



N° 4524

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 octobre 2021.

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 2022** (n° 4482),

PAR M. LAURENT SAINT-MARTIN,
Rapporteur général
Député

ANNEXE N° 37

SANTÉ

Rapporteuse spéciale : MME VÉRONIQUE LOUWAGIE

Députée

SOMMAIRE

	Pages
PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	7
DONNÉES CLÉS	9
INTRODUCTION	11
I. LE PROGRAMME 183 <i>PROTECTION MALADIE</i> : DES DÉPENSES AU PLUS HAUT EN RAISON DE LA POURSUITE DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	13
A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UNE DÉPENSE ENCORE ACCRUE QUI DÉPASSE UN MILLIARD D'EUROS POUR LA DEUXIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE ET NE COUVRE POURTANT QU'UNE PARTIE DU COÛT DES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE	13
1. L'AME, une croissance sans fin : une dépense encore accrue qui dépasse un milliard d'euros pour la deuxième année consécutive	15
a. Un coût supérieur à 1 milliard d'euros.....	15
b. Des bénéficiaires toujours plus nombreux mais toujours aussi imparfaitement connus	18
i. Des bénéficiaires toujours plus nombreux	18
ii. Des bénéficiaires toujours aussi imparfaitement connus.....	19
2. L'AME : une dépense qui ne couvre qu'une partie du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière	20
a. Les autres dépenses identifiées représentent, au moins, 410 millions d'euros supplémentaires	20
b. Le coût des soins appelés à être dispensés en 2022 aux étrangers en situation irrégulière représente au moins 1 500 millions d'euros.....	20
3. L'AME : une dépense en attente d'une véritable réforme.....	21
a. Les adaptations engagées en 2020 sont utiles mais insuffisantes.....	21
i. Des adaptations utiles	21
ii. Des adaptations insuffisantes	22
b. Une réforme d'ampleur est nécessaire.....	24
i. Les mesures préconisées pour réformer l'AME	24
ii. Les mesures d'accompagnement préconisées	25

iii. L'accès dérogatoire à la protection universelle maladie de certains demandeurs d'asile récemment évacués d'Afghanistan : une pratique louable mais dont l'opacité et l'absence de fondement juridique apparent interpellent.....	26
B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE : UN FINANCEMENT STABLE, UNE ACTIVITÉ RETROUVANT PROGRESSIVEMENT SON NIVEAU NORMAL AU MOMENT OÙ UNE FUSION DU FIVA AVEC L'ONIAM A ÉTÉ BRIÈVEMENT ENVISAGÉE PUIS ÉCARTÉE	28
1. Un financement stable, une activité se rapprochant progressivement de son niveau normal.....	28
2. Une fusion du FIVA avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) a été brièvement envisagée puis écartée	29
C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183.....	30
II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS : DES DÉPENSES EN RETRAIT PRÉSENTANT UN LIEN INFIME AVEC LA CRISE SANITAIRE	31
A. AU SEIN DU PROGRAMME 204, SEULE L'ACTION N° 11 PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE PARTICIPE DE MANIÈRE TRÈS MARGINALE À LA GESTION FINANCIÈRE DE LA CRISE SANITAIRE....	32
1. La quasi-totalité des dépenses du ministère des solidarités et de la santé en lien avec la crise sanitaire relève d'un fonds de concours dédié.....	32
a. Les dépenses devant être prises en charge par fonds de concours en 2022	32
b. Un fonds de concours dont la probable prolongation suscite des réserves	33
2. Les crédits de l'action n° 11 participant à la gestion de la crise sanitaire sont très limités	34
a. Une contribution à la gestion de la crise sanitaire inférieure à 5 millions d'euros	34
b. L'absence de budgétisation de certaines dépenses liées à la crise sanitaire n'est pas complètement justifiée	35
i. Si l'absence de budgétisation de certaines dépenses liées à la crise sanitaire est compréhensible.....	35
ii. L'absence de majoration des crédits de la sous-action <i>Actions juridiques et contentieuses</i> est en revanche regrettable	36
3. Les autres dépenses de l'action n° 11 sont dénuées de lien avec la crise sanitaire	38
a. Les autres dépenses de l'action n° 11 : un ensemble composite	38
b. Le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine : un dispositif toujours éloigné de ses objectifs initiaux.....	38
B. LE PROGRAMME 204 FINANCE D'AUTRES ACTIONS LIÉES À LA PRÉVENTION SANITAIRE ET À L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS	40
1. L'action n° 19 <i>Modernisation de l'offre de soins</i> : des crédits en baisse sensible	40
a. La redéfinition de l'effort engagé en faveur de l'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna.....	40

b. Les autres dépenses de l'action n° 19	41
2. Les autres crédits de la mission	42
a. L'action n° 14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades : des crédits stables	42
b. Les autres dépenses : les actions n° 12 Santé des populations, n° 15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, n° 16 Veille et sécurité sanitaire et n° 17 Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	42
i. L'action n° 15 : une légère progression.....	43
ii. Les actions n ^{os} 12, 16 et 17 : des crédits inchangés.....	44
C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204	45
III. LES CRÉDITS DE LA MISSION <i>PLAN DE RELANCE SOUTENANT LA</i> <i>MISSION</i>	46
EXAMEN EN COMMISSION	47
PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	49
ANNEXE 1 – LES PLAFONDS DE RESSOURCES DE L'AME APPLICABLES DEPUIS LE 1^{ER} AVRIL 2021	51
ANNEXE 2 – LETTRE DU 26 AOÛT 2021 DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE-MALADIE SUR LES CONDITIONS D'AFFILIATION À LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE DE CERTAINS RESSORTISSANTS AFGHANS ÉVACUÉS DE KABOUL	52
ANNEXE 3 – NOTES DE LA DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES DES MINISTÈRES SOCIAUX ÉTABLIES SUR LA POSSIBILITÉ DE RECUEILLIR LA NATIONALITÉ DES DEMANDEURS ET DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	53
ANNEXE 4 – LISTE DES 19 ACHATS EN LIEN AVEC LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE EFFECTUÉS PAR LE MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ AUPRÈS DE CABINETS DE CONSEIL DEPUIS LE 10 FÉVRIER 2021	63

L'article 49 de la loi organique n° 2001-692 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, pour la mission *Santé*, 11,9 % des réponses étaient parvenues à la commission des finances.

Si le contexte sanitaire peut expliquer les difficultés du ministère des solidarités et de la santé à répondre au questionnaire budgétaire dans les délais imposés par la LOLF, ce taux de réponse particulièrement bas demeure néanmoins insatisfaisant.

PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA RAPPORTEUSE SPÉCIALE

La **mission Santé** comprend les dépenses de santé ne figurant pas dans le budget de la sécurité sociale.

Cette mission **ne participe que très marginalement** (pour moins de 5 millions d'euros) **au financement des politiques publiques contre l'épidémie de Covid-19 et soutient deux programmes** :

– le **programme 183 Protection maladie** finance l'**aide médicale de l'État** (AME) et, subsidiairement, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ;

– le **programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**, finance la politique de modernisation de l'**offre de soins**, le pilotage de la politique de santé publique, des mesures de prévention et d'autres actions sanitaires.

Les crédits demandés dans le projet de loi de finances pour 2022 au titre de cette **mission Santé** s'établissent à **1 296,2 millions d'euros** en autorisations d'engagement (AE) et à **1 299,9 millions d'euros** en crédits de paiement (CP) soit un **montant en retrait de 15,3 millions d'euros en AE et 20,6 millions d'euros en CP par rapport à 2021**.

Les crédits du **programme 183** s'établissent à **1 087 millions d'euros** en CP et en AE et sont en **croissance de 22 millions d'euros** par rapport à 2021 en raison de la nouvelle hausse attendue de l'AME.

Les crédits du **programme 204** s'établissent à **209,6 millions d'euros** en AE et 212,9 millions d'euros en CP et sont en **diminution d'environ 40 millions d'euros** par rapport à 2021. Cette évolution, peu intuitive alors que la crise sanitaire persiste, s'explique par l'absence de reconduction d'une dotation exceptionnelle de 45 millions d'euros en faveur de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

Ces crédits révèlent et comportent certaines **carences justifiant** la présentation, par la rapporteure spéciale, de plusieurs **amendements** relatifs, d'une part, à l'AME et, d'autre part, à la prise en charge des possibles accidents observés dans le cadre de la campagne de vaccination contre la Covid 19.

En 2022, **la mission Plan de relance comprend une seule mesure relative à la santé** et soutenant, à hauteur de 107,6 millions d'euros en CP, la poursuite de l'effort public de formation aux métiers de la santé et du soin.

DONNÉES CLÉS

ÉVOLUTION EN 2022 DES CRÉDITS DE LA MISSION PAR RAPPORT À 2021

(en millions d'euros)

Programmes de la mission	Autorisations d'engagement				Crédits de paiement			
	LFI 2021	LFR 2021 (si pertinent)	PLF 2022	Évolution (en %)	LFI 2021	LFR 2021 (si pertinent)	PLF 2022	Évolution (en %)
183 - Protection maladie	1 064,9	- 6,9	1 087	+ 2,1	1 064,9	- 6,9	1 087	+ 2,1
204 - Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	250,3	0	209,6	- 16,3	255,6	0	212,9	- 16,7
Totaux	1 315,2	- 6,9	1 296,6	- 1,2	1 320,5	- 6,9	1,299,9	- 1,6

Opérateurs dans le périmètre du rapport spécial :

- Institut national du cancer (INCa) : 40,52 millions d'euros en CP et en AE (programme 204) (dotation inchangée par rapport à 2021) ;
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) : 22,55 millions d'euros en CP et en AE (programme 204) (dotation inchangée par rapport à 2021).

Mesure de périmètre et de transfert :

- Programme 183 : transfert au ministère de l'Europe et des affaires étrangères des dépenses (500 000 euros) relatives aux soins dispensés aux personnes évacuées du Vanuatu vers la Nouvelle-Calédonie.
- Programme 204 : transfert au programme 162 *Interventions territoriales de l'État* de la mission *Cohésion des territoires* de la contribution au plan chlordécone IV.

Nombre d'équivalents temps plein travaillé (ETPT) :

- Institut national du cancer : 131 emplois sous plafond (inchangé par rapport à 2021).

Prévision de rattachement des fonds de concours :

- Aucun rattachement de fonds de concours n'est prévu en 2022 ;
- En revanche, le programme 204 devrait continuer à servir de support au fonds de concours « Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins ». Créé en mars 2020 pour financer des dépenses rendues nécessaires par la crise sanitaire, ce fonds de concours est alimenté par des crédits de l'assurance maladie versés à Santé publique France qui en reverse une partie au ministère des solidarités et de la santé au moyen du programme 204 (cf. *infra*). L'existence de ce fonds de concours, initialement prévue jusqu'au 31 décembre 2021, devrait être prolongée pour couvrir tout ou partie de l'année 2022.

Dépenses fiscales :

- Programme 183 : trois dépenses fiscales, 507 millions d'euros ;
- Programme 204 : six dépenses fiscales, 602 millions d'euros.

INTRODUCTION

Le budget de la mission *Santé* réunit les dépenses de santé ne figurant pas dans la loi de financement de la sécurité sociale et ne soutient que très marginalement les politiques publiques mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire.

Présentée dans une maquette budgétaire inchangée ⁽¹⁾, cette mission repose sur les programmes 183 *Protection maladie* et 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*.

Le programme 183 est dédié à la gestion de l'aide médicale de l'État (AME) et, subsidiairement, au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) tandis que le programme 204 soutient la politique de modernisation de l'offre de soins, le pilotage de la politique de santé publique, des mesures de prévention et d'autres actions sanitaires. Les crédits de la mission *Santé* soutenant les politiques de prévention sont complétés par des dépenses figurant dans vingt-trois autres programmes budgétaires ⁽²⁾.

Le projet de loi de finances (PLF) pour 2022 dote la mission *Santé* de **1 296,2 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE)** et de **1 299,9 millions d'euros en crédits de paiement (CP)** soit des montants en retrait de 15,3 millions d'euros en AE et de 20,6 millions d'euros en CP par rapport à 2021. L'essentiel de ces crédits (83 %) est dédié au financement du programme 183.

L'évolution financière des programmes 183 et 204 est divergente puisque si le premier croît de 22 millions d'euros par rapport à la LFI 2021, le second est en retrait d'environ 40 millions d'euros par rapport à ce même texte.

La mission *Plan de relance* complète ces crédits à hauteur de 107,6 millions d'euros en CP dans le but de soutenir la poursuite de l'effort public de formation aux métiers de la santé et du soin.

Les crédits inscrits au PLF au titre des programmes 183 et 204 seront analysés par ordre d'importance financière.

*

(1) La seule modification de la maquette concerne la présentation par sexe des indicateurs 1.2 (taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes de 50 ans à 74 ans) et 1.3 (prévalence du tabagisme quotidien en population de 18 ans à 75 ans).

(2) La liste de ces programmes figure dans l'annexe budgétaire *Prévention et promotion de la santé*.

Durant la session 2020-2021, la rapporteure spéciale a fait usage à trois reprises de ses pouvoirs spéciaux pour obtenir la communication de rapports non publiés

L'article 57 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances reconnaît aux rapporteurs spéciaux des commissions chargées des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat le pouvoir d'obtenir communication de « tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif qu'ils demandent, y compris tout rapport établi par les organismes et services chargés du contrôle de l'administration, réserve faite des sujets à caractère secret concernant la défense nationale et la sécurité intérieure ou extérieure de l'État et du respect du secret de l'instruction et du secret médical ».

Durant la session parlementaire 2020-2021, la rapporteure spéciale a utilisé ses pouvoirs à trois reprises et obtenu la communication des documents suivants auprès du ministère des solidarités et de la santé :

– **communication des contrats conclus par le ministère des solidarités et de la santé avec des cabinets de conseil** dans le cadre de la lutte contre le Covid 19. Ces documents ont été demandés le 19 janvier 2021 et ont été remis le 26 janvier 2021. La rapporteure spéciale a présenté les conclusions de ce contrôle lors de la réunion de la commission des finances du 10 février 2021 ⁽¹⁾ ;

– **communication du rapport établi par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) sur l'opportunité et les modalités d'un possible rapprochement** (voire d'une possible fusion) **entre le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales** ⁽²⁾. Ce document a été demandé le 10 juin 2021 et a été remis le 29 juin 2021. Ce document a été rendu public ultérieurement à cette demande ;

– **demande de communication des travaux conduits par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale sur l'effet transgénérationnel du valproate de sodium** et les dangers des antiépileptiques chez les femmes enceintes. Ce document a été demandé le 28 septembre 2021 et n'a pas encore été remis à la date de publication de ce rapport.

Par ailleurs, **depuis l'engagement de la session 2021-2022**, la rapporteure spéciale a de nouveau fait usage de ses pouvoirs spéciaux en sollicitant :

– la **communication** de deux notes établies par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux en juin et octobre 2021 sur la possibilité de créer un fichier relatif à la nationalité des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. Ces documents, demandés le 7 octobre 2021, lui ont été remis les 7 et 8 octobre 2021 et sont publiés en annexe.

– la **communication** de la **correspondance** adressée le 26 août 2021 par le **ministre des solidarités et de la santé** au directeur général de la **caisse nationale d'assurance-maladie** sur la question des **conditions d'affiliation dérogatoire** à la protection universelle maladie de certains **ressortissants afghans évacués de Kaboul**. Ce document, demandé le 8 octobre 2021, a été remis le même jour et est publié en annexe.

(1) Cf. : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_fin/15cion_fin2021055_compte-rendu#.

(2) *Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM, février 2021.*

I. LE PROGRAMME 183 *PROTECTION MALADIE* : DES DÉPENSES AU PLUS HAUT EN RAISON DE LA POURSUITE DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Le PLF dote le programme 183 d'un crédit de **1 087 millions d'euros** en CP et en AE, soit un montant **en progression de 22,1 millions d'euros** par rapport à la LFI 2021 (+2,1 %). La quasi-totalité de ces crédits (92,26 %) finance les dépenses de l'aide médicale de l'État ; le solde participant au fonctionnement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 183

(en millions d'euros)

	LFI 2021		PLF 2022		Évolution en valeur absolue		Évolution 2021-2022 (en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 183 Protection maladie	1 064,9	1 064,9	1 087	1 087	+ 22,1	+ 22,1	+ 2,1	+ 2,1
Aide médicale de l'État (action n° 2)	1 056,9	1 056,9	1 079	1 079	+ 22,1	+ 22,1	+ 2,1	+ 2,1
AME de droit commun	985,4	985,4	1 008	1 008	+ 22,6	+ 22,6	+ 2,3	+ 2,3
Soins urgents	70	70	70	70	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0
Autres dispositifs	1,5	1,5	1	1	- 0,5	- 0,5	- 33,3	- 33,3
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (action n° 3)	8	8	8	8	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0

Source : projet annuel de performances.

A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UNE DÉPENSE ENCORE ACCRUE QUI DÉPASSE UN MILLIARD D'EUROS POUR LA DEUXIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE ET NE COUVRE POURTANT QU'UNE PARTIE DU COÛT DES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Créée en 1999, l'AME apporte une couverture maladie minimale gratuite aux personnes étrangères en situation irrégulière présentes sur le territoire français (à l'exception de Mayotte où ce dispositif ne s'applique pas). La gestion de ce dispositif est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

L'aide médicale de l'État recouvre trois dispositifs dont le plus important est l'AME de droit commun (qui concentre 93,5 % des crédits ouverts).

Les trois composantes de l'AME

– L'**AME de droit commun** relève de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et s'adresse aux étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond (soit 9 041 euros par an pour une personne seule résidant en métropole)⁽¹⁾. Ce dispositif permet une prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers remboursables par l'assurance maladie dans la limite des tarifs de la sécurité sociale avec dispense d'avance de frais. **Le panier de soins couvert est proche de celui de la protection universelle maladie⁽²⁾ ce qui distingue la France des autres pays européens.**

– L'**AME dédiée aux soins urgents** relève de l'article L. 254-1 du CASF. Ce dispositif s'adresse, d'une part, aux étrangers en situation irrégulière résidant en France sans remplir les conditions d'accès à l'AME de droit commun et, d'autre part, aux demandeurs d'asile majeurs durant un délai de 3 mois après le dépôt de leur demande d'asile⁽³⁾. L'AME Soins urgents finance des soins hospitaliers 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 concernée ou d'un enfant à naître. Le coût de ce dispositif est partagé entre l'État (qui accorde une dotation forfaitaire à la CNAM) et l'assurance maladie (qui prend en charge les dépenses allant éventuellement au-delà de ce forfait).

– Les **autres formes d'AME** (réunies sous l'appellation « **AME humanitaire** ») concernent quatre dispositifs d'ampleur limitée dont le coût est pris en charge par l'État :

* Les soins hospitaliers prodigués (sur décision du ministre de la santé) à toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie (article L. 251-1 du CASF) ;

* L'aide médicale (soins infirmiers et médicaments) accordée aux personnes étrangères (en situation régulière ou irrégulière) placées en garde à vue (article L. 251-1 du CASF et décret n° 2009-1026 du 25 août 2009)⁽⁴⁾ ;

* L'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé) ;

* Les soins dispensés aux personnes évacuées du Vanuatu vers la Nouvelle-Calédonie en application d'une convention de 1982. Cette dépense de 500 000 euros sera transférée en 2022 au ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

(1) Le plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer et est actualisé le 1^{er} avril de chaque année. Les différents seuils en vigueur sont mentionnés en annexe 1.

(2) Le panier de soins de l'AME de droit commun comporte un nombre limité de restrictions. Sont exclus de son périmètre : 1) les frais relatifs aux cures thermales, 2) les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation et les médicaments et produits nécessaires à leur réalisation 3) les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible. Par ailleurs, depuis le 1^{er} décembre 2020, l'accès à certaines prestations réalisées en établissement de santé et à certains actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville est subordonné au respect d'un délai de carence de neuf mois auquel il peut être cependant dérogé par une demande de prise en charge visant à obtenir l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie.

(3) Au terme de ce délai de trois mois, un demandeur d'asile bascule dans la protection universelle maladie.

(4) Lors de la séance du 2 novembre 2020, en réponse à un amendement de la rapporteure spéciale, Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, avait indiqué que la question de l'AME Garde à vue serait réglée « en gestion pour l'exercice 2021 et dans le PLF pour 2022 » afin d'exclure cette dépense du périmètre de ce dispositif. Interrogée sur ce sujet, la direction de la sécurité sociale a cependant fait savoir que « cette proposition de transfert de crédit a été rejetée dans le cadre des arbitrages du PLF 2022 intervenus à l'été 2021 », ce que la rapporteure spéciale regrette.

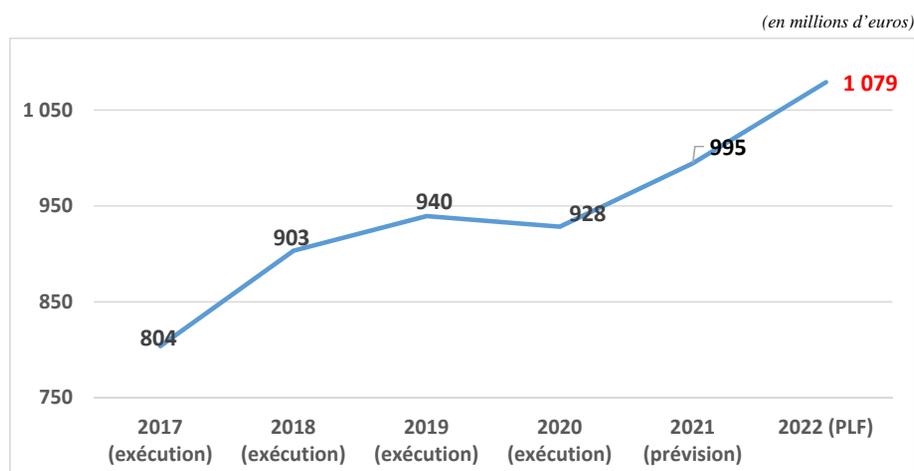
En 2022, pour la deuxième année consécutive, les dépenses prévisionnelles d'AME devraient être supérieures à un milliard d'euros alors même que ce dispositif ne couvre qu'une partie du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière.

1. L'AME, une croissance sans fin : une dépense encore accrue qui dépasse un milliard d'euros pour la deuxième année consécutive

a. Un coût supérieur à 1 milliard d'euros

Le poids financier de l'AME suit une trajectoire ascendante régulière : depuis 2017, le **coût de l'ensemble des composantes de l'AME** (AME de droit commun, Soins urgents et AME « humanitaire ») est passé de **803,9 millions d'euros** à une prévision de **1 079 millions d'euros**, soit une croissance de 275,1 millions d'euros (+ 35 %) en six exercices.

2017-2022 : LE COÛT DE L'AME



Source : commission des finances d'après le projet annuel de performances et des données de la Cour des comptes.

La forte augmentation attendue en 2022 se concentre sur la seule AME de droit commun. Le montant de l'AME Soins urgents (70 millions d'euros) est stable ⁽¹⁾ tandis que celui de l'« AME humanitaire » (1 million d'euros) est en retrait de 500 000 euros après le transfert (justifié) au ministère de l'Europe et des affaires étrangères des dépenses relatives aux soins dispensés aux personnes évacuées du Vanuatu vers la Nouvelle-Calédonie.

(1) En 2020, la dépense AME Soins urgents s'est élevée à 61,5 millions d'euros soit une baisse de 7,4 % par rapport à 2019.

La hausse des dépenses d'AME attendue en 2022 résulte de l'amélioration du contexte sanitaire, de la récente modification des conditions de la couverture maladie de certains étrangers, des effets du « Ségur de la santé » et de l'évolution spontanée de la dépense.

En 2020 et, dans une moindre mesure, en 2021 la **crise sanitaire** a conduit certains bénéficiaires de l'AME à réduire – comme le reste de la population – **leur consommation de soins. Une partie des soins non exécutés** durant cette période pourrait donc être **reportée en 2022**.

La récente modification des conditions de la couverture maladie de certains étrangers a également pour effet de **faire « basculer » une nouvelle catégorie d'étrangers dans l'AME**. Ainsi, en application du décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 ⁽¹⁾, les **étrangers dont la validité du titre de séjour est échue** ne bénéficient plus de la **protection universelle maladie que pour une durée de six mois après l'expiration de ce document** (contre douze mois auparavant). Par ailleurs, en application de l'article 265 de la loi de finances pour 2020, les demandeurs d'asile relèvent de l'AME Soins urgents (et non plus de la PUMA) durant les trois premiers mois suivant l'introduction de leur demande d'asile avant d'être éligibles à la PUMA.

Le récent « **Ségur de la santé** » ⁽²⁾ s'est par ailleurs traduit par la **hausse de certains tarifs médicaux qui pèse sur le coût de l'AME**. Le projet annuel de performances mentionne ainsi un relèvement des tarifs de « + 7,5 % en moyenne pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratif et + 6,4 % pour les cliniques privées à but lucratif » ⁽³⁾.

L'**évolution spontanée de la dépense** contribue enfin à la hausse prévisionnelle des dépenses d'AME. L'absence de maîtrise des flux migratoires et l'échec des politiques d'éloignement des étrangers en situation irrégulière accroissent régulièrement le nombre de personnes susceptibles de prétendre à l'AME. **Le nombre de bénéficiaires poursuit ainsi sa progression « naturelle »**. Ainsi, si 208 974 bénéficiaires étaient recensés au 31 décembre 2011, 384 314 l'étaient au 31 mars 2021. **La crise sanitaire n'a pas freiné cette croissance puisqu'entre décembre 2019** (dernier chiffre connu avant l'engagement de cette crise) **et le 31 mars 2021, le nombre de bénéficiaires de l'AME a crû de 50 000 unités** (passant de 334 546 à 384 314, + 49 768).

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

(2) Le « Ségur de la santé » est un ensemble de mesures annoncées en juillet 2020 visant à la transformation du système de santé. Sur ce sujet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/segur-de-la-sante-un-an-de-transformations-pour-le-systeme-de-sante>

(3) Projet annuel de performances, page 21.

La nature des soins prodigués et l'accès des bénéficiaires de l'AME à la vaccination contre la Covid 19

Les grandes caractéristiques des soins dispensés dans le cadre de l'AME figurent dans les documents budgétaires. Ainsi, sont « soignées à l'hôpital des pathologies relevant de l'hépatogastro-entérologie, pneumologie, neurologie médicale, diabète, maladies métaboliques, endocrinologie, ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2018, l'obstétrique représentait 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux consultations, 54 % concernent la dialyse, 28 % la chimiothérapie et 16 % la radiothérapie »⁽¹⁾.

Les documents budgétaires n'apportent en revanche aucune information sur les éventuelles atypies des soins prodigués aux bénéficiaires de l'AME en comparaison avec les soins prodigués au reste de la population. Pourtant, dans un rapport publié en octobre 2019, l'IGAS et l'IGF ont souligné l'existence d'« atypies, tant dans la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME [...] que dans la tendance de cette dépense ». « Les atypies les plus nettes concernent les accouchements, l'insuffisance rénale chronique, les cancers et les maladies du sang [...]. Le rythme de croissance des séances d'hémodialyse, chimiothérapie et radiothérapie est particulièrement élevé (plus de 10 % par an) pour les bénéficiaires de l'AME ; il peut poser la question de la capacité actuelle du système de soins, et en particulier des centres lourds de dialyse, à assurer l'accueil de ces patients. Ces atypies sont confirmées par l'analyse d'un échantillon de dossiers médicaux anonymisés, qui suggère que pour 43 % des patients AME en dialyse et 25 % des patients AME en chimiothérapie oncologique il existe une suspicion de migration pour soins »⁽²⁾.

De la même façon, **les documents budgétaires n'apportent aucune information sur le nombre de bénéficiaires de l'AME vaccinés contre la Covid 19.** Curieusement, **le mot « vaccin » ne figure pas dans le projet annuel de performances.** Cependant, d'après les éléments fournis par la direction de la sécurité sociale, en août 2021, **180 088 bénéficiaires de l'AME ayant consommé des soins depuis 2019 ont reçu au moins une dose de vaccin.**

Ce chiffre n'est cependant **pas exhaustif** puisque des bénéficiaires de l'AME ont pu recevoir une ou deux doses de vaccins sans être dûment enregistrés dans les systèmes d'information.

(1) *Projet annuel de performances*, page 16.

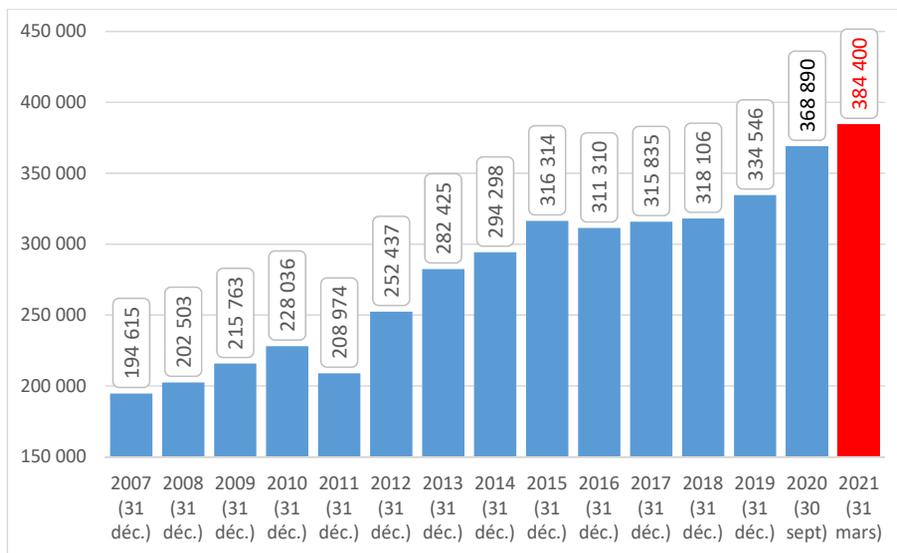
(2) *Inspection générale des finances - Inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*, octobre 2019, page 2.

b. Des bénéficiaires toujours plus nombreux mais toujours aussi imparfaitement connus

i. Des bénéficiaires toujours plus nombreux

L'examen de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME témoigne d'une croissance modeste entre 2007 et 2011 suivie d'une progression soutenue entre 2012 et 2016 puis hors de contrôle depuis 2017.

2007-2021, ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME DE DROIT COMMUN



Source : commission des finances (d'après les documents budgétaires et la direction de la sécurité sociale).

De décembre 2007 à décembre 2011, le nombre de bénéficiaires de l'AME est passé de 194 615 à 208 974. En 48 mois, il y a eu 14 359 nouveaux bénéficiaires, soit **300 nouveaux bénéficiaires par mois** ou, *grosso modo*, 10 nouveaux bénéficiaires par jour.

De décembre 2012 à décembre 2016, le nombre de bénéficiaires de l'AME est passé de 252 437 à 311 310. En 48 mois, il y a eu 58 873 nouveaux bénéficiaires, soit **1 226 nouveaux bénéficiaires par mois** ou, *grosso modo*, 40 nouveaux bénéficiaires par jour.

De décembre 2017 à mars 2021, le nombre de bénéficiaires est passé de 315 835 à 384 314 au 31 mars 2021. En 39 mois, il y a eu 68 479 nouveaux bénéficiaires, soit **1 755 nouveaux bénéficiaires par mois** ou, *grosso modo*, 60 nouveaux bénéficiaires par jour.

ii. Des bénéficiaires toujours aussi imparfaitement connus

Le projet annuel de performances apporte des informations limitées sur la sociologie des personnes soignées.

Les grandes caractéristiques démographiques des bénéficiaires de l'AME sont précisées. Cette population « est plutôt jeune : 70 % ont moins de 40 ans, parmi lesquels 24 % sont des mineurs. Les femmes représentent 46 % de l'effectif total »⁽¹⁾.

En revanche, les documents budgétaires n'apportent **aucune information sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires alors même que cette donnée serait utile en termes sanitaires et de gestion du dispositif.**

En termes sanitaires, le recueil de ces données permettrait d'engager des actions ciblées. Ainsi, si les données sur la nationalité des bénéficiaires avaient été collectées, une action spécifique de vaccination aurait pu être engagée à destination des ressortissants issus des territoires concernés par certains variants de la Covid 19. Une vaccination précoce des ressortissants du sous-continent indien aurait ainsi pu être diligentée après l'identification du variant Delta.

Le recueil de ces données serait également utile pour identifier des fraudes commises par des groupes organisés. Dans une étude de 2015, dont la rapporteure a publié des extraits dans un récent rapport⁽²⁾, la direction de la sécurité sociale a relevé l'existence de « filières organisées pour des venues en France à seule fin de traitement de certaines pathologies » et a noté que « des patients atteints de tuberculose multirésistante, en provenance de quelques villes de Géorgie bien déterminées et en situation irrégulière en France, arrivent dans les différents centres de référence parisiens en matière de tuberculose »⁽³⁾.

La collecte de données sur la nationalité permettrait d'identifier l'existence d'éventuelles atypies dans la nature des soins dispensés en faveur des ressortissants de certains pays. Si « x » ressortissants d'un pays bénéficient en peu de temps du traitement d'une même pathologie, cette situation pourrait laisser supposer, comme en 2015, l'existence de filières d'immigration pour soins.

La rapporteure spéciale déplore l'absence de recueil de données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME et, comme en 2020, présentera un amendement visant à autoriser la collecte et l'exploitation de ces informations.

Cet amendement diffèrera de celui présenté en 2020 et prendra en compte plusieurs observations formulées sur le précédent amendement par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux dans deux notes établies en juin et octobre 2021 auxquelles la rapporteure spéciale a eu accès dans le cadre de ses pouvoirs spéciaux. Le contenu de ces deux notes est reproduit en annexe.

(1) *Op. cit.*, page 16.

(2) *Assemblée nationale, rapport spécial n° 4195, annexe 38, Mme Véronique Louwagie, juin 2021.*

(3) *Direction de la sécurité sociale, note du 6 octobre 2015, DSS Bureau 2A – DACI.*

2. L'AME : une dépense qui ne couvre qu'une partie du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière

Dans son récent rapport précité, la rapporteure spéciale a rappelé que les soins dispensés en France aux étrangers en situation irrégulière ne se limitent pas aux soins prodigués dans le cadre de l'AME et que le coût de ces dispositifs complémentaires est élevé.

a. Les autres dépenses identifiées représentent, au moins, 410 millions d'euros supplémentaires

En sus de l'AME, dix autres dispositifs dispensent des soins aux étrangers en situation irrégulière : le maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire, l'admission au séjour pour soins, les soins dispensés dans les centres de rétention administrative, les soins dispensés en faveur des étrangers en situation irrégulière à Mayotte, les soins en détention, les permanences d'accès aux soins de santé, la mission d'intérêt général « Précarité », les équipes mobiles « psychiatrie précarité », le Samu social, les centres d'accueil, de soins et d'orientation et les dépenses fiscales soutenant les organismes sans but lucratif procédant à la fourniture gratuite de soins à des personnes en difficulté ⁽¹⁾.

Parmi ces dix autres dispositifs, le coût de cinq d'entre eux ⁽²⁾ a pu être chiffré et représentait, en 2019, 414,25 millions d'euros.

b. Le coût des soins appelés à être dispensés en 2022 aux étrangers en situation irrégulière représente au moins 1 500 millions d'euros

Le véritable coût des soins appelés à être dispensés en 2022 aux étrangers en situation irrégulière ne se limite donc pas aux 1 079 millions d'euros finançant l'AME **mais représente au moins 1 500 millions d'euros** (1 079 millions d'euros + 415 millions d'euros).

Ce montant constitue une évaluation minimale puisque le coût de cinq dispositifs complémentaires n'a pas pu être chiffré ⁽³⁾.

(1) La présentation détaillée de chacun de ces dispositifs figure dans le rapport n° 4195 précité.

(2) Maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire, soins dispensés dans les centres de rétention administrative, soins dispensés en faveur des étrangers en situation irrégulière à Mayotte, permanences d'accès aux soins de santé et mission d'intérêt général « Précarité ».

(3) Admission au séjour pour soins, soins en détention, équipes mobiles psychiatrie précarité, Samu social et centres d'accueil, de soins et d'orientation, et dépenses fiscales.

3. L'AME : une dépense en attente d'une véritable réforme

Deux ans après une adaptation limitée de l'AME, l'absence de maîtrise financière de ce dispositif rend nécessaire une réforme d'ampleur.

a. Les adaptations engagées en 2020 sont utiles mais insuffisantes

i. Des adaptations utiles

En 2020, l'AME a fait l'objet de certaines adaptations utiles mais insuffisantes. Cinq aménagements principaux ont été décidés :

– l'accès à l'AME est subordonné à une durée ininterrompue de résidence en France de plus de trois mois (article 264 de la LFI 2020) ;

– la première demande d'AME doit être déposée en personne, par le demandeur, auprès d'un organisme d'assurance maladie ou, par exception, auprès d'un établissement de santé dans lequel l'intéressé ou un membre du foyer est pris en charge. Un décret détermine les conditions dans lesquelles il peut être dérogé à cette règle notamment pour les mineurs isolés et les personnes à mobilité réduite (article 264 de la LFI 2020) ;

– la réalisation de certaines « prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence » est subordonnée à un délai d'ancienneté du bénéficiaire de l'AME ne pouvant excéder neuf mois hors dérogation accordée par le service du contrôle médical de l'assurance maladie (article 264 de la LFI 2020). Le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 a défini les frais concernés, le délai d'ancienneté (neuf mois) et les conditions de mise en œuvre de ces dispositions ;

– un délai de carence de trois mois est imposé aux demandeurs d'asile avant de pouvoir bénéficier de la protection universelle maladie (décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé) ;

– la lutte contre la fraude a été renforcée et certains agents des caisses primaires d'assurance-maladie sont autorisés à consulter le fichier Visabio dans le but d'identifier des dissimulations de visa (décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement de données Visabio)⁽¹⁾.

Si la mise en œuvre d'une partie de ces mesures (et notamment le dépôt en personne de la première demande d'AME) a été suspendue durant la crise sanitaire, ces dispositions sont aujourd'hui opérantes. Ces mesures vont incontestablement dans le bon sens et ont pu produire certains effets.

(1) Géré par le ministère de l'intérieur, le fichier Visabio est un traitement de données à caractère personnel relatif aux étrangers sollicitant la délivrance d'un visa. L'accès de certains agents des CPAM à ce fichier vise à identifier les étrangers entrés régulièrement en France sous couvert d'un visa et qui, durant la période de validité de ce visa, sollicitent indûment le bénéfice de l'AME.

L'accès à Visabio a permis le rejet de demandes infondées d'accès à l'AME

Selon les informations transmises à la rapporteure spéciale :

- 180 agents des caisses primaires d'assurance-maladie sont habilités à procéder à des contrôles Visabio ;
- De janvier à juillet 2021, 151 503 consultations ont été effectuées et la possession de 10 154 visas a été identifiée ;
- Selon la direction de la sécurité sociale, « le visa pouvant être en cours ou échoué, cette détection ne donne pas systématiquement lieu à un refus de droits AME ». D'après un **sondage** mené en mai et juin 2021 au sein des pôles instruisant les demandes d'AME en métropole, sur **858 dossiers où un visa a été identifié** :
 - 814 concernaient des visas échus depuis plus de 3 mois et ont pu donner lieu à une ouverture de droit AME ;
 - **31 dossiers ont été rejetés** ;
 - 13 dossiers étaient encore en instance.

Ces statistiques confirment l'utilité de la consultation de Visabio par les agents des CNAM. L'accès à cet outil explique le récent accroissement de la proportion de demandes d'AME refusées en raison d'une condition de résidence non remplie :

	2018	2019	2020
Condition de résidence non remplie	47 %	51 %	59 %
Condition de ressources non remplie	17 %	17 %	17 %
Identité non justifiée	13 %	14 %	12 %
Autre	24 %	18 %	12 %

Source : direction de la sécurité sociale

ii. Des adaptations insuffisantes

Le bilan de certaines des mesures prises depuis 2020 est cependant décevant.

La **subordination de l'exécution de certaines « prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence »** à un **délai d'ancienneté** du bénéficiaire de l'AME ne pouvant excéder neuf mois se traduit ainsi par des **résultats peu probants**. À la demande de la rapporteure spéciale, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a comparé l'évolution du nombre des 16 actes concernés par le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 sur deux périodes de 7 mois :

- ⇒ la première période s'étend du 1^{er} août 2019 au 28 février 2020, soit une période de 7 mois antérieure à la crise sanitaire et à l'entrée en vigueur du décret du n° 2020-1325 du 30 octobre 2020. Durant cette première période, les 16 actes concernés par le décret précité étaient accessibles sans être subordonnés au délai de neuf mois ;

⇒ la seconde période s'étend du 1^{er} janvier 2021 au 31 juillet, soit une période de 7 mois postérieure à l'entrée en vigueur de ce décret et coïncide avec la crise sanitaire. Durant cette période, les 16 actes concernés n'étaient accessibles qu'après l'expiration du délai de neuf mois

Il apparaît que, **dans les sept mois suivant l'entrée en vigueur du décret, le nombre de séjours hospitaliers concernés par le délai de carence de 9 mois, n'a baissé que de 3,5 % par rapport à la période antérieure alors qu'en 2020, pour l'ensemble de la population, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019** ⁽¹⁾.

COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES ET DES PRESTATIONS PROGRAMMÉES ET NE REVÊTANT PAS UN CARACTÈRE D'URGENCE VISÉS PAR LE DÉCRET DU 30 OCTOBRE 2020

	Effectifs séjour PMSI (y compris chaînages incorrects) ⁽²⁾	
	1 ^{er} août 2019 – 28 février 2020	1 ^{er} janvier – 31 juillet 2021
« a) Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;	s*	19
« b) Libérations du médian au canal carpien ;	63	49
« c) Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;	650	698
« d) Allogreffes de cornée ;	45	45
« e) Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;	s	0
« f) Rhinoplasties ;	80	64
« g) Pose d'implants cochléaires ;	S	S
« h) Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;	84	76
« i) Interventions pour oreilles décollées ;	s	S
« j) Prothèses de genou ;	140	95
« k) Prothèses d'épaule ;	s	S
« l) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;	75	58
« m) Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;	15	17
« n) Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;	51	40
« o) Gastropplasties pour obésité ;	0	0
« p) Autres interventions pour obésité ;	s	s
TOTAL	1 226	1 187

*S : effectifs [1 – 10]

Source : ATIH.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Études & résultats*, septembre 2021, n° 1204.

(2) Note méthodologique ATIH / commission des finances :

- Le séjour PMSI est un séjour hospitalier. Seuls les séjours de patients AME effectués en établissements ex-DGF (tarification publique) sont repérables.
- Le « chaînage » est la possibilité de retrouver les prestations (hospitalisations, consultations...) d'un même patient. Le « taux de chaînage correct » est de 69 % pour la période 1 et 60 % pour la période 2. Cette différence peut s'expliquer par des données 2021 non consolidées. Pour les séjours non chaînés correctement (en raison de problèmes liés au NIR du patient), il s'agit de patients sous AME mais pour lesquels on ne peut pas retrouver d'éventuelles autres prises en charge (hospitalisations, actes...).
- Les données fournies agrègent les séjours hospitaliers des 65 % de patients sous AME dont l'identité a été établie et ceux des 35 % de patients sous AME dont l'identité n'a pas été établie.

Pour certains actes, le nombre de certains séjours hospitaliers est plus important après la réforme qu'avant la réforme. Depuis l'entrée en vigueur du décret, et en dépit de la crise sanitaire, il y a eu plus d'« interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » (qui inclut les « opérations de la cataracte ») qu'avant l'engagement de la réforme (698 au lieu de 650, soit 7,5 %).

Ces résultats peu satisfaisants illustrent les limites des adaptations engagées et justifient une réforme d'ampleur de l'AME.

b. Une réforme d'ampleur est nécessaire

i. Les mesures préconisées pour réformer l'AME

La rapporteure spéciale renouvelle les recommandations qu'elle a formulées en juin 2021 lors de la présentation de son rapport évaluant le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière ⁽¹⁾.

En premier lieu, elle préconise de **recentrer l'AME de droit commun sur les soins urgents** (incluant les soins contre les épidémies de type Covid 19) **dans le but d'aligner la situation française sur celle des autres pays européens**. Comme le rappelle le rapport précité de l'IGAS et de l'IGF, le « dispositif français apparaît singulier tant par sa logique d'ouverture de droits que par la définition d'un panier de soins proches de ceux du droit commun ; ces singularités [...] le désignent comme l'un des plus généreux de l'Union européenne. » ⁽²⁾.

À défaut, d'un tel recentrage, il serait nécessaire d'exclure du panier de soins certains gestes médicaux. La rapporteure spéciale propose ainsi d'**écarter du périmètre de l'AME la possibilité** (actuellement offerte à un bénéficiaire de l'AME après neuf mois « d'ancienneté » dans ce dispositif) **de pouvoir disposer d'une intervention visant au recollement d'oreilles décollées**. Un amendement à la mission *Santé* sera déposé en ce sens.

La rapporteure spéciale considère également qu'il est indispensable de pouvoir recueillir **la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME** dans le but d'améliorer le pilotage du dispositif, de mieux connaître ses bénéficiaires et de lutter contre la fraude (cf. *infra*). L'absence de recueil de données sur la nationalité est regrettée par des voix de sensibilités différentes. Ainsi, dans son avis n° 19-12 du 9 octobre 2019, **le Défenseur des droits a déploré « le déficit de statistiques publiques concernant les bénéficiaires de l'AME (nationalité, pathologies, non-recours)**. Cette absence de données permet tous les fantasmes, empêche de réfléchir sereinement » ⁽³⁾.

Un autre amendement à la mission *Santé* sera déposé en ce sens.

(1) *Assemblée nationale, rapport spécial n° 4195, annexe 38, Mme Véronique Louwagie, juin 2021.*

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

(3) *Défenseur des droits, avis n° 19-12 du 9 octobre 2019, page 4.*

ii. Les mesures d'accompagnement préconisées

La réforme de l'AME devrait s'accompagner de l'adaptation d'autres dispositifs périphériques.

Ainsi, dans le prolongement de son dernier rapport, la rapporteure spéciale préconise également de restreindre la procédure d'admission au séjour pour soins, de resserrer les conditions d'accès et les modalités de gestion du dispositif de maintien des droits expirés⁽¹⁾ et de modifier la protection santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûr. La rapporteure spéciale a déposé des amendements sur certains de ces sujets au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

L'ensemble de ces initiatives vise à **reprenre le contrôle budgétaire des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière afin de maîtriser une immigration pour soins dont la réalité est incontestable.**

(1) Prévu à l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale, le dispositif du maintien des droits expirés permet à des étrangers ayant précédemment bénéficié d'une affiliation régulière à la protection universelle maladie et, le cas échéant, à la complémentaire santé solidaire, de continuer à bénéficier de ces droits pendant une durée (en principe) de 6 mois suivant l'expiration du document autorisant leur séjour sur le territoire français.

L'immigration pour soins, une réalité incontestable

L'immigration pour soins constitue une **part minoritaire mais incontestable de l'immigration régulière et irrégulière en France**.

La part de cette immigration pour soins fait l'objet d'estimations divergentes. Dans une étude de 2018, l'**Institut de recherche et de documentation en économie de la santé** estimait qu'au sein d'un échantillon spécifique étudié (1 083 personnes éligibles à l'AME) « **10 %** citent un motif lié à la santé » pour expliquer leur venue en France ⁽¹⁾. Dans un rapport récent, l'**inspection générale des finances** et l'**inspection générale des affaires sociales** retiennent une proportion plus élevée et considèrent que « l'hypothèse d'une migration pour soins, [...] n'est clairement pas un phénomène marginal (**plus d'un quart des étrangers en situation irrégulière citeraient les soins parmi les raisons de leur migration**) » ⁽²⁾.

D'autres témoignages confirment la réalité de cette immigration pour soins. Le 27 mai 2021, M. Claude d'Harcourt, directeur général des étrangers en France, a déclaré devant une commission d'enquête de l'Assemblée nationale qu'en matière d'asile les ressortissants d'Albanie et de Géorgie « pratiquaient une forme de tourisme médical en France » sous couvert de demandes d'asile manifestement infondées ⁽³⁾.

Dans son dernier rapport d'activité, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides souligne que la recherche de soins constitue une des motivations explicites de certains demandeurs d'asile alors même que cet objectif ne constitue pas un des critères permettant la reconnaissance de la qualité de réfugié ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire. Ainsi, à l'appui de leur demande d'asile, des « demandeurs moldaves [...] mettent en exergue l'impossibilité de se soigner » tandis que des « demandeurs d'asile ukrainiens font majoritairement état d'une précarité économique et sociale, avec notamment des difficultés pour trouver un emploi ou pour se soigner » ⁽⁴⁾.

Lors de son audition, l'AP-HP a indiqué que cette problématique se concentrait sur certains soins (notamment en hématologie pédiatrique et en dialyse).

- iii. L'accès dérogatoire à la protection universelle maladie de certains demandeurs d'asile récemment évacués d'Afghanistan : une pratique louable mais dont l'opacité et l'absence de fondement juridique apparent interpellent

Dans une édition récente, le *Journal du dimanche* a indiqué que les « **citoyens afghans** qui ont travaillé au service de l'armée française et des services diplomatiques ou culturels de la France en Afghanistan, **exfiltrés** ces derniers jours, auront droit à une **protection santé immédiate**, a détaillé [...] le ministre de la santé [...] dans un courrier adressé au directeur général et au directeur des finances de la caisse nationale de l'assurance maladie » ⁽⁵⁾.

(1) *Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas*, Florence Jusot (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U1219), Équipe Emos), Jawhar Sarhiri (Irdes). *Questions d'économie de la santé*, n° 245 - novembre 2019, page 4.

(2) *Op. cit.*, page 2.

(3) *Assemblée nationale, commission d'enquête sur les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France, compte rendu n° 2*, page 8.

(4) *OFPPRA, rapport d'activité 2020*, pages 50 et 51.

(5) *Le journal du dimanche*, 29 août 2021.

La rapporteure spéciale a interrogé la direction de la sécurité sociale sur l'existence de ce courrier, sur la nature de cette protection santé et sur les bases légales de cette éventuelle décision. En réponse, cette administration a confirmé l'existence de cette correspondance et a indiqué que **630 ressortissants afghans récemment évacués d'Afghanistan ont bénéficié d'un accès dérogatoire immédiat à la PUMA au lieu (comme tout demandeur d'asile) de disposer d'un accès à l'AME Soins urgents pendant trois mois puis d'un accès à la PUMA.**

Le 8 octobre 2021, la rapporteure spéciale a demandé la communication de la correspondance adressée le 26 août 2021 par le ministre des solidarités et de la santé au directeur général de la caisse nationale d'assurance-maladie. Ce document lui a été remis le même jour et figure en annexe 2.

Si la rapporteure spéciale comprend que des ressortissants afghans ayant précédemment travaillé pour la France puissent, selon des critères à définir, bénéficier d'un accès dérogatoire immédiat à la PUMA, elle conteste en revanche la méthode suivie. Il n'appartient pas au ministre chargé de la santé de décider, souverainement, en dehors de l'accord et de toute information du Parlement, d'une dérogation aux conditions légales d'accès à l'AME ou d'affiliation à la PUMA. En agissant ainsi, le ministre a pris une décision dont la légalité paraît plus que douteuse.

Par ailleurs, le courrier du 26 août 2021 suggère que **cette décision ne constitue pas une première** puisqu'il indique que « des personnels civils de recrutement local (PCRL) afghans, ayant servi l'armée française, vont être prochainement accueillis en France avec leur famille. Nous vous adresserons donc un courrier *ad hoc* avec les règles dérogatoires à appliquer à ces personnels. Celles-ci devraient être de même nature que celles retenues en 2016 ».

La rapporteure spéciale s'interroge sur le fondement légal de cette autre décision, sur son absence de publicité et sur la nature de ces dérogations complémentaires. Si le principe même d'une dérogation peut là encore se concevoir, sa mise en œuvre ne peut pas se faire sans que le cadre légal de cette mesure soit éclairci.

La rapporteure spéciale ignore en revanche si dans un passé récent, d'autres ressortissants provenant d'autres pays ont également bénéficié de ce type de dérogation. Pour ce motif, elle entend déposer un **amendement demandant au Gouvernement de présenter au Parlement un rapport** exposant le nombre, la nature, le coût pour les finances publiques, les modalités et le fondement juridique des dérogations aux conditions d'affiliation à l'assurance-maladie et / ou à l'aide médicale qui ont été mises en œuvre, depuis 2016, en faveur de ressortissants étrangers.

B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE : UN FINANCEMENT STABLE, UNE ACTIVITÉ RETROUVANT PROGRESSIVEMENT SON NIVEAU NORMAL AU MOMENT OÙ UNE FUSION DU FIVA AVEC L'ONIAM A ÉTÉ BRIÈVEMENT ENVISAGÉE PUIS ÉCARTÉE

1. Un financement stable, une activité se rapprochant progressivement de son niveau normal

L'utilisation de l'amiante est interdite en France depuis le 1^{er} janvier 1997 et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a été créé (sous la forme d'un établissement public administratif) par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dans le but d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante.

Le PLF prévoit un crédit de **8 millions d'euros** en CP et en AE au titre de la contribution de l'État au fonctionnement du FIVA. Ce montant, inchangé depuis 2017, complète la dotation principale versée à cet établissement par la branche AT-MP (accidents du travail / maladies professionnelles) du régime général de la sécurité sociale (220 millions d'euros en 2021 et une somme équivalente attendue en 2022) ainsi que les recettes enregistrées par le FIVA au titre des actions subrogatoires engagées à l'encontre des responsables de l'exposition à l'amiante (22,86 millions d'euros en 2020).

La dotation de l'État finance les **dépenses de gestion de l'établissement** (personnel, frais de fonctionnement et dépenses d'investissement).

L'activité du FIVA a été fortement affectée par la crise sanitaire. En 2020, cet établissement a enregistré 17 023 nouvelles demandes d'indemnisation ⁽¹⁾ (contre 19 725 en 2019), formulé 14 929 décisions d'indemnisation (contre 17 126 en 2019) et consacré 233,9 millions d'euros à l'indemnisation des victimes et de leurs ayants droit (contre 300 millions d'euros en 2019).

En 2021, l'activité se rapproche progressivement de son volume antérieur sans encore l'atteindre. Ainsi, 12 611 nouvelles demandes d'indemnisation ont été enregistrées au 31 août 2021, contre 13 528 fin août 2019, soit une baisse de 6,8 %. Les décisions d'indemnisation ont en revanche presque retrouvé leur rythme de 2019 (12 206 décisions au 31 août 2021 contre 12 300 au 31 août 2019, soit un écart de moins de 1 %) ⁽²⁾.

(1) 5 836 demandes d'indemnisation des victimes directes et 11 187 demandes d'ayants droit.

(2) Les dépenses d'indemnisation 2021 enregistrées sont cependant en retrait de 7,7 % par rapport à 2019 (159,1 millions d'euros à fin août 2021 contre 172,4 millions d'euros à fin août 2019). Selon le FIVA « cette diminution s'explique par la part croissante des demandes d'indemnisation supplémentaires dans les dossiers existants et de celle des ayants droit, dont le coût unitaire est largement plus faible que celui associé aux victimes ».

Le FIVA anticipe une reprise normale de son activité en 2022 où il prévoit de recevoir 20 400 nouvelles demandes d'indemnisation susceptibles de correspondre à 310 millions d'euros d'indemnisation.

Depuis la création du FIVA et jusqu'au 31 décembre 2020, 108 698 victimes ont déposé un dossier de demande d'indemnisation et 210 207 autres demandes (ayants droit, indemnisations complémentaires suite à une aggravation) ont été enregistrées. Plus de 260 000 offres (261 148) ont été faites et les dépenses d'indemnisation cumulées sur cette période représentent 6 428 millions d'euros.

2. Une fusion du FIVA avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) a été brièvement envisagée puis écartée

Dans un rapport remis en février 2021 ⁽¹⁾, l'IGAS et l'IGF ont recommandé « un rapprochement [de l'ONIAM et du FIVA] par fusion entre égaux au sein d'un nouvel organisme unique » à compter du 1^{er} janvier 2023. Selon cette étude, « la fusion du FIVA et de l'ONIAM permettrait de leur donner davantage de moyens et de visibilité renforçant ainsi leur efficacité » et donnerait « une plus grande cohérence » ⁽²⁾ à la politique publique d'indemnisation. La première étape de ce regroupement prendrait la forme, le 1^{er} janvier 2022 ou à l'issue du premier semestre 2022, d'une fusion des agences comptables de ces deux structures.

La fusion de l'ONIAM et du FIVA supposerait des modifications législatives dont l'Assemblée nationale n'a pas été saisie dans le cadre du PLF pour 2022 comme dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Dans un avis adopté le 31 août 2021, le conseil d'administration du FIVA « a avisé les ministres de sa totale opposition au projet de fusion entre les deux établissements » et cette perspective a été finalement écartée.

La rapporteure spéciale n'a pas eu connaissance du détail du projet gouvernemental et ne peut donc pas se prononcer sur son intérêt. Elle rappelle néanmoins qu'en 2020, elle avait considéré que « le FIVA est une institution qui a fait ses preuves » ⁽³⁾ tandis que l'ONIAM, en dépit de progrès tangibles, peine encore à remplir certaines de ses missions. Spontanément, c'est donc avec une certaine réserve qu'elle accueille la proposition formulée par l'IGAS et l'IGF.

Par ailleurs, le calendrier préconisé pour ce regroupement était précipité (avec une première étape dès le premier semestre 2022) et inopportun (en complément de son activité normale, l'ONIAM doit également gérer certaines nouvelles missions liées à la crise sanitaire).

(1) *Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM. La rapporteure spéciale a eu connaissance de ce rapport, dans le cadre de ses pouvoirs spéciaux, avant que ce document soit rendu public.*

(2) *Op.cit., page 32.*

(3) *Assemblée nationale, rapport spécial n° 3399, annexe 38, Mme Véronique Louwagie, page 32.*

L'annulation du projet de fusion constitue donc une sage décision. Cependant, l'idée d'une coopération renforcée entre le FIVA et l'ONIAM ne doit pas être écartée par principe d'autant plus que ces deux établissements sont géographiquement très proches puisqu'ils partagent le même immeuble à Montreuil (Seine-Saint-Denis).

C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183

Trois dépenses fiscales sont rattachées au programme 183 *Protection maladie* pour un montant estimé à, au moins, 507 millions d'euros en 2022 en légère progression par rapport à 2021 (+ 6 millions d'euros) et 2020 (+ 20 millions d'euros).

DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183

Dépense fiscale	Coût estimé en 2022
Exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à hauteur de 50 % pour les indemnités temporaires	500 millions d'euros
Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante	7 millions d'euros
Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie	Dépense non chiffrable

Source : projet annuel de performances.

Dans ses notes d'exécution budgétaire 2019 et 2020 sur la mission *Santé*, la Cour des comptes a préconisé de « procéder à la revue des dépenses fiscales rattachées à la mission *Santé* afin de pouvoir évaluer leur efficacité, et étudier, le cas échéant, leur suppression ou leur évolution » ⁽¹⁾.

La rapporteure spéciale partage cette recommandation.

(1) Cour des comptes, note d'analyse de l'exécution budgétaire 2019 de la mission *Santé*, page 37 et note d'analyse de l'exécution budgétaire 2020 de la mission *Santé*, page 55.

II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS : DES DÉPENSES EN RETRAIT PRÉSENTANT UN LIEN INFIME AVEC LA CRISE SANITAIRE

Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* finance la politique de modernisation de l'offre de soins, le pilotage de la politique de santé publique, des mesures de prévention et d'autres actions sanitaires. Le PLF dote ce programme d'un crédit de **212,9 millions d'euros en CP** et de 209,6 millions d'euros en AE, soit des **montants en retrait de 42,7 millions d'euros en CP** et de 40,7 millions d'euros en AE **par rapport à 2021**.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 204

(en millions d'euros)

	LFI 2021		PLF 2022		Évolution en valeur absolue		Évolution 2021-2022 (en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 204 <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	250,3	255,6	209,6	212,9	- 40,7	- 42,7	- 16,3	- 16,7
Pilotage de la politique de santé publique (action n° 11)	67,4	69,3	68,8	70,8	+ 1,4	+ 1,5	+ 2,1	+ 2,2
Santé des populations (action n° 12)	1,2	1,2	1,2	1,2	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0
Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades (action n° 14)	50,8	52,8	50,7	50,7	- 0,1	- 2,1	- 0,2	- 3,9
Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (action n° 15)	26,2	26,2	27,9	27,9	+ 1,7	+ 1,7	+ 6,5	+ 6,5
Veille et sécurité sanitaire (action 16)	1,6	1,6	1,6	1,6	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0
Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (action n° 17)	4,2	4,2	4,2	4,2	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0
Modernisation de l'offre de soins (action n° 19)	98,9	100,3	55,2	56,5	- 43,7	- 43,8	- 44,2	- 43,7

Source : projet annuel de performances.

A. AU SEIN DU PROGRAMME 204, SEULE L'ACTION N° 11 *PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE* PARTICIPE DE MANIÈRE TRÈS MARGINALE À LA GESTION FINANCIÈRE DE LA CRISE SANITAIRE

Parmi les sept actions du programme 204, seule l'action 11 *Pilotage de la politique de santé publique* participe, de manière très marginale, à la gestion financière de la crise sanitaire.

Le PLF dote cette action de 70,8 millions d'euros en CP et de 68,8 millions d'euros en AE en progression d'environ 1,5 million d'euros par rapport à 2021. Dans cet ensemble, moins de 5 millions d'euros contribuent à la lutte contre l'épidémie de Covid 19. Le **ministère des solidarités et de la santé participe** cependant très **activement à la mobilisation contre la pandémie mais sa participation s'organise autour d'un fonds de concours non alimenté par des crédits budgétaires.**

1. La quasi-totalité des dépenses du ministère des solidarités et de la santé en lien avec la crise sanitaire relève d'un fonds de concours dédié

a. Les dépenses devant être prises en charge par fonds de concours en 2022

Depuis 2020, le programme 204 sert de support indirect à la gestion financière de la crise sanitaire. Les dépenses d'achats de matériels (masques, vaccins, *etc.*) et de prestations (transports, systèmes d'information, *etc.*) relèvent ainsi de Santé publique France qui a reçu une dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros de l'assurance maladie. Une partie de cette dotation a ensuite été reversée sur le programme 204 au moyen du **fonds de concours** Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins ouvert en mars 2020.

Initialement abondé par Santé publique France à hauteur de 700 millions d'euros, ce fonds de concours a ensuite reçu deux versements complémentaires de 100 millions d'euros chacun, ce qui porte ses moyens à **900 millions d'euros**. Un troisième abondement, dont le montant est à définir, est envisagé d'ici la fin de l'année 2021 dans le but de répondre à un besoin de financement estimé aux environs de 60 millions d'euros.

Ce fonds de concours supporte notamment les dépenses en faveur des cabinets de conseil sollicités par le ministère des solidarités et de la santé dans la gestion de la crise sanitaire.

Les dépenses en faveur des cabinets de conseil

Le 10 février 2021, la rapporteure spéciale a présenté une communication devant la commission des finances portant sur les contrats conclus par le ministère des solidarités et de la santé (ou la cellule de coordination interministérielle logistique) avec des cabinets de conseil depuis l'engagement de la crise sanitaire.

À la date du 9 février 2021, 28 commandes avaient été passées en faveur de sept cabinets ⁽¹⁾ pour un montant prévisionnel de 11,35 millions d'euros. Les prestations commandées portaient essentiellement sur les systèmes d'information, la modélisation, la logistique et l'accompagnement stratégique.

La rapporteure spéciale a demandé au ministère des solidarités et de la santé d'actualiser les données communiquées en février. Au terme de cet échange, il apparaît que **depuis le 10 février 2021, 19 nouvelles commandes ont été passées en faveur de 5 cabinets** (Accenture, Citwell Consulting, CGI France et McKinsey & Orphoz) **pour un coût prévisionnel de 13,61 millions d'euros ⁽²⁾.**

En définitive, **depuis mars 2020, 47 commandes ont été passées en faveur de 8 cabinets pour un montant de 24,96 millions d'euros.**

Institué initialement jusqu'au 31 décembre 2021, **le fonds de concours précité devrait voir son existence être prolongée sur tout ou partie de l'année 2022.** Lors de son audition, la direction générale de la santé (DGS) a indiqué que, dans l'hypothèse où cette prolongation serait confirmée, ce fonds de concours continuerait à prendre en charge des dépenses relatives à l'achat de masques, aux systèmes d'information, ou à des actions de communication.

b. Un fonds de concours dont la probable prolongation suscite des réserves

Dans son récent rapport sur « Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation », la **Cour des comptes** a considéré que « l'utilisation de la **procédure du fonds de concours** pour faire financer par Santé publique France et, par l'intermédiaire de cet établissement public, par l'assurance maladie, des dépenses du ministère chargé de la santé **apparaît critiquable**. Tout d'abord, elle a permis que le financement de ces dépenses résulte de simples arrêtés ministériels, **sans contrôle du Parlement** en l'absence de loi de financement rectificative de la sécurité sociale, alors que des crédits budgétaires ont massivement été ouverts par les quatre lois de finances rectificatives de l'année 2020. En outre, elle a favorisé la confusion des rôles entre SPF et le ministère de la santé, ce dernier ayant financé des dépenses relevant des missions de SPF » ⁽³⁾.

(1) Accenture, CGI, Citwell, Deloitte, JLL, McKinsey et Roland Berger.

(2) Parmi ces 19 commandes, 2 sont en cours de passation. La liste de ces 19 commandes est publiée en annexe 3.

(3) Cour des comptes, *Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation, Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, juillet 2021, page 81.*

La rapporteure spéciale considère que **si l'urgence a pu justifier la création de ce fonds de concours, la prolongation de cet instrument au-delà de sa date initiale d'échéance (le 31 décembre 2021) n'est pas satisfaisante**. Elle partage et appuie la recommandation de la Cour des comptes visant à « mettre en extinction [...] le fonds de concours de Santé publique France destiné au financement d'achats liés à la crise sanitaire effectués par le ministère de la santé et [...] **financer ces achats par des crédits budgétaires** ».

Le PLF ne s'inscrit pas cependant dans cette voie puisque le montant des crédits du programme 204 (et de son action n° 11) participant à la gestion de la crise sanitaire est très limité.

2. Les crédits de l'action n° 11 participant à la gestion de la crise sanitaire sont très limités

L'action n° 11 du programme 204 contribue de manière très marginale à la gestion de la crise sanitaire et l'absence de budgétisation de certaines dépenses est regrettable.

a. Une contribution à la gestion de la crise sanitaire inférieure à 5 millions d'euros

L'action n° 5 est composée de cinq sous-actions dont deux participent à la gestion de la crise sanitaire pour un **montant non déterminé dans les documents budgétaires mais très probablement inférieur à 5 millions d'euros**.

Dotée de 9,65 millions d'euros en AE et CP, la sous-action *Développement et exploitation des systèmes d'information de santé publique* finance le développement et la maintenance d'une vingtaine de systèmes d'information dont le SI-DEP, le **système d'information de dépistage**. Ce traitement de données est un système d'information national **centralisant les résultats des tests Covid 19** réalisés par des laboratoires publics ou privés et certains professionnels de santé habilités. **Le PLF prévoit de « transformer et pérenniser le SIDEP [...], sous la forme d'un entrepôt national de données de biologie médicales (ENDB) et permettre ainsi son utilisation pour d'autres pathologies virales ou infectieuses. Le besoin budgétaire pour développer l'ENDB en 2022 s'élève à 3,3 millions d'euros »**⁽¹⁾.

Dotée de 52,4 millions d'euros en AE et en CP, la sous-action *Actions juridiques et contentieuses* finance l'ONIAM (à hauteur de 43,2 millions d'euros) et prend en charge les crédits associés aux « litiges de toute nature dont la charge financière repose sur l'État au titre des décisions prises par la DGS, les préfets [...] ou par les directeurs généraux des agences sanitaires lorsqu'ils agissent au nom de l'État »⁽²⁾.

(1) *Projet annuel de performances*, page 25.

(2) *Projet annuel de performances*, page 25.

Ces crédits, qui prennent également en charge le dispositif d'indemnisation des victimes de la Depakine (cf. *infra*), serviront également à financer deux dépenses en lien avec la crise sanitaire :

- les **dépenses d'instruction, d'expertise et éventuellement d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux ou de vaccination consécutifs à la crise sanitaire** (cf. *infra*) ;

- les frais de défense dans le cadre des contentieux engagés contre l'État depuis l'engagement de la crise sanitaire.

Si le montant de ces dépenses n'est pas isolé dans les documents budgétaires, la direction générale de la santé a cependant confirmé que les crédits de cette sous-action n'avaient bénéficié d'**aucune majoration « Covid »**. À l'inverse, la rapporteure spéciale souligne que **les crédits dédiés à la sous-action Actions juridiques et contentieuses** (52,4 millions d'euros en AE et en CP) **sont en retrait de 9 %** (– 4,8 millions) **par rapport à 2021**.

b. L'absence de budgétisation de certaines dépenses liées à la crise sanitaire n'est pas complètement justifiée

Si la rapporteure spéciale comprend l'absence de budgétisation de certaines dépenses liées à la crise sanitaire, elle regrette en revanche l'absence de majoration de la sous-action *Actions juridiques et contentieuses* au titre du risque Covid.

- i. Si l'absence de budgétisation de certaines dépenses liées à la crise sanitaire est compréhensible...

Depuis l'engagement de la crise, **deux dispositifs spécifiques** relevant du ministère des solidarités et de la santé ou de ces opérateurs ont été **créés** : un dispositif d'indemnisation destiné à assurer la prise en charge des dommages résultant des mesures prises au titre de l'état d'urgence sanitaire et un dispositif d'indemnisation des professionnels de santé libéraux contaminés par la Covid.

Aucun de ces deux dispositifs ne bénéficie de crédit spécifique dans le PLF ce qui peut se comprendre au vu de leurs caractéristiques.

L'article 2 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 a créé un **dispositif d'indemnisation** relatif à la crise sanitaire destiné à assurer la prise en charge de **dommages résultant des mesures prises au titre de l'état d'urgence sanitaire**. Ce dispositif, dont la gestion est confiée à l'Oniam, n'a reçu aucune dotation financière à ce jour. Interrogé sur ce point, cet établissement a indiqué n'avoir jamais été sollicité sur ce fondement en raison notamment de l'importante incertitude entourant le périmètre exact des dommages susceptibles d'être pris en charge par ce dispositif. Si, au vu de ces éléments, l'absence de crédit spécifique peut se comprendre, la rapporteure spéciale appelle néanmoins à **éclaircir les conditions de fonctionnement de ce dispositif** d'indemnisation.

L'article 73 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet **2020** de finances rectificative pour 2020 a par ailleurs créé un **dispositif d'indemnisation des professionnels de santé libéraux** contaminés par la Covid 19 et qui ne bénéficient pas d'une couverture obligatoire au titre des risques « accidents du travail » et « maladies professionnelles ». L'article 28 de cette même loi a ouvert **5 millions d'euros** de crédit (en CP et en AE) sur le programme 204 au titre de cette dépense. La DGS a indiqué que **243 professionnels de santé libéraux** ont bénéficié, à ce jour, d'une **reconnaissance de maladie professionnelle** sur ce fondement. Les dépenses engagées sont estimées aux environs de 1 million d'euros. Les crédits encore disponibles (4 millions d'euros) justifient donc l'absence d'inscription de crédit complémentaire.

- ii. L'absence de majoration des crédits de la sous-action *Actions juridiques et contentieuses* est en revanche regrettable

La sous-action *Actions juridiques et contentieuses* comporte deux dépenses en lien avec la crise sanitaire : les dépenses d'instruction, d'expertise et éventuellement d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux ou de vaccination consécutifs à la crise sanitaire ainsi que les frais de défense dans le cadre des contentieux engagés contre l'État depuis l'engagement de l'épidémie (cf. *supra*).

Chacun de ces sujets aurait pu justifier des crédits complémentaires.

Si, la rapporteure spéciale observe avec satisfaction que la campagne massive de vaccination contre la Covid 19 se traduit par des **effets indésirables très limités** ⁽¹⁾, elle observe néanmoins que **l'ONIAM a d'ores et déjà été saisi de plus de 250 demandes d'indemnisation** ⁽²⁾. Le dépôt de ces premiers dossiers a conduit cet établissement à mobiliser ses équipes et à diligenter des expertises, ce qui pèse sur ses frais de fonctionnement. En 2022, le nombre de dossiers déposés est susceptible de croître et des premières indemnisations pourraient être accordées. Ces éléments auront un coût et auraient pu justifier le versement d'un complément de crédit à l'ONIAM qui assurera, comme pour les accidents vaccinaux consécutifs à la grippe A, la gestion complète de ce dispositif d'indemnisation.

(1) Fin octobre 2021, près de 100 millions d'injections de vaccins ont été réalisées et, selon l'ANSM, « la majorité des effets indésirables sont attendus et non graves » (voir sur ce sujet les points de situation sur la surveillance des vaccins contre la COVID-19 publiés sur le site de l'ANSM : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-suivi-hebdomadaire-des-cas-deffets-indesirables-des-vaccins>).

(2) Ces demandes sont ainsi réparties :

- 108 demandes d'indemnisation au titre d'accidents de vaccination allégués dans le cadre de la campagne de vaccination dans la population générale (chiffre à la date du 30 septembre 2021).
- 146 demandes d'indemnisation au titre d'accidents médicaux périphériques susceptibles d'être rattachés à la Covid 19 (par exemple des situations d'accidents nosocomiaux où un patient soigné pour une pathologie x aurait contracté la Covid 19 durant son séjour dans un établissement de santé) (chiffre à la date du 31 juillet 2021)

L'indemnisation des accidents de vaccination contre la grippe A (H1N1) : un bilan peu satisfaisant

De 2010 à 2021, l'ONIAM a été saisi de **208 demandes d'indemnisation au titre des accidents vaccinaux liés à la grippe A**. Si la moitié des dossiers a été déposée entre 2011 et 2014, l'autre moitié l'a été après cette date en raison de la connaissance progressive du dispositif. En 2020, 22 nouvelles demandes d'indemnisation ont ainsi été enregistrées. Ce régime d'indemnisation résulte, comme pour la Covid 19, de l'article L. 3131-4 du code de la santé publique.

Sur les 208 demandes d'indemnisation précitées, 75 % ont été traitées et ont conduit à la formulation de 240 offres d'indemnisation (provisoires, partielles ou définitives ; un même dossier pouvant justifier plusieurs offres) d'un montant cumulé proche de 15 millions d'euros. Certaines décisions prises par l'ONIAM ont fait l'objet de contentieux ⁽¹⁾. **Un quart des demandes d'indemnisation enregistrées n'ont pas encore fait l'objet d'une décision en raison de durées d'instruction anormalement longues** (en moyenne 484 jours en 2019 et 744 jours en 2020) très supérieures au délai de six mois fixé par l'article R. 3131-3 du code de la santé publique.

Comme Mme Manon Brigandet, présidente de l'association française de narcolepsie cataplexie et hypersomnies rares, et Me Charles Joseph-Oudin l'ont rappelé lors de leur audition, la longueur de ces délais d'instruction et **l'absence de délai butoir pour formuler une offre définitive** affectent les victimes. L'organisation même du dispositif, dans lequel l'ONIAM assure à la fois l'instruction des dossiers, l'évaluation médicale des préjudices (sur la base d'expertises commandées par ses soins), la détermination de leur indemnisation et le paiement de cette indemnisation suscite une certaine circonspection.

La rapporteure spéciale observe également que **la crise sanitaire est à l'origine d'un nombre important d'actions contentieuses engagées contre l'État**. La DGS a indiqué que de mars 2020 au 27 septembre 2021, **1 089 contentieux en lien avec la Covid-19 ont été engagés contre le ministère des solidarités et de la santé**. Près de 300 contentieux ont été engagés de janvier à septembre 2021 et leur nombre a crû en août par rapport à juillet. Par ailleurs, les contentieux indemnitaires (53 à ce jour) sont susceptibles d'être jugés en 2022.

La rapporteure spéciale considère que, par prudence, le PLF aurait dû doter la sous-action *Actions juridiques et contentieuses* d'un crédit spécifique destiné à faire face à ces deux possibles postes de dépenses. En l'absence de disposition en ce sens, elle déposera un amendement majorant les crédits concernés.

(1) Selon l'ONIAM, 60 recours ont été déposés dont 25 ont été jugés définitivement (9 décisions sur 25 étant défavorables à l'ONIAM).

3. Les autres dépenses de l'action n° 11 sont dénuées de lien avec la crise sanitaire

a. Les autres dépenses de l'action n° 11 : un ensemble composite

L'action n° 11 finance d'autres actions relatives au pilotage, au soutien et aux partenariats relayant la politique de santé publique.

Un crédit de 6,07 millions d'euros en CP et 4,07 millions d'euros en AE finance des actions de pilotage, de soutien et de partenariats pour relayer la politique de santé publique. Le financement pluriannuel apporté par la France à l'Académie de l'OMS s'inscrit dans ce cadre à hauteur de 2,7 millions d'euros en CP. Un crédit de 1,6 million d'euros en CP et en AE finance différentes études et recherches. Un crédit de 0,35 million d'euros en CP et en AE soutient des actions de veille, surveillance, évaluation et expertise dont le Haut Conseil de la santé publique.

Au titre des dépenses d'« actions juridiques et contentieuses » (cf. *supra*), l'action 11 finance également le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine sur lequel la rapporteure exerce un contrôle étroit.

b. Le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine : un dispositif toujours éloigné de ses objectifs initiaux

La Dépakine (et ses dérivés) est un médicament utilisé dans le traitement de l'épilepsie et des troubles bipolaires dont la prise *in utero* (pendant une grossesse) est susceptible d'être à l'origine de graves malformations et de troubles du développement neurologique chez l'enfant.

La loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 a créé un dispositif d'indemnisation destiné à « faciliter l'indemnisation amiable des dommages résultant de la prescription de valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse et d'assurer la réparation intégrale des préjudices imputables à cette prescription »⁽¹⁾. Ce dispositif a été modifié par la loi de finances pour 2020 afin notamment de constituer un collège d'expertise unique⁽²⁾ qui se réunit régulièrement depuis septembre 2020. Cette nouvelle organisation a mis fin à certaines rigidités et représente un incontestable progrès. De janvier au 31 juillet 2021, le collège unique a ainsi rendu 248 projets d'avis d'indemnisation. Néanmoins, cette avancée n'efface pas le bilan globalement décevant du dispositif d'indemnisation.

Ce dispositif d'indemnisation demeure ainsi toujours affecté d'une **double insuffisance** : le nombre de victimes sollicitant une indemnisation est modeste et, parmi les victimes ayant sollicité une indemnisation, le nombre de victimes effectivement indemnisées est restreint.

(1) Oniam, rapport d'activité 2020, page 46.

(2) Voir sur ces points le rapport spécial n° 3399 annexe 38 sur le projet de loi de finances pour 2021, Mme Véronique Louwagie, pages 40-42.

Selon l'ONIAM, **depuis la création du dispositif, 809 victimes directes et 2 426 victimes indirectes ont sollicité une indemnisation** auprès de cet établissement. Par comparaison, en 2016, le nombre de victimes susceptibles d'être indemnisées était évalué à 10 290 ⁽¹⁾. À ce jour, **moins de 8 % des victimes potentielles estimées en 2016 a ainsi sollicité une indemnisation auprès de l'ONIAM, ce qui est très peu**. Le dispositif peine donc à trouver son public ce qu'un récent rapport de l'IGAS et de l'IGF confirme en regrettant un « très faible niveau de recours » à l'ONIAM ⁽²⁾. Sur ce point, **la rapporteure spéciale renouvelle son attachement à l'engagement d'une campagne de sensibilisation plus importante que celle mise en œuvre à ce jour afin de faire connaître ce dispositif** ⁽³⁾.

Par ailleurs, **le nombre de victimes de la Dépakine effectivement indemnisées par l'ONIAM est encore restreint**. Ainsi, à la date du 31 juillet 2021 :

- **919 protocoles d'indemnisation ont été proposés** (303 à des victimes directes et 616 à des victimes indirectes) ;

- **112 dossiers** ont fait l'objet d'un accord ;

- le montant des indemnisations proposées s'élève à 35,25 millions d'euros et **le montant des indemnisations versées s'établit à 29,5 millions d'euros** et la prévision d'indemnisation pour 2022 s'élève à 26,4 millions d'euros en crédits de paiement et à 23,8 millions d'euros en autorisations d'engagement. Ces montants limités doivent être mis en regard avec les prévisions initiales d'indemnisation comprises, en 2016, « dans une fourchette allant de 424,2 à 550,2 millions d'euros » ⁽⁴⁾.

En dépit des incontestables progrès permis par l'introduction du collège unique, le volume de dossiers traités demeure donc restreint. L'absence persistante de participation de la société Sanofi (premier producteur de la Dépakine) au fonctionnement du dispositif d'indemnisation demeure également hautement regrettable ⁽⁵⁾.

(1) *Rapport sur la soutenabilité pour les finances publiques et la gestion du dispositif d'indemnisation prévu pour les victimes de la Dépakine, novembre 2019, page 37.*

(2) *Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM, février 2021, page 30.*

(3) *Pour l'heure, les initiatives mises en œuvre par le ministère incluent notamment la rédaction et la mise à disposition de plaquettes d'information ainsi que sur l'amélioration des informations figurant sur le site internet de l'ONIAM. Lors de son audition, Mme Marine Martin, présidente de l'APESAC (Aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsivant), a souligné que cette campagne de sensibilisation pourrait s'inspirer de la campagne « Zéro alcool pendant la grossesse » engagée par Santé publique France en 2017. Cette piste mérite d'être étudiée. De la même façon, la rapporteure spéciale encourage le ministère des solidarités et de la santé à promouvoir une politique « d'aller vers » les victimes potentielles en s'inspirant de la (bonne) pratique mise en œuvre par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en Normandie.*

(4) *Rapport sur la soutenabilité pour les finances publiques et la gestion du dispositif d'indemnisation prévu pour les victimes de la Dépakine, novembre 2019, page 38.*

(5) *Sanofi refuse de présenter des offres d'indemnisation dans le cadre de ce dispositif et conteste la légalité des titres de recettes que l'ONIAM lui adresse lorsque cet établissement se subroge à la victime après*

B. LE PROGRAMME 204 FINANCE D'AUTRES ACTIONS LIÉES À LA PRÉVENTION SANITAIRE ET À L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

En complément de l'action n° 11, le programme 204 finance six autres actions dont le montant cumulé s'établit à 142,1 millions d'euros en CP et 140,8 millions d'euros en AE en retrait de 44,1 millions d'euros en CP et de 42,8 millions d'euros en AE par rapport à 2021. Il s'agit des actions n° 12 *Santé des populations*, n° 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades*, n° 15 *Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation*, n° 16 *Veille et sécurité sanitaire*, n° 17 *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* et n° 19 *Modernisation de l'offre de soins*.

Les crédits correspondants seront présentés par ordre d'importance financière.

1. L'action n° 19 *Modernisation de l'offre de soins* : des crédits en baisse sensible

Le PLF prévoit un crédit de 56,5 millions d'euros en CP et 55,2 millions d'euros en AE au titre de l'action n° 19 *Modernisation de l'offre de soins* dédiée, selon le projet annuel de performances, « à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population à travers la recherche d'une plus grande efficacité » ⁽¹⁾.

Si ces crédits sont significatifs, ils sont cependant en retrait important par rapport à 2021 (– 43,7 millions d'euros en CP et en AE, soit – 44,2 % et – 43,7 %) en raison de l'**absence de reconduction d'une dotation exceptionnelle accordée en faveur de l'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna**.

a. La redéfinition de l'effort engagé en faveur de l'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna

L'essentiel des crédits de l'action n° 19 (49,4 millions d'euros sur 56,5 millions d'euros en CP et 48,1 millions d'euros sur 55,2 millions d'euros en AE) est affecté au financement de l'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna.

La LFI 2021 avait prévu une dotation exceptionnelle de 92,8 millions d'euros en CP et 91,5 millions d'euros en AE en faveur de cette agence. Ces crédits étaient composés, d'une part, d'une dotation de base de 47,8 millions d'euros destinée à pourvoir au fonctionnement courant de l'agence et, d'autre part, d'un versement prévisionnel exceptionnel de 45 millions d'euros destiné à engager la

indemnisation de celle-ci. Lors de son audition, l'ONIAM a indiqué qu'au 31 juillet 2021, 185 titres de recette (représentant 27,50 millions d'euros) ont été adressés à des acteurs de santé considérés comme responsables des dommages causés par la prise de valproate de sodium. Dans cet ensemble, 176 documents ont été adressés à Sanofi pour un montant de 27,4 millions d'euros. Selon l'ONIAM, Sanofi n'a réglé aucun de ces titres de recettes et a contesté au contentieux l'ensemble des titres émis à son encontre. Pour l'heure, aucun de ces contentieux n'a été pour l'instant jugé.

(1) *Projet annuel de performances, page 39.*

remise à niveau des infrastructures sanitaires de ce territoire. Les crédits inscrits dans le PLF en faveur de cette agence (49,4 millions d'euros en CP et 48,1 millions d'euros en AE) consolident la dotation de base (+ 1,6 million d'euros) sans prévoir d'abondement exceptionnel comparable à celui décidé en 2021.

Dans son précédent rapport, la rapporteure spéciale avait salué le principe de la remise à niveau des équipements de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna mais s'était interrogée sur le niveau élevé des crédits prévus en 2021 « **au regard des possibilités réelles de consommation des crédits en 2021** »⁽¹⁾. Son observation s'est vérifiée puisqu'en 2021, l'agence de santé du territoire de Wallis-et-Futuna n'a consommé sa dotation exceptionnelle qu'à hauteur de 1,5 million d'euros pour « conduire des études préalables en appui à la programmation pluriannuelle des investissements et acquérir des nouveaux équipements biomédicaux, techniques, numériques et d'hygiène et de sécurité »⁽²⁾. La direction générale de la santé impute ce faible niveau de consommation des crédits au contexte sanitaire. Si l'épidémie de Covid 19 a effectivement posé sur le fonctionnement de l'agence de santé du territoire de Wallis-et-Futuna, cette explication ne saurait cependant suffire. Le dimensionnement initial des crédits était probablement trop important et l'accompagnement administratif et technique de l'agence était insuffisant.

Le PLF prend acte de cette situation. Les AE ouverts en 2021 ne sont pas remis en cause⁽³⁾, le rythme d'exécution des CP est appelé à être redéfini et la direction générale de la santé a indiqué que « l'expertise du Conseil scientifique de l'Investissement en santé [...] devrait être mobilisée afin d'accompagner l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna » dans la réalisation de ce projet.

b. Les autres dépenses de l'action n° 19

L'action n° 19 finance d'autres mesures soutenant :

– le fonctionnement de l'agence du numérique en santé à hauteur de 0,5 million d'euros en CP et en AE, soit un montant inchangé par rapport à 2021 ;

– des tâches de conception des politiques d'offre de soins incluant des études, enquêtes et expertises à hauteur de 3,35 millions d'euros en CP et en AE, soit un montant inchangé par rapport à 2021 ;

– la gestion du processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire à hauteur de 3,2 millions d'euros en CP et en AE, soit un montant légèrement inférieur à celui ouvert en 2021 (– 0,4 million d'euros).

(1) Assemblée nationale, rapport spécial n° 3399, annexe 38, page 36.

(2) Réponse de la direction générale de la santé au questionnaire de la rapporteure spéciale.

(3) Une demande de reports sur 2022 des crédits 2021 non engagés devrait être présentée pour couvrir la phase d'investissements prévue en 2022.

2. Les autres crédits de la mission

a. L'action n° 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades : des crédits stables*

L'action n° 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* « rassemble les crédits du programme dédiés aux politiques publiques destinées à améliorer la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades et de leurs proches. Cette action concerne donc une très grande diversité de pathologies (maladies neurodégénératives, maladies liées au vieillissement, cancers, santé mentale, santé sexuelle-VIH, IST, hépatites, tuberculose, etc.) » ⁽¹⁾.

Le PLF dote cette action n° 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* d'un crédit de 50,7 millions d'euros en CP et en AE soit un montant quasiment stable en AE mais en retrait de 2,1 millions d'euros en CP par rapport à 2021.

L'essentiel de ces crédits financent la subvention pour charges de service public accordé à l'**Institut national du cancer** à hauteur de **40,52 millions d'euros** en AE et CP. Le schéma d'emplois de l'INcA s'établit à 151 ETPT dont 131 sous plafond, soit un niveau inchangé par rapport à 2021.

Les autres dépenses de l'action n° 14 intéressent la santé sexuelle (4,8 millions d'euros en CP et en AE) ⁽²⁾, la prévention des addictions (3 millions d'euros en CP et en AE), la santé mentale (1 million d'euros en CP et en AE), le traitement d'autres maladies chroniques (1,1 million d'euros en CP et en AE) et les maladies neurodégénératives (0,3 million d'euros en CP et en AE). Ces crédits sont globalement stables.

La différence de 2,1 millions d'euros en CP observée entre les crédits 2021 et le PLF 2022 s'explique par l'absence de renouvellement de la participation de l'État au financement des travaux de rénovation du Centre international de la recherche contre le cancer.

b. Les autres dépenses : les actions n° 12 *Santé des populations*, n° 15 *Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation*, n° 16 *Veille et sécurité sanitaire* et n° 17 *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins*

Les autres dépenses du programme 104 sont réparties entre quatre actions dont le montant cumulé représente 34,9 millions d'euros en CP et en AE soit un montant en légère progression (+ 1,7 million d'euros) par rapport à 2021.

(1) *Projet annuel de performance*, page 27.

(2) Ce poste recouvre les dépenses prévention des infections sexuellement transmissibles - virus de l'immunodéficience humaine, interruption volontaire de grossesse - contraception et les programmes sur les hépatites virales et la tuberculose.

i. L'action n° 15 : une légère progression

L'action n° 15 *Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation* s'établit à 27,9 millions d'euros en CP et en AE, soit un montant en progression de 1,7 million d'euros (+ 6,5 %) par rapport à 2021.

Cette action contribue principalement au financement de l'agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÈS) à hauteur de 22,5 millions d'euros en CP et en AE, soit un montant stable par rapport à 2021 ⁽¹⁾.

Cette action finance également « des dépenses d'intervention sous forme de transferts vers des organismes spécifiques en matière de nutrition et santé (collectivités territoriales, observatoire de la qualité de l'alimentation, INRAE) et en matière de santé environnement (ANSÈS, SPF, OMS, INSERM, réseau national de surveillance aérobiologique et Fredon France, ...) pour la mise en œuvre ou la poursuite de plans (plan priorité prévention, plan national santé-environnement, programme national nutrition santé, plan chlordécone) et la production d'expertises scientifiques ou de réalisation de mesures dans le domaine des risques sanitaires liés à l'environnement, à l'alimentation et la nutrition » ⁽²⁾. La croissance des crédits de l'action n° 15 est principalement imputable à la revalorisation des actions mises en œuvre dans le cadre du nouveau « Plan national santé environnement - Un environnement, une santé » (2021-2025) présenté en mai 2021.

La rapporteure spéciale a demandé la communication de la liste des structures ayant bénéficié d'un financement en 2020 et 2021 et de celles devant bénéficier d'un financement en 2022 au titre de l'action n° 15. Cette liste référence **52 structures différentes** qui sont soutenues pour des actions d'une nature et d'un montant très variables. Les mesures supportées concernent des sujets aussi divers que la biosurveillance sur la chlordécone, l'établissement d'un référentiel sur les cercueils, l'adaptation du Nutri-score à la restauration commerciale, l'impact de la fiscalité sur les boissons sucrées, la surveillance des ambrosies, les effets des UV, le cadmium dans les sols en Guyane ou les déchets d'activité de soins à risques infectieux.

Les montants engagés oscillent de 1,2 million d'euros (actions sur la toxicovigilance ou le chlordécone) à 0,0025 million d'euros (participation à la convention annuelle de l'association française des professionnels de l'eau et des déchets). **Cette liste donne le sentiment d'une certaine dispersion de l'action publique puisque, par exemple, 26 actions bénéficient d'un financement maximum de 100 000 euros.**

(1) Cette subvention représente environ 20 % du budget de l'ANSÈS qui reçoit des subventions ou des transferts d'autres programmes dont, principalement, le programme 206 Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation dépendant de la mission Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales.

(2) *Projet annuel de performances*, page 33.

ii. Les actions n^{os} 12, 16 et 17 : des crédits inchangés

Les crédits des actions n^{os} 12, 16 et 17 sont stables.

L'action n^o 12 *Santé des populations* finance à hauteur de 1,2 million d'euros en CP et en AE des actions participant à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et du plan « priorité prévention » soutenant des mesures en faveur notamment des migrants.

L'action n^o 16 *Veille et sécurité sanitaire* soutient à hauteur de 1,6 million d'euros en CP et en AE des dispositifs de préparation aux crises sanitaires, de prévention des risques infectieux émergents (dont, modestement, des actions de recherche contre la maladie de Lyme) et de gestion des alertes et des crises sanitaires.

La maladie de Lyme : un effort financier est nécessaire en faveur de la recherche

La rapporteure spéciale a présenté en mars 2021 un rapport d'information relatif au financement et à l'efficacité de la lutte contre la maladie de Lyme ⁽¹⁾. Cette étude a souligné que le financement de la politique publique de lutte contre la maladie de Lyme se caractérise par un **effort de recherche très modeste** (inférieur à 1,5 million d'euros par an) ⁽²⁾ et **insuffisamment coordonné**.

Sous-dotée, peu pilotée et déséquilibrée, **la recherche publique** contre la maladie de Lyme et les maladies transmissibles par les tiques **est en échec**. Le bilan de l'ensemble des actions du premier plan national (engagé en 2016) de lutte contre la maladie de Lyme et les maladies transmissibles par les tiques s'avère également décevant même si des progrès réels ont été observés en matière de surveillance vectorielle et de prévention.

La rapporteure spéciale appelle à **corriger les carences de ce premier plan en renforçant le soutien à la recherche publique** en relevant durablement de 1,5 million à 5 millions d'euros par an le montant annuel des crédits de recherche contre cette maladie.

En complément, une **mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a souligné les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients** et a souligné les mêmes insuffisances en matière de recherche ⁽³⁾.

Lors du prochain examen de la mission *Recherche et enseignement supérieur* du PLF, la rapporteure spéciale entend déposer un amendement commun avec M. Vincent Descoeur, Mme Nicole Trisse et Mme Jeanine Dubié visant à relever le montant des crédits affectés à la recherche contre la maladie de Lyme.

(1) Assemblée nationale, rapport d'information n^o 3937, Mme Véronique Louwagie, mars 2021.

(2) 46 projets de recherche intéressant, au sens large, la lutte contre la maladie de Lyme et les maladies transmissibles par les tiques étaient en cours en 2020 pour un montant estimé à 6,54 millions d'euros sur la période 2015-2023, soit moins de 1,5 million d'euros par an.

(3) Assemblée nationale, rapport d'information n^o 4318, M. Vincent Descoeur et Mme Nicole Trisse (rapporteurs), et Mme Jeanine Dubié (présidente) : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/lyme/115b4318_rapport-information#

L'action n° 17 *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* finance à hauteur de 4,2 millions d'euros en CP et en AE des actions relatives aux comités de protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine. En réponse aux interrogations de la rapporteure spéciale, la direction générale de la santé a précisé que « l'épidémie de Covid-19 a conduit les Comités de protection des personnes à évaluer dans l'urgence, et dans des délais extrêmement contraints, un volume important de projets de recherche impliquant la personne humaine liés au Covid-19 ». Ainsi, « entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021, 772 dossiers Covid-19 ont été examinés par les CPP » selon une procédure accélérée. Ces comités « ont également contribué aux travaux suscités par la gestion de la recherche COVID, sur la coordination de la recherche et la mise en place du comité *ad-hoc* de pilotage national des essais thérapeutiques et autres recherches »⁽¹⁾.

C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204

Six dépenses fiscales sont rattachées au programme 204 pour un montant estimé à 602 millions d'euros en 2022 en progression de 22 millions d'euros par rapport à 2021.

DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204

Dépense fiscale	Coût estimé en 2022
Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	500 millions d'euros
Taux de 10 % pour les prestations de soins dispensés par les établissements thermaux autorisés	32 millions d'euros
Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	27 millions d'euros
Exonération d'impôt sur le revenu, à hauteur de 60 jours par an, de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans certaines zones rurales ou urbaines	26 millions d'euros
Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés	11 millions d'euros
Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés	6 millions d'euros

Source : projet annuel de performances.

(1) Réponse au questionnaire de la rapporteure spéciale.

Comme pour le programme 183, le rapporteur spécial partage la recommandation de la Cour des comptes visant à « procéder à la revue des dépenses fiscales rattachées à la mission Santé afin de pouvoir évaluer leur efficacité, et étudier, le cas échéant, leur suppression ou leur évolution. » (cf. *supra*).

III. LES CRÉDITS DE LA MISSION *PLAN DE RELANCE SOUTENANT LA MISSION*

En 2022, la mission *Plan de relance* comprendra une seule mesure relative à la santé : **107,6 millions d’euros** en CP seront dédiés, au sein de l’action 2 *Jeunes* du programme 364 *Cohésion*, à la poursuite de l’effort public de formation aux métiers de la santé et du soin dans le but d’**organiser 16 000 formations supplémentaires d’infirmiers, d’aides-soignants et d’auxiliaires de vie d’ici à la fin 2022.**

Un premier crédit de 75 millions d’euros en CP et 182 millions d’euros en AE avait été ouvert en ce sens en 2021.

Si ces crédits se rapprochent, par leur esprit, de la finalité de la mission *Santé*, ils n’auraient en revanche pas pu figurer au sein de cette mission qui ne comprend pas de dépenses soutenant la formation initiale des personnels médicaux.

Par ailleurs, le plan France 2030 présenté en octobre 2021 comporte dix objectifs dont deux intéressent la mission *Santé*. L’objectif n° 6 entend favoriser l’investissement dans une alimentation saine, durable et traçable (2 milliards d’euros investis pour ces enjeux) tandis que l’objectif 7 ambitionne de produire 20 biomédicaments contre les cancers et les maladies chroniques dont celles liées à l’âge. À la date de présentation de ce rapport, les modalités de financement et de mise en œuvre de ces actions ne sont cependant pas encore connues ⁽¹⁾.

**

(1) Voir : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/10/12/presentation-du-plan-france-2030>.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa réunion du jeudi 21 octobre 2021, à 9 heures, la commission des finances a examiné les crédits de la mission Santé.

La [vidéo](#) de cette réunion est disponible sur le site de l'Assemblée nationale. Le [compte rendu](#) de cette réunion sera prochainement disponible sur le site de l'Assemblée nationale.

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

PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

Assistance publique - Hôpitaux de Paris

– M. Pierre-Emmanuel Lecerf, directeur général adjoint

Association française de narcolepsie cataplexie et hypersomnies rares et M^e Charles Joseph-Oudin (cabinet Dante)

– Mme Manon Brigandet, présidente

– M^e Charles Joseph-Oudin, avocat

Association d'Aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsivant (APESAC)

– Mme Marine Martin, présidente

Collège d'experts chargé d'instruire les demandes des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés

– M. Christophe Le Gallo, président titulaire

Commission nationale des accidents médicaux

– M. Jean Trotel, président

Ministère de la solidarité et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS) :

– M. Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale, M. Laurent Gallet, chef de service, adjoint au directeur, et leurs collaborateurs

Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de la santé (DGS) :

– Mme Danielle Metzen-Ivars, cheffe de service du service des politiques d'appui au pilotage et de soutien

– M Grégoire Rullier, chef du bureau budget, performance et contrôle interne budgétaire et comptable

– Mme Athina Aleonard, adjointe au chef du bureau budget, performance et contrôle interne budgétaire et comptable

– M. Victor Carton, en charge de la coordination des réponses aux questions parlementaires pour le programme 204

Ministères sociaux – Direction des affaires juridiques :

– Mme Dominique Geniez, chargée des fonctions d'expertise, de représentation et de coordination ainsi que de l'appui à la transformation de la fonction juridique des ministères sociaux

Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) :

- M. Sébastien Leloup, directeur
- Mme Aude de Martin de Viviés, directrice adjointe

Professeurs de droit

– M. Anne Guegan, maître de conférences habilitée à diriger des recherches en droit privé (école de droit de la Sorbonne, Paris 1), directrice du DU Droit de la Réparation du dommage corporel à l'université Panthéon-Sorbonne (Paris 1), co-directrice du master 2 Risques médicaux et responsabilités

– M. Jérôme Peigné, professeur des universités, Faculté de santé – Institut Droit et santé, université de Paris

Un questionnaire a également été transmis :

- À la Caisse nationale de l'assurance-maladie ;
- Au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ;
- Au ministère de l'Europe et des affaires étrangères,
- A l'Office français de protection des réfugiés et apatrides.

ANNEXE 1 – LES PLAFONDS DE RESSOURCES DE L'AME APPLICABLES DEPUIS LE 1^{ER} AVRIL 2021

Le plafond de ressources de l'AME correspond au plafond de ressources d'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière (ex couverture maladie universelle complémentaire). Ce plafond varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

Depuis le 1^{er} avril 2021 (arrêté du 29 mars 2021 fixant le montant du plafond de ressources de la protection complémentaire en matière de santé), les plafonds de ressources annuels sont les suivants :

- pour une personne seule en métropole : 9 041 euros ;
- pour une personne seule outre-mer : 10 062 euros ;
- pour un couple sans enfant en métropole : 13 561 euros ;
- pour un couple sans enfant outre-mer : 15 093 euros ;
- pour un couple avec un enfant mineur en métropole : 16 273 euros ;
- pour un couple avec un enfant mineur outre-mer : 18 112 euros ;
- pour un couple avec deux enfants mineurs en métropole : 18 985 euros ;
- pour un couple avec deux enfants mineurs outre-mer : 21 131 euros.

Nombre de personnes	Plafond AME en métropole		Plafond AME en outre-mer	
	Annuel	Mensuel	Annuel	Mensuel
1	9 041 €	754 €	10 062 €	838 €
2	13 561 €	1 130 €	15 093 €	1 258 €
3	16 273 €	1 356 €	18 112 €	1 509 €
4	18 985 €	1 582 €	21 131 €	1 761 €
Par personne en +	3 616 €	301 €	4 025 €	335 €

Le plafond est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'INSEE l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation (article L. 161-25 du code de la sécurité sociale).

Source : direction de la sécurité sociale.

**ANNEXE 2 – LETTRE DU 26 AOÛT 2021 DU MINISTRE DES
SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE-MALADIE SUR LES
CONDITIONS D'AFFILIATION À LA PROTECTION UNIVERSELLE
MALADIE DE CERTAINS RESSORTISSANTS AFGHANS ÉVACUÉS DE
KABOUL**



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

NIRéf. : CAB OV/CL D-21-023078

Paris, le **26 AOÛT 2021**

A

Monsieur le Directeur général de la caisse
nationale d'assurance maladie

Monsieur le Directeur des finances et de
la comptabilité de la caisse nationale
d'assurance maladie

Dans le cadre de l'opération de rapatriement « d'agents de droit local » (ADL), des citoyens afghans sont arrivés en France accompagnés de leur famille, avec un visa de long séjour, en vue de demander l'asile.

Compte tenu de l'urgence et de la précarité de la situation de ces familles, il est nécessaire de leur permettre d'accéder à la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 16 ⁶ du code de la sécurité sociale et de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code dès leur arrivée en France. La protection universelle maladie et la complémentaire santé solidaire peuvent être accordées aux personnes reconnues réfugiées ou ayant obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire. Dans l'attente de cette décision, par dérogation au délai de trois mois prévu à l'article D.160-2 du code de la sécurité sociale, ces familles peuvent bénéficier sans délai de ces dispositifs, en présentant comme justificatif leur attestation de demande d'asile.

La liste des bénéficiaires de ces procédures dérogatoires vous sera transmise à cette fin.

Nous vous informons également que des personnels civils de recrutement local (PCRL) afghans, ayant servi l'armée française, vont être prochainement accueillis en France avec leur famille. Nous vous adresserons donc un courrier ad hoc avec les règles dérogatoires à appliquer à ces personnels. Celles-ci devraient être de même nature que celles retenues en 2016.

Je vous demande de veiller à la bonne mise en œuvre de ces instructions par les directeurs et agents comptables de votre réseau.

Olivier VÉRAN

Monsieur Thomas FATOME, Directeur général
Monsieur Marc SCHOLLER, Directeur des finances
et de la comptabilité
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
50 Av. du Professeur André Lemierre
75020 Paris

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

ANNEXE 3 – NOTES DE LA DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES DES MINISTÈRES SOCIAUX ÉTABLIES SUR LA POSSIBILITÉ DE RECUEILLIR LA NATIONALITÉ DES DEMANDEURS ET DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Les deux documents reproduits ci-après émanent de la direction des affaires juridiques des ministères sociaux et analysent, à la demande du Gouvernement, l'amendement n° II-995 déposé par la rapporteure spéciale lors de l'examen de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2021. La rapporteure spéciale a obtenu ces documents dans le cadre de ses pouvoirs spéciaux et a pris en compte les recommandations formulées par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux lors de la préparation de l'amendement n° II-758 déposé par ses soins en vue de l'examen de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2022.

Le contenu des amendements II-995 et II-758 est reproduit après les deux notes.

1- CONTENU DE LA NOTE ÉTABLIE LE 6 OCTOBRE 2021 PAR LA DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES DES MINISTÈRES SOCIAUX (note communiquée le 7 octobre 2021 par le cabinet de Monsieur le ministre des solidarités et de la santé)

DAJ/6 octobre 2021

Objet : création par la loi d'un traitement de données à caractère personnel relatif au suivi de l'aide médicale d'Etat – cadre d'exercice du contrôle de constitutionnalité

La mise en œuvre, par les ministères sociaux, d'un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité le suivi des conditions d'accès, des soins dispensés, des dépenses engagées, des moyens employés pour lutter contre la fraude (organisation de « filières » au dispositif de l'AME) et des résultats du dispositif de l'AME doit pouvoir se justifier au regard de la finalité du traitement envisagé, et ce d'autant plus que ce traitement implique la collecte de données qui revêtent une sensibilité toute particulière : nationalité des demandeurs et bénéficiaires de l'AME et nature des pathologies prises en charge dans le cadre de l'AME.

1. Le juge constitutionnel, qui opère un contrôle vigilant des systèmes d'information contenant des données de santé, ne pourra être que particulièrement attentif à l'intégration de la nationalité des intéressés dans ce système

La création d'un traitement de données à caractère personnel n'est possible au plan constitutionnel que si elle poursuit un motif d'intérêt général et est mise en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif. Le Conseil constitutionnel juge ainsi « *que la liberté proclamée par l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 implique le droit au respect de la vie privée ; que, par suite, la collecte, l'enregistrement, la conservation, la consultation et la communication de données à caractère personnel doivent être justifiés par un motif d'intérêt général et mis en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif* » (décision n° 2012-652 DC du 22 mars 2012, cons. 8). Le contrôle porte sur les caractéristiques essentielles du traitement, ainsi que cela ressort de la même décision où le juge constitutionnel a censuré les dispositions qui lui étaient déférées après avoir relevé « *qu'en égard à la nature des données enregistrées, à l'ampleur de ce traitement, à ses caractéristiques techniques et aux conditions de sa consultation, les dispositions [...] [en cause] portent au droit au respect de la vie privée une atteinte qui ne peut être regardée comme proportionnée au but poursuivi.* ».

Le contrôle de constitutionnalité est opéré de manière particulièrement vigilante lorsque sont en jeu des données de santé (v. not. Décision n°2004-504 DC, 12 août 2004, cons. 5) ainsi qu'il l'a confirmé dans le cadre de sa jurisprudence récente sur les lois d'urgence sanitaire du 11 mai 2020, du 14 novembre 2020, du 31 mai 2020 et du 5 août 2021 en rappelant que « *Lorsque sont en cause des données à caractère personnel de nature médicale, une particulière vigilance doit être observée dans la conduite de ces opérations et la détermination de leurs modalités* » (CC, 11 mai 2020, décision n° 2020-800 DC ; CC, 13 novembre 2020, décision n° 2020-808 DC ; CC, 31 mai 2021, décision n° 2021-819 DC ; CC, 5 août 2021, décision n° 2021-824 DC).

L'intégration de données sur la nationalité des intéressés, conjuguée au traitement de leurs données de santé, donnera nécessairement lieu à un contrôle particulièrement approfondi du juge constitutionnel eu égard à la sensibilité de ces données, même s'il ne s'agit pas d'une démarche assimilable à celle amenant à prendre en compte une origine ethnique, qu'il a déjà eu l'occasion de censurer comme méconnaissant l'article 1^{er} de la Constitution (décision n° 2007-557 DC du 15 novembre 2007).

2. En l'espèce, si l'objectif de lutter contre le dévoiement de l'AME peut apparaître comme un motif d'intérêt général, la justification du traitement envisagé supposera une démonstration précise de la nécessité de chacune de ses composantes et un encadrement strict par la loi

Le suivi des conditions d'accès des soins dispensés pris en charge par l'AME, des dépenses engagées, des moyens employés pour lutter contre le recours injustifié au dispositif et les résultats obtenus, qui se rattachent à l'objectif de lutte contre la fraude, constitue un motif d'intérêt général susceptible de justifier

l'institution d'un traitement de données à caractère personnel (v. par exemple, poursuivant le même objectif en matière de titre d'identité et de voyage : décision n° 2012-652 DC préc., cons. 9).

La nécessité du traitement pour atteindre cet objectif doit néanmoins être vérifiée sur chacune de ses composantes et notamment des données qui y sont collectées, le traitement pouvant être admis dans son principe et l'essentiel de ses modalités tout en étant censuré sur les paramètres qui n'auraient pas été suffisamment justifiés (v. par analogie, dans la jurisprudence administrative, la décision du 28 mars 2014 du Conseil d'Etat relevant à l'appui d'une censure que « *l'administration ne fait état, dans ses écritures, d'aucune nécessité ou utilité quant au recueil des informations relatives au sexe et à la nationalité des conjoints ou partenaires des agents ; qu'en l'absence de toute justification sur ce point, la collecte de ces informations ne peut, en l'espèce, qu'être regardée comme excessive* », n° 361042).

Il importera donc, notamment sur la prise en compte de la nationalité, de justifier de la nécessité de ce paramètre, compte tenu des indices que l'on a pu collecter en ce domaine et d'indiquer, au moins à titre exploratoire, l'usage qui pourrait être fait concrètement de ces informations pour améliorer les dispositifs de lutte contre la fraude à l'AME elle-même ou l'immigration irrégulière. Une argumentation tendant à démontrer qu'aucun autre outil ne serait aussi efficace que ce traitement de données pour atteindre les objectifs que l'on s'assigne serait de nature, si elle était suffisamment étayée, à sécuriser la mesure au plan constitutionnel.

Enfin, compte tenu de la sensibilité des données personnelles mobilisées, et surtout médicales, il importe, pour favoriser l'acceptabilité du traitement au plan constitutionnel, de prévoir un encadrement strict de celui-ci dès le stade de la loi, inspiré du principe de minimisation (issu du RGPD, qui n'est pas consacré au plan constitutionnel mais irrigue l'approche générale du juge en cette matière et serait au demeurant susceptible d'être contrôlé en tant que tel, après promulgation de la loi, en cas de recours contre les textes qui préciseront les modalités de mise en œuvre du traitement).

Il pourrait à cet égard être utilement prévu une pseudonymisation des données collectées, les données identifiantes n'étant pas utiles au traitement, ainsi que des accès limités aux seuls services qui pourraient avoir à en connaître pour atteindre l'objectif poursuivi de lutte contre la fraude, et dans les limites de ce qui est nécessaire à cette fin.

2- CONTENU DE LA NOTE ÉTABLIE LE 8 JUIN 2021 PAR LA DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES DES MINISTÈRES SOCIAUX (note communiquée le 8 octobre 2021 par le cabinet de Monsieur le ministre des solidarités et de la santé)

Après avoir obtenu communication de la note du 6 octobre 2021, la rapporteure spéciale a demandé communication de la première note établie le 8 juin 2021 par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux sur ce même sujet. Ces éléments ont été transmis par courriel le 8 octobre 2021 par le cabinet de Monsieur le ministre des solidarités et de la santé. Le contenu de ce courriel est reproduit ci-après.

Bonjour

Voici les éléments d'analyse qui avaient été précédemment apportés par la DAJ :

- Le traitement de données envisagé, portant sur l'évaluation du dispositif d'AME, est à distinguer du traitement déjà existant mis en œuvre par l'Assurance maladie et ayant pour finalité la gestion des droits des demandeurs et bénéficiaires de l'AME. Il s'agit donc de deux traitements de données distincts. Ainsi, le ministère de la santé pourrait être responsable du traitement de données portant évaluation du dispositif de l'AME qui est envisagé, et ce alors même que le traitement mis en œuvre pour la gestion des droits à l'AME relève de l'Assurance maladie.
- La collecte de la nationalité des demandeurs et bénéficiaires de l'AME et de la nature des pathologies prises en charge dans le cadre de l'AME, qui constitue une donnée de santé, pose question au regard du principe de minimisation selon lequel « les données à caractère personnel doivent être [...] adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées » (article 5 1. c) du Règlement général sur la protection des données - RGPD), et ce d'autant plus qu'il s'agit en partie de données particulièrement sensibles au sens de l'article 9 du RGPD et de l'article 6 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (LIL). Ainsi, la nécessité de collecter ces données doit pouvoir se justifier au regard des finalités du traitement envisagé.
- En pratique, le traitement de ces données (nationalité et données de santé) pose également question quant à leurs modalités de collecte. En effet, ni la CNAM, ni les CPAM ne collectent des données relatives à la nationalité ou à la santé des demandeurs et bénéficiaires de l'AME. S'il s'agit de collecter ces données par l'intermédiaire de professionnels de santé, la question d'une dérogation au secret médical prévu à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est susceptible de se poser et la loi devrait dans ce cas être plus

précise sur ce point. Concernant la collecte des autres données nécessaires aux fins d'évaluation du dispositif de l'AME, il faut s'interroger sur le circuit de transmission de ces données. Si ces dernières sont transmises directement par l'Assurance maladie au ministère chargé de la santé, ce dernier devra alors être identifié comme destinataire des données du système d'information mis en œuvre par l'Assurance maladie pour la gestion des droits relevant de l'AME, ce qui n'est actuellement pas le cas dans le décret n° 2015-390 du 3 avril 2015 autorisant les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services.

- Enfin, une disposition législative, telle qu'elle avait été envisagée dans le cadre du projet de loi de finances 2021, ne se suffirait pas en elle-même pour pouvoir mettre en œuvre le traitement envisagé. En effet, conformément à l'article 6 de la LIL, « Il est interdit de traiter des données à caractère personnel qui révèlent la prétendue origine raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne physique ou de traiter des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique. Mais, en application du III de ce même article 6, « ne sont pas soumis à [cette] [...] interdiction [...] les traitements, automatisés ou non, justifiés par l'intérêt public et autorisés suivant les modalités prévues au II de l'article 31 et à l'article 32 [décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL] ». L'article 35 de la LIL précise que les actes autorisant la création d'un traitement en application des articles 31 et 32 doivent comporter un certain nombre de dispositions dont la finalité du traitement, les catégories de données à caractère personnel enregistrées et les destinataires habilités à recevoir communication de ces données. Ainsi, la mise en œuvre du traitement envisagé devrait faire l'objet d'un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL qui viendrait préciser ces caractéristiques essentielles du traitement.

C- AMENDEMENTS II-995 ET II-758 DÉPOSÉS PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE ET PLUSIEURS DE SES COLLÈGUES

- a) Amendement II-995 déposé lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2021 (mission Santé) :

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 58, insérer l'article suivant:

Mission « Santé »

Après l'article L. 253 3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 253 3 1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 253-3-1.* – Le ministre chargé de la santé est autorisé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Suivi sanitaire et financier de l'Aide médicale de l'État » ayant pour finalités le suivi des conditions d'accès, des soins dispensés, des dépenses engagées, des moyens employés pour lutter contre les tentatives de dévoiement et de fraude, et des résultats des politiques mises en œuvre dans le cadre du dispositif visé à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. La nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et les pathologies prises en charge au titre de ce dispositif figurent parmi les données recueillies.

« Chaque année, avant le 1^{er} octobre, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport présentant les données financières et les données générales en matière de santé publique recueillies au moyen du traitement automatisé de données à caractère personnel visé au premier alinéa. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à autoriser le ministre chargé de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données destiné à assurer le suivi financier et sanitaire de l'Aide médicale de l'État. Ce nouveau traitement automatisé de données permettrait de combler certaines lacunes observées dans le suivi des dépenses et des soins de l'AME. Ainsi, à l'heure actuelle :

- Aucune donnée publique ne rend compte de certains coûts attachés à l'AME (la dépense trimestrielle, l'évolution des modalités de facturation et de recouvrement, etc.). Les seuls éléments publics sont ceux publiés dans le projet annuel de performance de la mission Santé mais les données figurant dans ce document sont lacunaires ;

- Aucune donnée publique ne rend compte des soins dispensés dans le cadre de l'aide médicale d'État et des nationalités bénéficiant de ces soins alors qu'en

application de l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, des données comparables sont recueillies et publiées chaque année dans le cadre du suivi de la procédure d'admission au séjour pour soins. Tous les ans, l'Office français de l'immigration et de l'intégration adresse ainsi au Parlement un rapport complet sur les bénéficiaires de cette procédure.

Les finalités du traitement de données dont la création est proposée respectent les contraintes posées par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et notamment son article 5c relatif à la minimisation des données recueillies. Seules les données respectant les finalités définies dans l'article seraient recueillies.

Par ailleurs, il est précisé que :

- L'amendement ne prévoit pas de renvoi vers un décret en Conseil d'État puisque l'article L253-3-1 dont la création est proposée est couvert par l'article L. 253-4 du chapitre III (dispositions financières) du titre V du livre II du code de la santé publique disposant que « sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

- La création d'un traitement automatisé de données peut s'opérer par voie législative (2014-690 DC du 13 mars 2014 et 2017-637 QPC) ;

- Cet amendement relève du domaine de la loi de finances puisqu'il s'inscrit dans le cadre de l'article 34 II (7°) de la loi organique n° 2001-692 relative aux lois de finances disposant qu'une loi de finances peut « comporter toutes dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement sur la gestion des finances publiques ».

b) Amendement II-758 déposé lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2022 (mission Santé) :

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 48, insérer l'article suivant:

Mission « Santé »

Après l'article L. 253-3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 253-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 253-3-1.* – Le ministre chargé de la santé est autorisé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Suivi sanitaire et financier de l'aide médicale de l'État » ayant pour finalités le suivi des conditions

d'accès, les soins dispensés, la lutte contre les tentatives de fraude et la lutte contre la fraude à l'aide médicale de l'État.

« La nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et les pathologies prises en charge au titre de ce dispositif figurent parmi les données recueillies. Les données ainsi collectées sont rendues anonymes sauf lorsque leur usage vise à lutter contre une fraude, suspectée ou avérée, à l'aide médicale de l'État. Lorsque ces données sont collectées par l'intermédiaire d'un professionnel de santé, le secret médical n'est pas opposable.

« Chaque année, avant le 1^{er} octobre, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport exposant les données ainsi recueillies, les mesures mises en œuvre sur ce fondement, le résultat des actions engagées et leur incidence sur les finances publiques.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret précise, notamment, la durée de conservation et les conditions de mise à jour des données à caractère personnel et des informations enregistrées, les catégories de personnes pouvant y accéder et les modalités d'habilitation de celles-ci ainsi que, les conditions dans lesquelles les personnes intéressées peuvent exercer leurs droits. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à autoriser le ministre chargé de la santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données ayant pour finalités le suivi des conditions d'accès, les soins dispensés, la lutte contre les tentatives de fraude et la lutte contre la fraude à l'aide médicale de l'État. Ce nouveau traitement automatisé de données permettrait de combler certaines lacunes observées dans le suivi des dépenses et des soins de l'AME. Ainsi, à l'heure actuelle :

- La nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État n'est pas recueillie par l'assurance maladie ;
- Il n'existe pas de donnée publique rendant finement compte des soins prodigués au titre de l'AME ;
- Aucun croisement de données entre la nationalité des bénéficiaires et la nature des soins prodigués n'est possible.

Cette absence de données est regrettée par des voix exprimant des sensibilités différentes. Dans son avis n° 19-12 du 9 octobre 2019, le Défenseur des droits avait par exemple déploré « le déficit de statistiques publiques concernant les bénéficiaires de l'AME (nationalité, pathologies, non recours). Cette absence de données permet tous les fantasmes, empêche de réfléchir sereinement. ». De son

côté, la rapporteure spéciale avait déposé un premier amendement sur ce thème lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2021,

Le traitement automatisé de données proposé vise à répondre à ce manque de données. Sa création serait utile en termes sanitaires et financiers.

En termes sanitaires, ce fichier permettrait d'améliorer les politiques publiques de prévention. Si, en 2021, la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME avait été connue, le ministère des solidarités et de la santé aurait par exemple pu chercher à vacciner en priorité certains ressortissants de pays concernés par des variants du covid 19 (par exemple les personnes étrangères provenant du sous-continent indien).

En termes financiers, ce traitement de données permettrait de lutter plus efficacement contre la fraude en identifiant des atypies dans la consommation des soins et en les recoupant avec des données sur la nationalité. En 2019, un rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales a relevé des atypies en matière de soins AME concernant « les accouchements, l'insuffisance rénale chronique, les cancers et les maladies du sang », ces dernières renforçant « de façon convaincante l'hypothèse d'une migration pour soins ». Mais l'absence de données sur la nationalité des bénéficiaires de l'AME ne permet pas d'identifier d'éventuelles filières d'immigration pour soins. Pourtant, le recueil de données de ce type serait utile. En 2021, une importante filière ukrainienne de fraude à l'allocation pour demandeurs d'asile a été démantelée après que les autorités aient identifié un surcroît inexplicable de demande d'asile ukrainienne en Seine-et-Marne. Plusieurs centaines de demandes d'asile frauduleuses avaient été déposées dans le but de percevoir l'allocation pour demandeurs d'asile. Le préjudice pour l'État est proche de 2 millions d'euros.

Si la collecte de la nationalité des bénéficiaires de l'allocation pour demandeurs d'asile permet d'identifier et de démanteler des filières frauduleuses, la même chose est possible pour l'AME.

Cet amendement diffère légèrement d'un amendement proche présenté par Mme Louwagie lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2021. L'amendement présenté cette année tient compte des observations formulées par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux qui a étudié le précédent amendement.

Les principales modifications concernent :

- L'anonymisation des données collectées (sauf en matière de lutte contre la fraude),
- Le renvoi à un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, pour déterminer les modalités d'application de l'article,

- Une dérogation au secret médical pour permettre la collecte des données par l'intermédiaire d'un professionnel de santé.

Ces modifications visent à prendre davantage en compte les contraintes fixées par :

- La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

- Le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données,

- La jurisprudence du Conseil constitutionnel.

**ANNEXE 4 – LISTE DES 19 ACHATS EN LIEN AVEC LA GESTION DE
LA CRISE SANITAIRE EFFECTUÉS PAR LE MINISTÈRE DES
SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ AUPRÈS DE CABINETS DE CONSEIL
DEPUIS LE 10 FÉVRIER 2021**

	Date de notification (engagement)	Prestataire bénéficiaire	Description de la prestation	Montant total en € - TTC
1	01/03/2021	Citwell Consulting	Renfort mission d'assistance pour l'accompagnement logistique et la distribution des vaccins COVID auprès de SPF - Phase 3 - Avril 2021 (prestations et frais)	1 483 120 €
2	20/05/2021	Citwell Consulting	Prestation : Extension de l'assistance à Santé Publique France pour l'accompagnement logistique et la distribution des vaccins COVID 19 (réalisation d'une 3ème prestation complémentaire : Phase 3 vaccins) : Période allant du 03/05 au 16/07/2021.	1 480 560 €
3	25/03/2021	Accenture	Appui à SPF et la DNS à la mise en œuvre et l'évolution du SI logistique : - Prise en compte de l'évolution de la stratégie vaccinale et arrivée des nouveaux vaccins (Jansen, Sputnik V, etc.) - Mise en place du certificat de vaccination numérique / passeport vaccinal ; - Intégration de briques externes en fonction des priorités de la stratégie de vaccination - Enrichissement de DataVac selon les finalités des différents acteurs (suivi de couverture et d'efficacité vaccinale, suivi de vaccination, suivi logistique et stocks, etc.), - Intégration de VAC SI au sein de l'écosystème du SI santé (notamment pour le Passeport Vaccinal avec TousAntiCovid, avec l'ENS, avec le DMP, etc.) Période allant du 26/03 au 29/05/2021.	432 600 €
4	12/04/2021	Accenture	Accompagnement dans la réussite de la mise en œuvre d SI "Pass Sanitaire" soutenant la campagne de vaccination Covid 19 en France ("carnet de preuves" /"SI Pass") - analyse stratégique et assistance aux choix structurant, études comparatives en lien avec les chantiers européens et internationaux et plan de mise en œuvre du SI Pass Sanitaire - Appui à la 1ère phase mise en œuvre du projet et pilotage de la mission Période allant du 06/04 au 29/05/2021.	416 580 €
5	11/06/2021	Accenture	Réalisation de prestations (Lot 1 - DITP) : Accompagnement dans la mise en place du "PASS SANITAIRE" soutenant la campagne de vaccination contre la COVID 19 en France pour la période allant du 31/05/2021 au 27/08/2021.	436 980 €

	Date de notification (engagement)	Prestataire bénéficiaire	Description de la prestation	Montant total en € - TTC
6	16/06/2021	Accenture	Appui à SPF et la DNS Étude stratégique relative au système d'information (SI) Vaccination : LOT 1 Accompagnement du pôle Modernisation - Phase 4 Phase 4 (période allant du 31/05 au 27/08/2021) 1) Élaboration de la vision cible et de la pérennisation de VAC SI, en cohérence avec SI-DEP 2) Coordination du domaine Gestion de Vaccination 3) Coordination du domaine Logistique 4) Amélioration continue de la tour de contrôle des données 5) Pilotage de la mission Période allant du 31/05 au 27/08/2021.	467 220 €
7	En cours d'engagement	Accenture	Réalisation de prestations (Lot 1 - DITP) : Accompagnement dans la mise en place du "PASS SANITAIRE" soutenant la campagne de vaccination contre la COVID 19 en France pour la période allant du 20/09/2021 au 23/12/2021.	550 380 €
8	En cours d'engagement	Accenture	Appui à SPF et la DNS Étude stratégique relative au système d'information (SI) Vaccination : LOT 1 : Accompagnement du pôle Modernisation - Phase 5 -(période allant du 01/09/2021 au 23/12/2021)	439 320 €
9	01/04/2021	(UGAP) Accenture	Prestation d'assistance à la mise en œuvre du SI Pilotage du SI Vaccination (Datavac) - Phase 3 : Avril/Mai 2021	205 100 €
10	24/09/2021	(UGAP) Accenture	Prestation d'assistance à la mise en œuvre du SI Pilotage du SI Vaccination – (Datavac) - Phase 5 : 01/09/2021 au 23/12/2021	243 391 €
11	29/06/2021	(UGAP) Accenture	Prestation d'assistance à la mise en œuvre du SI Pilotage du SI Vaccination –(Datavac) - Phase 4 : Juin /Août 2021	92 047 €
12	22/02/2021	CGI France	Renfort pour sécuriser la montée en charge (et fiabiliser la remontée des stocks et besoins) de l'appliquatif Dispostock	35 857 €
13	22/03/2021	CGI France	Étude et assistance à la conduite de projet SI-DEP / SI LAB Période du 18/01 au 19/03/2021	179 295 €
14	20/05/2021	CGI France	Poursuite des travaux de l'assistance à la conduite de projet et à la coordination (soutien au Pôle Data plateforme Recherche Innovation (DAPRI) de la cellule de crise sanitaire rattachée au SGMAS– Période allant du 14/04 au 09/07/2021.	59 911 €

	Date de notification (engagement)	Prestataire bénéficiaire	Description de la prestation	Montant total en € - TTC
15	06/07/2021	CGI France	Assistance au pilotage de plusieurs SI utilisés à des fins de lutte contre l'épidémie de la Covid 19 (tels SI-DEP...) Période allant du 19/04 au 15/12/2021.	220 969 €
16	19/07/2021	CGI France	Prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage (appui au profit de la DGS) pour le pilotage opérationnel de projets SSI (sécurité pour les SI COVID) et aide à l'animation des groupes de travail internes ou externes. – Cybersécurité. Période du 19/07 au 31/12/2021.	98 270 €
17	09/03/2021	McKinsey & Orphoz	Appui Task-Force Vaccination + SpF Nouvelle phase de montée en charge du déploiement de la vaccination contre la COVID-19 - Lot 1, couvrant la période allant du 15/02 au 30/04/2021.	2 652 360 €
18	18/05/2021	McKinsey & Orphoz	Poursuite de l'accélération de la vaccination contre COVID 19 en appui à la Task Force sur les schémas logistiques, à la coordination et au pilotage stratégique au projet et à la mise en oeuvre logistique et à la coordination avec SPF - pour une période allant du 12/04 au 30/07/2021.	2 899 530 €
19	04/08/2021	McKinsey / Orphoz	Poursuite de l'accélération de la vaccination contre COVID 19 en appui à la Task Force suite aux nouvelles orientations politiques de lutte contre la COVID 19, sur le renforcement de la capacité de pilotage du volet "stratégie logistique" (contexte été), aide à la structuration et préparation déploiement logistique et pilotage performance et anticipation risques pour une période allant du 26/07/2021 au 24/09/2021	1 218 156 €
GÉNÉRAL				13 611 646 €