faut également ajouter à ce calcul **le coût de la prise en charge des personnes en situation irrégulière à Mayotte** où l'AME n'est pas applicable, que la rapporteure estime à **100 millions d'euros** environ ⁽¹⁾.

Enfin, il serait aussi nécessaire de prendre en compte le **coût de la couverture santé des demandeurs d'asile**, notamment ceux dont la demande a été rejetée ou dont le titre de séjour a expiré mais qui continuent, pendant une période de 12 mois, à bénéficier du maintien de leurs droits dans la protection universelle maladie (PUMa) c'est-à-dire dans le régime général de prise en charge des dépenses de santé, géré par l'assurance maladie.

D'après les chiffres du ministère de l'intérieur, 33 330 personnes sur les 123 625 demandes d'asile déposées ont vu leur demande aboutir en 2018 ⁽²⁾. Ce sont donc à peu près 90 000 personnes par an qui restent dans le régime de l'assurance maladie alors qu'elles sont en situation irrégulière. Aucune évaluation du coût de la prise en charge de ces personnes n'est réalisée. **À noter que la mission IGAS/IGF estime à 200 millions d'euros le coût de la prise en charge dans la PUMa de l'ensemble des demandeurs d'asile en 2018** ⁽³⁾.

Si ce lien est indirect puisque la politique migratoire influe plutôt sur le nombre de demandes d'asile ou de titres de séjour acceptés, qui permettent donc aux étrangers d'être en situation régulière sur le territoire et de bénéficier du régime de l'assurance maladie, elle peut encourager (ou non) la venue sur le territoire français de personnes qui n'obtiendront pas, *in fine*, un titre de séjour ou le statut de réfugié. Ces personnes, qui restent bien souvent sur le territoire, de façon irrégulière, viennent accroître le nombre de bénéficiaires de l'AME lorsqu'elles ont besoin d'une prise en charge de leurs soins de santé.

Enfin, il faut rajouter au coût total de cette prise en charge celui des **soins non facturables et des créances irrécouvrables des hôpitaux** pour les dépenses de santé de personnes en situation irrégulière.

Le débat pourrait aussi être élargi aux dépenses de santé des personnes étrangères en situation régulière, qui sont couvertes par l'assurance maladie, dont nous ne connaissons pas non plus le coût exact.

Ce manque de transparence nuit à la lisibilité de la politique menée et à la réalisation d'un véritable état des lieux de l'action publique. Il rend, *de facto*, très complexe la réalisation de comparaisons avec les autres pays européens qui pourraient conduire à la mise en œuvre de réformes ambitieuses.

(1) Mme Véronique Louwagie, Rapport n° 1302 annexe n° 38 Santé, projet de loi de finances pour 2019, octobre 2018.

(2) Ministère de l'intérieur, L'essentiel de l'immigration n02019-35 « Les demandes d'asile », publication du 12 juin 2019.

(3) Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, p12.

B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

L'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1^{er} janvier 1997 et le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public administratif, a été créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ce fonds est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante, à titre complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle, et à titre principal pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles, notamment les personnes atteintes de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

Le fonds est financé principalement par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) du régime général de la sécurité sociale, fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (260 millions d'euros en 2019 et en 2020).

Il bénéficie également d'autres produits, composés principalement des dommages-intérêts versés dans le cadre des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, de reprises sur provisions ainsi que de produits financiers. Enfin, **une dotation de l'État est inscrite dans le PLF 2020 à hauteur de 8 millions d'euros, ce qui correspond à 7,8 millions d'euros nets (après mise en réserve). Cette dotation est stable par rapport à 2019.**

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET RESSOURCES DU FIVA

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (prévision)	2020 (prévision)
Total des ressources	485	433	241	547,1	505,7	594,4	347	365,7	351,9	353,8
<i>Dont contribution AT/MP</i>	340	315	115	435	380	430	250	270	260	260
<i>Dont contribution de l'État</i>	48	47	0	0	9,2	12,3	7,4	7,8	7,8	7,8
<i>Dont autres produits</i>	97	71	126	112,1	116,5	107,1	89,6	88	84,1	86
Dépenses totales	400	481	556	520,5	521,7	466,9	399,6	361,6	372,6	385
<i>Dont dépenses d'indemnisation</i>	nc	nc	nc	429	440,3	395,7	340	301,1	310	320

Source : commission des finances d'après les réponses aux questionnaires budgétaires.

L'évaluation des dépenses totales pour 2020, prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), est de **385 millions d'euros**. La prévision a été établie en s'appuyant sur les trois tendances suivantes :

– la demande globale a augmenté en 2019 (+ 10 % alors qu'une baisse de 8 % était anticipée), du fait d'une hausse du nombre de demandes enregistrées pour un même dossier après la diffusion d'un nouveau formulaire à destination des ayants droit, listant tous les préjudices potentiels. Elle devrait se stabiliser en 2020 (20 400 demandes) ;

– le coût moyen anticipé par dossier est en diminution et s'établit à 35 400 euros pour 2019 et 2020 pour les victimes (contre 38 700 euros en 2018).

– le taux de rejet des dossiers augmente de 3 points en 2019 (13,5 % contre 10,5 % en 2018), le dépôt des demandes supplémentaires générées par la diffusion du nouveau formulaire s'avérant peu étayées en pratique. Ce taux pourrait atteindre 15 % en 2019.

Depuis la création du FIVA et jusqu'au 31 décembre 2018, 102 500 victimes ont déposé un dossier de demande d'indemnisation et 179 907 autres demandes (ayants droit, indemnisations complémentaires suite à une aggravation) ont été enregistrées. **233 902 offres ont été faites aux demandeurs et les dépenses d'indemnisation cumulées sur cette période atteignent un montant total de 5,89 milliards d'euros.**

II. LE PROGRAMME 204 : UNE CAPACITÉ DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENACÉE

Les crédits alloués à la politique de prévention en santé, inscrits sur le programme 204, diminuent de près de 60 %, après le transfert du financement des deux opérateurs principaux du programme au régime de l'assurance maladie.

Si la justification avancée, celle de la simplification des circuits de financement des agences sanitaires, semble tout à fait pertinente, il faut rappeler que ces mesures de périmètre ont entraîné **une baisse de 70 % des dépenses de prévention en santé financées par le programme 204 depuis 2012**. Le caractère extrêmement réduit des crédits restants sur le programme 204 (201,1 millions d'euros en CP) pose avec une acuité nouvelle la **question de la taille critique nécessaire pour permettre à l'État de disposer d'une capacité de pilotage de la politique de santé publique**.

Par ailleurs, le document de politique transversale dédié à la prévention en santé, présenté pour la première fois cette année, permet de montrer que l'État mobilise, sur l'ensemble du budget général, 2,9 milliards d'euros en 2018 et 3,1 milliards d'euros en 2019 au titre des dépenses de prévention. **La très grande majorité des dépenses de santé financées par l'État ne le sont donc pas sur le programme 204, ce qui plaiderait pour une refonte globale de cette mission.**

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 204

(en millions d'euros)

	LFI 2019		PLF 2020		Évolution en valeur absolue		Évolution 2019-2020	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	477,7	479,1	197,8	201,1	-279,9	-278	-59 %	-58 %
11. Pilotage de la politique de santé publique	242,4	241,4	63,9	63,9	-178,5	-177,5	-74 %	-74 %
12. Santé des populations	1	1	1	1	0	0	0 %	0 %
14. Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52,5	53,5	51,6	53,6	-0,9	0,1	-2 %	0 %
15. Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	18,1	18,1	25,5	25,5	7,4	7,4	41 %	41 %
16. Veille et sécurité sanitaire	1,6	1,6	1,6	1,6	0	0	0 %	0 %
17. Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	121,5	121,5	4,2	4,2	-117,3	-117,3	-97 %	-97 %
19. Modernisation de l'offre de soins	40,7	42	50	51,3	9,3	9,3	23 %	22 %

Source : commission des finances d'après le PAP.

Quel avenir pour le programme 204 ?

Le transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) soulève la question du devenir du programme 204 et plus largement de la mission *Santé*. **La suppression du programme 204 aurait en effet pour conséquence de remettre en question l'existence de la mission *Santé* puisque la LOLF interdit les missions mono-programmes.** Le programme 183 devrait alors être rattaché à la mission *Solidarités*.

D'autres complexités potentielles doivent être relevées :

- le transfert vers l'assurance maladie des subventions versées aux associations nationales par le programme 204 est un sujet sensible qui doit faire l'objet d'une préparation approfondie ;
- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux relevant de la compétence de l'État, il serait nécessaire de rattacher son financement à un autre programme ;
- de la même façon, le système de santé de Wallis et Futuna relève de la solidarité nationale, ses habitants ne cotisant pas à l'assurance maladie, ce qui implique un financement par le budget de l'État.

A. UNE DISPARITION DE LA MOITIÉ DES CRÉDITS INSCRITS SUR LE PROGRAMME APRÈS LE TRANSFERT DU FINANCEMENT DES DEUX OPÉRATEURS PRINCIPAUX VERS L'ASSURANCE MALADIE

1. La quasi-disparition des opérateurs rattachés au programme 204

Le financement des deux opérateurs principaux rattachés au programme 204 sera transféré à l'assurance maladie à partir de 2020. **Ce transfert représente une diminution de 78 % de la subvention pour charges de service public (SCSP) du programme 204 (– 268,6 millions d'euros).** Les trajectoires financières et les dépenses de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ne seront donc plus analysées dans le cadre de ce rapport.

Ce transfert est prévu par l'article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et s'analyse comme une réelle substitution de la sécurité sociale à la dotation versée par l'État. Le montant transféré correspond aux SCSP prévues pour 2020, soit 159 millions d'euros pour l'ANSP (en hausse de 3,4 % par rapport à 2019) et 112,5 millions d'euros pour l'ANSM (en baisse de 4,6 % par rapport à 2019). **Ce transfert est financé par une hausse de 1,75 point de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, par rapport à 2019 (article 35 du PLF).** Cette hausse conséquente de 3,16 milliards d'euros, compense notamment le transfert des deux agences de santé à l'État pour un montant d'environ 270 millions d'euros.

La SCSP du programme 204 ne finance plus que deux opérateurs : l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) dont la majeure partie de la dotation est versée par le programme 206 de la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales*.

ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC

(en millions d'euros)

	Exécution 2018	LFI 2019	PLF 2020	Évolution 2019-2020
ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)	116,6	117,9	–	–
ANSP (Agence nationale de santé publique)	151,9	153,7	–	–
INCa (Institut national du cancer)	41,2	42,2	41,3	– 2 %
ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail)	14,2	14,5	21,9	+ 56 %
Total	324	286,1	63,2	– 78 %

Source : commission des finances d'après le PAP.

● **L'Institut national du cancer poursuit ses efforts de maîtrise de la dépense.** Sa subvention pour charge de service public s'établit à 41,3 millions d'euros, **en diminution de 0,9 million d'euros par rapport à 2019**. La loi du 8 mars 2019 a confié à l'INCa la responsabilité d'élaborer une stratégie décennale de lutte contre le cancer en coordination avec l'ensemble des acteurs. En 2020, le schéma d'emploi reste stable à 149 ETPT (dont 134 sous plafond), un surcroît d'activité du centre nécessitant une augmentation de 3 ETPT hors plafond.

● **L'ANSES recevra une dotation de 21,9 millions d'euros, en hausse de 7,4 millions d'euros, pour traduire la rebudgétisation de la contribution pour les déclarations et notifications des produits du vapotage, suite à la suppression de cette taxe en 2020.**

À noter que l'ANSES fait l'objet d'un financement interministériel : majoritairement financée par le programme 206 *Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation* (64,4 millions d'euros en 2020) mais reçoit également des crédits du programme 111 *Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail* (8,3 millions d'euros), du programme 181 *Prévention des risques* (8,9 millions d'euros), du programme 190 *Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de l'aménagement durables* (1,5 million d'euros) et du programme 204 (21,9 millions d'euros), ce qui représente une subvention totale de 105,2 millions d'euros en 2020, en hausse de 3 % par rapport à la LFI 2019. Cette hausse est essentiellement due à la mesure de périmètre mentionnée supra. **Hors mesure de périmètre, la SCSP totale versée à l'ANSES est en diminution de 4 %.**

2. Une hausse significative des crédits alloués à l'Agence de Santé de Wallis et Futuna

Hors la mesure de périmètre mentionnée *supra*, la budgétisation des crédits reste stable pour 2020 par rapport à 2019.

L'action 11 *Pilotage de la politique santé* connaît une forte diminution de ses crédits (− 74 %), qui s'explique principalement par la disparition de l'ANSP du programme (− 156 millions d'euros soit 87 % de la baisse observée). La dotation allouée aux actions juridiques et contentieuses diminue également de 26 millions d'euros (− 30 %) pour prendre en compte la sous-consommation des crédits alloués à l'indemnisation des victimes de la dépakine (voir *infra*).

L'action 12 *Santé des populations* et l'action 16 *Veille et sécurité sanitaire* sont stables.

L'action 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* connaît une légère baisse du fait de la diminution de la subvention pour charges de service public (SCSP) versée à l'Institut national du cancer. L'action 17 *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* connaît aussi une diminution de 97 % de ses crédits puisqu'elle portait quasi exclusivement la SCSP de l'ANSM.

L'action 15 *Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation* est en hausse de 40 % en raison de l'augmentation de 7,4 millions d'euros de la SCSP versée à l'ANSES mentionnée *supra*.

L'action 19 *Modernisation de l'offre de soins* connaît une hausse substantielle de ses crédits (+ 22 %). Cette augmentation est concentrée sur les dépenses de l'Agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna (+ 7 millions d'euros) et sur une mesure de périmètre, le financement du programme de performance des achats hospitaliers s'inscrivant désormais sur le programme 204 (+ 2,3 millions).

Les propositions issues d'une mission commune de l'inspection générale des affaires sociales et du contrôleur général économique et financier ont été reprises afin de garantir la soutenabilité de l'agence de santé de Wallis et Futuna. Elles se sont traduites par une **budgetisation de 42,5 millions d'euros prévue en 2020 (+ 20 %)**.

La rapporteure avait souligné dans son rapport sur le règlement du budget 2018 ⁽¹⁾ la récurrence des redéploiements de crédits vers le financement de cette agence en gestion, signe d'une sous-budgetisation structurelle des crédits.

Les 7 millions d'euros de dotation supplémentaire comportent d'une part le rebasage à hauteur de 2,8 millions d'euros et, d'autre part, des mesures nouvelles d'un montant de 4,2 millions d'euros afin de renforcer

(1) Mme Véronique Louwagie, Rapport n° 1990 annexe n° 38 Santé, règlement du budget 2018, juin 2019.

l'offre de soins et développer la prévention sur le territoire de Wallis et Futuna. Cette augmentation vise à **contribuer au rattrapage de l'accès aux soins des habitants de Wallis et Futuna**, dont la dépense moyenne annuelle de santé par habitant est bien plus faible que dans les autres territoires d'outre-mer (1 940 euros en 2012 contre 2 262 euros en Guyane ou 3 277 euros en Martinique).

B. UNE RÉFORME INDISPENSABLE DU DISPOSITIF D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA DÉPAKINE

La dotation allouée au financement du dispositif d'indemnisation des victimes du valproate de sodium, confié à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), s'établit à **39,4 millions d'euros en 2020** contre 65,7 millions d'euros en 2019, ce qui représente **une baisse de 40 % des crédits**. Cette diminution est en adéquation avec la très forte sous-consommation des crédits prévus sur le dispositif depuis 2018 du fait, dans un premier temps, d'un **retard important pris dans sa mise en œuvre**, et, dans un second temps, de son **utilisation bien plus limitée qu'anticipée par les victimes**.

Ces dysfonctionnements ont conduit le Gouvernement à présenter, par voie d'amendement, des réformes significatives du dispositif.

Pour rappel, le dispositif d'indemnisation adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale, le 15 novembre 2016⁽¹⁾, **n'est pas un fonds d'indemnisation** qui serait chargé d'indemniser directement les victimes. Le dispositif instauré se consacre à la recherche de l'imputabilité des dommages à la prescription du valproate de sodium et à l'établissement des responsabilités avant de procéder à une éventuelle indemnisation.

1. Un dispositif complexe et sous-utilisé

D'après les chiffres fournis par l'ONIAM⁽²⁾, au 30 septembre 2019, seulement 555 dossiers de victimes directes ont été reçus. On observe une tendance au ralentissement du rythme de dépôt des nouvelles demandes ces derniers mois (36 nouvelles demandes en mai, 10 en juillet et 3 en septembre).

Plus généralement, ce nombre de dépôts est bien en deçà des prévisions initiales de l'ONIAM qui estimait en 2016 à 10 290 le nombre total de victimes indemnisées par le dispositif. Il est aussi très inférieur aux prévisions scientifiques établies depuis : la CNAM et l'ANSM considèrent qu'entre 2 150 et 4 100 enfants ont développé une malformation majeure⁽³⁾ et qu'entre 16 600 enfants et

(1) Cette mesure a été inscrite à l'article 150 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

(2) Voir annexe 4.

(3) ANSM, CNAM, rapport « Exposition in utero à l'acide valproïque et aux autres traitements de l'épilepsie et des troubles bipolaires et risque de malformations congénitales majeures (MCM) en France », 1^{er} août 2017.

30 400 enfants ⁽¹⁾ ont été atteints de troubles mentaux ou du comportement entre 1967 et 2016 du fait de l'exposition au valproate de sodium pendant la grossesse.

La complexité du dispositif et le manque de connaissance sur son existence sont régulièrement mentionnés comme hypothèses d'explications à la faible utilisation du dispositif. La difficulté à établir des prévisions fiables a un impact sur la budgétisation prévue en loi de finances, qui a été jusqu'ici, bien supérieure aux besoins réels.

Malgré une montée en charge observée ces derniers mois, le dispositif **reste trop complexe pour les victimes**, ce qui entraîne une lenteur de la procédure difficilement compréhensible. La rapporteure avait par exemple mis en évidence dans son rapport spécial de l'an dernier, que **les dossiers médicaux nécessaires pour les expertises faisaient en moyenne 800 pages**, ce qui rend *de facto* inopérante la dispense d'avocat prévue par le dispositif ⁽²⁾.

Le dispositif prévoit une double instance de décision, un collège d'experts, chargé d'apprécier l'imputabilité des dommages présentés à la prescription de valproate de sodium, et un comité d'indemnisation, qui établit la responsabilité éventuelle des acteurs de santé ou de l'État et transcrit la position du comité sur la nature et la gravité des préjudices. Cette double instance entraîne une complexité supplémentaire et des délais de traitement longs des dossiers.

Aucun avis n'a été rendu en 2018, du fait d'un retard pris dans la mise en place du dispositif. Une montée en puissance du dispositif est observée ces derniers mois : **sur les 550 dossiers de victimes directes déposés au 30 septembre 2019, 258 dossiers ont été examinés au moins une fois par le collège d'experts** (ce qui représente 49 % des dossiers) et 141 dossiers ont été transmis au comité d'indemnisation. **Cependant, le nombre d'avis rendus est encore très limité : seulement 52 avis ont été notifiés aux victimes.** Les offres amiables proposées par l'ONIAM représentent 6,5 millions d'euros.

Sur ces 52 avis notifiés, 33 font état d'une responsabilité unique du laboratoire Sanofi, 2 d'une responsabilité des prescripteurs, 14 d'une responsabilité partagée entre l'État et le laboratoire et 3 sont à la charge de la solidarité nationale. **Le laboratoire Sanofi a annoncé, en janvier 2019, son refus de participer au processus d'indemnisation des victimes de l'ONIAM ; l'ONIAM s'est donc substituée au laboratoire pour indemniser les victimes concernées.** La substitution systématique de l'ONIAM entraîne aussi un allongement des délais dans la mise en œuvre de l'indemnisation des victimes. En effet, les personnes dont la responsabilité est reconnue par l'ONIAM disposent

(1) ANSM, CNAM, rapport « Risque de troubles neuro-développementaux précoces (avant l'âge de 6 ans) associé à l'exposition in utero à l'acide valproïque et aux autres traitements de l'épilepsie en France - Étude de cohorte à partir des données du SNDS », 22 juin 2018.

(2) Mme Véronique Louwagie, Rapport n° 1302 annexe n° 38 Santé, projet de loi de finances pour 2019, octobre 2018.

d'un délai d'un mois après réception de l'avis émis par le comité d'indemnisation pour présenter une offre d'indemnisation. Si ces personnes ne présentent pas d'offre ou une offre manifestement insuffisante, l'ONIAM adresse une offre de substitution à la victime visant à la réparation intégrale des préjudices subis.

Le groupe Sanofi France a été reçu en audition conjointe par la rapporteure pour avis, Mme Fiat et la rapporteure spéciale. Il conteste la façon dont sont établies les responsabilités dans le dispositif d'indemnisation de l'ONIAM – cette contestation repose notamment sur la chronologie des faits retenus – et considère que seuls les tribunaux sont en capacité de juger, de façon indépendante, la responsabilité des acteurs mis en cause.

L'ONIAM ayant entrepris des démarches de recouvrement auprès des responsables identifiés qui ont refusé de proposer une offre aux victimes, Sanofi a engagé des recours contentieux contre l'office. Le taux de recouvrement effectif des sommes avancées par l'ONIAM reste donc inconnu à ce stade.

Le Gouvernement aurait dû remettre un rapport dressant le bilan du dispositif d'indemnisation mis en place par l'ONIAM au Parlement le 1^{er} septembre 2019, en application de l'article 263 de la loi de finances initiale pour 2019, adopté sur initiative de la rapporteure. **Si la proposition par le Gouvernement d'une modification du dispositif pendant les débats sur les crédits de la mission Santé, qui s'appuie sur les conclusions de ce rapport en cours d'élaboration, est intéressante, la rapporteure déplore qu'il n'ait pas été transmis dans le délai légal imparti et *a minima* avant la publication du présent rapport spécial.** En effet, ce rapport aurait permis d'éclairer les débats sur le sujet et aurait constitué une base de travail et de réflexion importante pour les députés souhaitant participer à l'amélioration du dispositif.

2. Une simplification du dispositif souhaitée dans le projet de loi de finances pour 2020

● Le Gouvernement a annoncé sa volonté de déposer un amendement en séance de réforme du dispositif d'indemnisation des victimes de la dépakine, applicable dès le 1^{er} janvier 2020. **La rapporteure salue ce travail et soutient la réforme telle qu'elle lui a été présentée avant le dépôt officiel de l'amendement en question.**

Premièrement, afin d'accélérer le traitement des dossiers, **le collège d'experts et le comité d'indemnisation seraient fusionnés.** Cette mesure avait été recommandée par la résolution n° 294 relative à la simplification du dispositif d'indemnisation des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés, adoptée le 19 juin 2019 sur initiative de la rapporteure. Une nouvelle instance traiterait à la fois des questions d'imputabilité et de responsabilité. Plusieurs effets positifs sont attendus : un travail des experts facilité, une réduction du délai de traitement des dossiers et une réduction des coûts de fonctionnement du dispositif.

De plus, cette double instance avait pour objectif, à l'origine, de favoriser l'orientation des victimes vers une prise en charge médicale adaptée par le premier collège d'experts et de permettre au laboratoire Sanofi de participer à la démarche d'indemnisation. Or, la prise en charge médicale des victimes étant adaptée dans tous les cas examinés jusque-ici et Sanofi ayant refusé de participer à ce processus, le maintien de cette double instance est apparu sans objet.

Deuxièmement, **un médecin représentant des prescripteurs serait intégré à ce nouveau comité.**

Troisièmement, cet amendement créerait une **présomption d'imputabilité du dommage à un défaut d'information sur les effets indésirables du médicament pour les malformations congénitales à partir du 1^{er} janvier 1982 et pour les troubles du développement comportemental et cognitif à partir du 1^{er} janvier 1984.** Cette disposition permettrait d'élargir l'accès au dispositif d'indemnisation pour les victimes.

En quatrième lieu, il serait prévu que l'avis du collège d'experts s'impose à l'ONIAM, sans réexamen des dossiers.

En cinquième lieu, **l'amendement prévoirait les cas dans lesquels le collège d'experts peut réexaminer les dossiers dont les avis ont déjà été rendus**, sous réserve que l'avis n'ait pas donné lieu au paiement transactionnel d'une indemnité. Ainsi, un nouvel avis pourrait être rendu si des éléments nouveaux peuvent justifier une modification du précédent avis ou l'évolution des connaissances scientifiques permet de déterminer l'imputabilité des dommages au valproate de sodium.

Enfin, il serait prévu que **le délai dans lequel l'ONIAM propose une offre d'indemnisation en substitution à la personne considérée comme responsable soit réduit à un mois** contre trois mois dans le dispositif actuel. Cette disposition acte le refus systématique de Sanofi de reconnaître sa responsabilité et permet ainsi aux victimes de disposer d'une offre d'indemnisation dans un délai plus rapide.

Les crédits inscrits sur le programme 204 devraient être majorés de 3 millions d'euros pour financer cette réforme.

Au cours des auditions menées, **la rapporteure a été sensibilisée à la problématique du respect limité du principe du contradictoire pour les personnes dont la responsabilité a été retenue.** En effet, dans sa version actuelle, le dispositif ne prévoit qu'un délai de quinze jours pour faire parvenir leurs observations après que leur projet d'avis leur ait été adressé par le comité d'indemnisation⁽¹⁾. Aucune information sur la potentielle mise en responsabilité n'est transmise au moment du dépôt de la demande ou de son examen devant le collège des experts.

(1) R114263-34 du code de santé publique.

La rapporteure espère que la fusion du collège des experts et du comité d'indemnisation sera de nature à faire respecter de façon plus exigeante le principe du contradictoire pendant la procédure. **Elle souhaite que le Gouvernement s'engage, dans sa réforme, à informer les personnes dont la responsabilité est recherchée dès les démarches effectuées, ce qui permettra d'accroître le délai donné à celles-ci pour faire valoir leurs observations.**

• **D'autres mesures sont envisagées pour améliorer l'accès à l'indemnisation des victimes et les accompagner dans leurs démarches.** Une stratégie de communication, qui repose sur la transmission d'une fiche d'information aux victimes présumées, par le biais des associations de patients et des professionnels de santé, sera mise en œuvre à partir de cet automne. Cette fiche mentionnera les coordonnées des associations de patients membres du comité d'orientation de l'ONIAM pour les accompagner dans les démarches à accomplir et la constitution de leur dossier.

• **La rémunération des experts de l'ONIAM a été augmentée par un arrêté du 16 janvier 2019 ⁽¹⁾ afin de renforcer l'attractivité du dispositif.** La difficulté à recruter des experts a en effet été source de retard dans la mise en œuvre du dispositif.

(1) Arrêté du 16 janvier 2019 relatif à la rémunération des médecins experts désignés par les juridictions administratives sur le fondement des dispositions de l'article R. 772-10 du code de justice administrative.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa réunion du 25 octobre 2019, la commission des finances a examiné les crédits de la mission Santé.

Le compte rendu de cette réunion est disponible sur le site de l'Assemblée nationale.⁽¹⁾

Contrairement aux recommandations de la rapporteure, la commission a adopté les crédits de la mission.

Elle a également adopté un amendement prévoyant la création d'un jaune budgétaire, annexé au PLF, sur la politique de prévention et de promotion de la santé, suivant l'avis favorable donné par la rapporteure.

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/cr-cfiab/19-20/c1920022.pdf>

PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

* **Fédération française des assurances (FFA)** : Mme Ludivine Azria, conseillère parlementaire, M. Nicolas Gombault, président du comité responsabilité civile médicale, Mme Anne-Marie Papeix, responsable marché responsabilité médicale, et M. Stéphane Pénét, directeur des assurances de dommages et de responsabilité

Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) : M. Sébastien Leloup, directeur, et Mme Aude de Martin de Viviés, directrice adjointe

Ministère de la solidarité et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS) : Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice, Mme Julie Pougheon, adjointe aux sous-directeurs à l'accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail, et M. Pierre Prady, adjoint au sous-directeur au financement de la sécurité sociale

Ministère de la solidarité et de la santé – Direction générale de la santé (DGS) : Mme Véronique Deffrasnes, cheffe de service, M. Frédéric Seval, chef de la division Droits des usagers, affaires juridiques et éthiques, Mme Sarah Damartin, juriste à la division droits des usagers, affaires juridiques et éthiques, M. Frédéric Dittenit, adjoint à la cheffe du bureau médicament, M. Jérôme Baron, chef de la division ressources, Mme Véronique Suisse, cheffe du bureau budget, M. Grégoire Rullier, adjoint à la cheffe du bureau Budget, Mme Chloé Socha, stagiaire au bureau budget, et Mme Clothilde Huyghe, adjointe au chef du bureau administration générale (SR4), direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Sanofi France : M. Guillaume Leroy, président, M. Nadjib Rebah, directeur médical France, M. Jean-Yves Moreau, directeur des relations institutionnelles.

Mme Véronique Prudhomme, auteure de *La vérité sur l'AME*, octobre 2019

* *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.*

ANNEXE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

	Nombre de bénéficiaires
31 mars 2015	299 937
30 juin 2015	304 924
30 septembre 2015	309 907
31 décembre 2015	316 314
31 mars 2016	318 619
30 juin 2016	316 153
30 septembre 2016	312 749
31 décembre 2016	311 310
31 mars 2017	309 890
30 juin 2017	311 422
30 septembre 2017	314 173
31 décembre 2017	315 835
31 mars 2018	313 293
31 décembre 2018	318 106
31 mars 2019	322 001

Source : commission des finances, d'après les chiffres de la direction de la sécurité sociale.

ANNEXE 2 : NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME PAR DÉPARTEMENT

	2015	2016	2017	2018
01 AIN	1 016	931	801	909
02 AISNE	467	583	557	678
03 ALLIER	292	385	500	535
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	224	234	279	300
05 HAUTES ALPES	89	139	105	436
06 ALPES MARITIMES	6 442	6 645	6 883	6 912
07 ARDÈCHE	484	501	510	563
08 ARDENNES	286	294	308	340
09 ARIÈGE	134	141	163	161
10 AUBE	778	881	950	936
11 AUDE	362	350	409	474
12 AVEYRON	282	346	279	315
13 BOUCHES DU RHÔNE	13 325	13 843	14 538	13 840
14 CALVADOS	845	878	946	1 282
15 CANTAL	59	41	48	59
16 CHARENTE	486	564	638	629
17 CHARENTE MARITIME	468	525	577	554
18 CHER	451	452	404	426
19 CORRÈZE	114	174	188	247
2A CORSE DU SUD	74	60	71	85
2B HAUTE CORSE	63	52	90	147
21 COTES D'OR	1 112	1 061	1 098	1 067
22 COTES D'ARMOR	502	678	629	600
23 CREUSE	27	41	57	80
24 DORDOGNE	325	370	339	402
25 DOUBS	1 135	1 006	1 069	1 009
26 DROME	1 058	1 001	1 023	1 009
27 EURE	941	1 079	1 212	1 247
28 EURE ET LOIR	792	900	982	1 075
29 FINISTÈRE	466	658	866	1 000
30 GARD	1 450	1 508	1 765	1 928
31 HAUTE GARONNE	4 719	5 011	5 196	5 099
32 GERS	110	128	87	92
33 GIRONDE	4 193	3 972	4 399	4 710

	2015	2016	2017	2018
34 HÉRAUT	4 117	4 364	4 556	4 360
35 ILLE ET VILAINE	2 393	2 715	2 701	2 534
36 INDRE	199	222	239	276
37 INDRE ET LOIRE	1 392	1 517	1 609	1 741
38 ISÈRE	3 119	3 335	4 169	4 074
39 JURA	352	319	343	354
40 LANDES	208	272	215	203
41 LOIR ET CHER	514	557	474	331
42 LOIRE	2 253	2 065	2 176	2 050
43 HAUTE LOIRE	131	135	151	137
44 LOIRE ATLANTIQUE	3 113	2 784	2 585	2 876
45 LOIRET	1 839	2 006	2 116	2 224
46 LOT	97	111	121	148
47 LOT ET GARONNE	298	325	369	416
48 LOZÈRE	66	78	73	49
49 MAINE ET LOIRE	1 013	1 137	1 149	1 135
50 MANCHE	197	158	172	145
51 MARNE	1 081	830	961	1 092
52 HAUTE MARNE	168	194	211	168
53 MAYENNE	459	470	479	511
54 MEURTHE ET MOSELLE	2 092	1 914	1 793	1 787
55 MEUSE	229	218	231	164
56 MORBIHAN	591	657	616	701
57 MOSELLE	3 320	2 578	2 448	2 601
58 NIÈVRE	205	228	251	269
59 NORD	5 635	6 006	6 009	5 528
60 OISE	1 554	1 613	1 849	1 971
61 ORNE	147	153	163	211
62 PAS DE CALAIS	957	843	760	760
63 PUY DE DÔME	1 317	1 086	1 248	1 507
64 PYRÉNÉES ATLANTIQUES	462	385	395	508
65 HAUTES PYRÉNÉES	296	277	280	303
66 PYRÉNÉES ORIENTALES	599	746	817	760
67 BAS RHIN	3 540	3 482	3 325	3 415

68 HAUT RHIN	2 178	2 223	2 090	1 951
69 RHÔNE	7 304	8 257	8 165	7 353
70 HAUTE SAÔNE	165	105	115	92
71 SAÔNE ET LOIRE	712	877	954	1 070
72 SARTHE	1 222	1 269	1 387	1 633
73 SAVOIE	625	659	730	772
74 HAUTE SAVOIE	1 786	1 922	1 859	1 760
75 PARIS	54 959	49 687	45 181	44 421
76 SEINE MARITIME	2 612	2 789	3 056	3 390
77 SEINE ET MARNE	8 087	8 549	8 896	8 915
78 YVELINES	7 553	6 285	6 124	6 185
79 DEUX SEVRES	298	337	374	456
80 SOMME	748	876	1 001	965
81 TARN	496	508	499	512
82 TARN ET GARONNE	591	641	667	694
83 VAR	1 806	1 845	1 794	1 628
84 VAUCLUSE	1 170	1 378	1 442	1 500
85 VENDÉE	339	330	311	312

86 VIENNE	1 052	1 055	1 088	1 147
87 HAUTE VIENNE	1 240	1 194	1 143	1 033
88 VOSGES	362	394	391	442
89 YONNE	451	579	695	734
90 TERRITOIRE DE BELFORT	228	252	276	264
91 ESSONNE	13 270	13 485	13 987	13 124
92 HAUTS DE SEINE	14 358	13 983	14 657	14 198
93 SEINE ST DENIS	53 726	48 674	44 028	40 833
94 VAL DE MARNE	19 636	19 919	20 525	22 428
95 VAL D'OISE	10 735	10 985	12 214	13 098
971 GUADELOUPE	3 321	3 454	3 471	2 667
972 MARTINIQUE	102	89	123	148
973 GUYANE	17 319	19 124	25 178	29 533
974 RÉUNION	339	374	394	393
FRANCE ENTIÈRE	316 314	311 310	315 835	318 106
Île-de-France	182 324	171 567	165 612	163 202
DOM	21 081	23 041	29 166	32 741

Source : Direction de la sécurité sociale.

ANNEXE 3 : ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES D'AME

(en millions d'euros)

	2015	2016	2017	2018	Répartition des postes de dépense 2018 en %	Évolution 2017-2018	Évolution 2015-2018
Prestations de ville	249	270	284	294	35 %	4 %	18 %
Honoraires généralistes et spécialistes	66	68	68	72	8 %	6 %	9 %
Honoraires dentaires	13	14	14	15	2 %	7 %	15 %
Honoraires des auxiliaires médicaux	15	17	18	21	2 %	17 %	40 %
Médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	123	138	148	148	17 %	0 %	20 %
Frais d'analyse de biologie médicale et examen de laboratoire	19	21	21	20	2 %	-5 %	5 %
Frais de transport	12	13	14	17	2 %	21 %	42 %
Prestations hospitalières	486	512	518	555	65 %	7 %	14 %
Cliniques privées	41	44	45	50	6 %	11 %	22 %
Établissements médico-sociaux	3	3	4	3	0 %	- 25 %	0 %
Établissements publics	439	464	468	501	59 %	7 %	14 %
<i>Dont autres frais d'hospitalisation</i>	410	434	438	467	55 %	7 %	14 %
<i>Dont honoraires du secteur public</i>	25	29	29	31	4 %	7 %	24 %
<i>Dont forfaits journaliers</i>	4	1	1	2	0 %	100 %	- 50 %
IVG	2	1	1	1	0 %	0 %	- 50 %
Total	734	783	802	848	100 %	6 %	16 %

Source : commission des finances d'après les données fournies par la direction de la sécurité sociale.

