



N° 1745

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2023.

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 2024** (n° 1680),

PAR M. JEAN-RENÉ CAZENEUVE,
Rapporteur général
Député

ANNEXE N° 41

SANTÉ

Rapporteuse spéciale : MME VÉRONIQUE LOUWAGIE

Députée

SOMMAIRE

	Pages
PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA RAPPORTEUSE SPÉCIALE....	5
DONNÉES CLÉS	7
INTRODUCTION	9
I. LE PROGRAMME 183 <i>PROTECTION MALADIE</i> : DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EN EXPANSION CONTINUE	10
A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UN DISPOSITIF DE PLUS EN PLUS COÛTEUX EN ATTENTE D'UNE RÉFORME D'AMPLEUR	11
1. L'AME, une dépense de plus d'un milliard d'euros sans véritable pilotage	13
a. 1,3 milliard d'euros, le coût réel de l'AME en 2024	13
b. Les bénéficiaires de l'AME : un angle mort de la politique de santé publique et de l'immigration	17
2. Les réformes de l'AME : des résultats en demi-teinte.....	20
a. Des réformes bienvenues mais insuffisamment ambitieuses	20
b. Réformer substantiellement l'AME et repenser la protection santé des étrangers en situation irrégulière	22
B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE.....	23
1. Un financement stable, une activité qui retrouve son niveau normal	23
2. Un nécessaire renforcement des coopérations entre le FIVA et l'ONIAM.....	24
C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183.....	25
II. LE PROGRAMME 204 <i>PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS</i> : UNE LÉGÈRE HAUSSE DES DÉPENSES DE PRÉVENTION.....	25
A. L'ACTION N° 11 <i>PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE</i>	26
1. L'extinction bienvenue du fonds de concours supportant les dépenses en lien avec la gestion de la crise sanitaire	26
2. Les crédits de l'action n° 11 participant à la gestion des crises sanitaires.....	27
a. La pérennisation d'un système d'information adapté à la gestion de crises sanitaires..	27
b. L'indemnisation des dommages liés à la campagne de vaccination contre la Covid-19. ...	28

3. Les autres dépenses de l'action n° 11	30
a. Des dépenses composites	30
b. Le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine : un dispositif toujours éloigné de ses objectifs initiaux.....	30
B. LE PROGRAMME 204 : DES ACTIONS LIÉES À LA PRÉVENTION SANITAIRE ET À L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS	34
1. L'action n° 19 <i>Modernisation de l'offre de soins</i> : des crédits stables.....	34
a. L'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna	35
b. Les autres dépenses de l'action n° 19	35
2. Les autres crédits de la mission	36
a. L'action n° 14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades...	36
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...	38
C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204	40
III. LE PROGRAMME 379 : UN SIMPLE CANAL BUDGÉTAIRE	41
A. LA COMPENSATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES DONS DE VACCINS À DES PAYS TIERS.....	41
B. LE REVERSEMENT DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE EUROPÉENNE	42
EXAMEN EN COMMISSION	45
ANNEXE 1 – NOMBRE DE SÉJOURS DE SOINS CONCERNÉS PAR LE DÉLAI DE CARENCE DE NEUF MOIS DANS LE CADRE DE L'AME.....	65
ANNEXE 2 – NATIONALITÉS DES DEMANDEURS DU TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS.....	67
ANNEXE 3 – PROPOSITION DE RÉOLUTION DÉPOSÉE À LA SUITE DES TRAVAUX DU PRINTEMPS DE L'ÉVALUATION.....	69
PROPOSITION DE RÉOLUTION	75
PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	77

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*, **68 % des réponses étaient parvenues à la commission des finances.**

PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA RAPPORTEUSE SPÉCIALE

La **mission Santé** comprend des dépenses de santé publique ne figurant pas dans le budget de la sécurité sociale. Par conséquent, son périmètre est relativement réduit.

- Ordinairement, la mission *Santé* est composée de deux programmes :

D'une part, le **programme 183 Protection maladie** qui finance l'aide médicale de l'État (AME) et, subsidiairement, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). En 2024, les crédits du programme 183 s'élèveraient à 1 216,3 millions d'euros en AE et CP, soit un montant très proche de celui ouvert en loi de finances initiales (LFI) pour 2023 (– 0,3 %). Il est à noter que ce programme a connu une très forte augmentation entre 2022 et 2023 (+ 13 %). Pour 2024, la programmation initiale des crédits d'AME de droit commun s'élève à 1 137 millions d'euros, soit un montant en très légère baisse par rapport à 2023. Au 31 mars 2023, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élève à 422 686, soit une hausse de 33 % par rapport à 2017. Il convient d'ajouter 15 000 personnes qui seraient bénéficiaires de l'AME soins urgents. Au total, il est possible d'estimer le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des dispositifs de l'AME à près de 440 000 en 2023.

La rapporteure spéciale regrette certaines lacunes concernant le suivi des dépenses et des soins de l'AME. La nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME n'est pas recueillie par l'assurance maladie. La rapporteure spéciale estime également que l'AME de droit commun devrait être limitée aux soins urgents et à ceux liés à la lutte contre les pandémies, à la grossesse et aux vaccinations obligatoires afin d'aligner la situation française sur celle des autres pays européens.

D'autre part, le **programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**, qui porte les crédits destinés à la politique de modernisation de l'offre de soins, au pilotage de la politique de santé publique, et à la mise en œuvre de mesures de prévention et d'autres actions sanitaires. Les crédits demandés en 2024 pour le programme 204 s'élèveraient à 220,1 millions d'euros en AE et 223,4 millions d'euros en CP, soit une progression de 3,4 % par rapport à 2023. Le fonds de concours initialement créé pour prendre en charge les dépenses liées à la crise sanitaire devrait s'éteindre à la fin de l'année 2023.

● Depuis la LFI pour 2023, la mission *Santé* comporte un nouveau **programme 379** *Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)*. Ce programme recevra jusqu'en 2026 les fonds européens de relance destinés à l'investissement en santé. En 2024, les crédits ouverts sur le programme 379 s'élèveraient à 906,9 millions d'euros, ce qui correspond à une baisse significative de 53 % par rapport au précédent exercice. Comme dans la LFI pour 2023, aucun crédit n'est ouvert au titre des dons de vaccins aux pays tiers.

● En retranchant le programme 379 qui ne porte pas en tant que tel de politique publique, la mission *Santé* serait dotée de 1 439,7 millions d'euros en CP, soit un montant proche de celui ouvert en LFI pour 2023.

DONNÉES CLÉS

ÉVOLUTION EN 2024 DES CRÉDITS DE LA MISSION PAR RAPPORT À 2023

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2023	PLF 2024	Évolution 2023-2024	LFI 2023	PLF 2024	Évolution 2023-2024
Programme 204 <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	212,8	220,1	+ 3,4 %	216,1	223,4	+ 3,4 %
Programme 183 <i>Protection maladie</i>	1 220,3	1 216,3	- 0,3 %	1 220,3	1 216,3	- 0,3
Programme 379 <i>Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)</i>	1 930,4	906,9	- 53 %	1 930,4	906,9	- 53 %
Total	3 363,5	2 343,3	- 30,33	3 366,8	2 346,6	- 30,3 %

Source : commission des finances, d'après le projet de loi de finances pour 2024.

Opérateurs dans le périmètre du rapport spécial :

- **L'institut national du cancer** : le PLF pour 2024 prévoit l'attribution d'une subvention pour charges de service public de 34,5 millions d'euros, soit un montant en diminution par rapport à 2023. En effet, l'Institut national du cancer (INCa) verra sa dotation recalibrée au regard du niveau du fonds de roulement de cet opérateur. Le plafond d'emplois est maintenu à 131 ETPT, auxquels s'ajoutent 20 ETPT hors plafond. L'année 2024 marquera la montée en charge de la stratégie nationale contre les cancers.

- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail** : pour 2024, la subvention pour charges de service versée à l'ANSÈS est augmentée de 2 millions d'euros par rapport à 2023 (pour un total de 25 millions d'euros). Cette hausse est essentiellement liée à la nouvelle mission confiée à l'ANSÈS en matière de qualité de l'air et de cosmétique. L'opérateur bénéficie également de nouveaux moyens afin de financer des missions en lien avec l'organisation des Jeux olympiques et paralympiques 2024.

Nombre d'équivalents temps plein travaillé (ETPT) :

- Institut national du cancer : 131 emplois sous plafond et 20 hors plafond (inchangé par rapport à 2023).

Dépenses fiscales :

- Programme 183 : trois dépenses fiscales, 493 millions d'euros ;
- Programme 204 : six dépenses fiscales, 677 millions d'euros.

INTRODUCTION

Si les dépenses de santé sont portées presque exclusivement par la loi de financement de la sécurité sociale, 2,3 milliards d'euros finançant cette politique publique en 2024 sont inscrits sur la mission *Santé* du budget de l'État.

- Les crédits du programme 183 sont consacrés à la gestion de **l'aide médicale de l'État** (AME) et, plus marginalement, au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Hors programme 379, l'aide médicale de l'État (1,2 milliard d'euros) demeure le principal poste de dépenses de la mission puisqu'elle représente plus des trois-quarts des crédits de la mission (1,4 milliard d'euros).

- Le programme 204 porte des dépenses concourant à la **prévention, à la sécurité sanitaire et à l'organisation d'une offre de soins de qualité**. Néanmoins, comme rappelé *supra*, la majorité des dépenses publiques de santé sont retracées dans les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Par ailleurs, la politique de prévention est complétée par des dépenses figurant dans 31 autres programmes budgétaires ⁽¹⁾ ce qui laisse, *in fine*, un rôle très marginal au programme 204 dans la politique de santé publique.

Le profil de la mission *Santé* a été profondément modifié en 2022 par la création d'un programme visant à financer la mise en place de la carte Vitale biométrique (programme 378) ⁽²⁾ et d'un programme recevant les fonds européens de relance destinés à l'investissement en santé et les crédits reversés à la Sécurité sociale pour compenser le coût des dons de vaccins effectués au profit des pays tiers (programme 379) ⁽³⁾.

- Le programme 379 reverse les crédits européens perçus dans le cadre du **plan de résilience au titre du financement des dépenses d'investissement dans les établissements de santé et médico-sociaux**. Ces crédits représentent 906,9 millions d'euros. Comme dans la LFI pour 2023, aucun crédit n'est ouvert au titre de la compensation à la Sécurité sociale du coût des vaccins contre le Covid-19 qui fait néanmoins l'objet d'une action spécifique au sein du programme.

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

(2) Le programme 378 a été créé par la loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022 mais n'a pas été reconduit dans le PLF 2023.

(3) Le programme 379 a été créé par la loi n° 2022-1499 du 1er décembre 2022 de finances rectificative pour 2022.

La création d'une carte Vitale biométrique : des réflexions toujours en cours

Un nouveau programme 378 *Carte Vitale biométrique* avait été doté de 20 millions d'euros sur la mission *Santé* dans le prolongement des votes intervenus sur le projet de loi de finances rectificatives pour 2022 ⁽¹⁾. Seuls 4,3 millions d'euros ont été consommés sur ce programme en 2022, soit 21,5 % des crédits ouverts en LFR. Les crédits consommés ont été versés au groupement d'intérêt économique SESAM-Vitale qui conçoit et met en œuvre l'expérimentation « appli carte Vitale » afin de financer un certain nombre de mesures en lien avec cette dernière.

Le programme n'a pas été reconduit dans le budget 2023 car les organismes intervenant dans ces matières, en particulier la Caisse nationale d'assurance maladie, **sont financés par des crédits de l'assurance maladie**. L'**Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales ont été missionnées** pour déterminer la meilleure manière d'avancer. Dans leurs travaux publiés en avril 2023, les deux corps d'inspection ont conclu que le déploiement d'une carte Vitale biométrique comporterait d'importants « *risques juridiques et technologiques [...] et serait onéreux et mal accueilli par les professionnels et les établissements de santé* » ⁽²⁾. Le rapport d'inspection suggère de mettre en œuvre des solutions alternatives à la biométrie dont l'inscription du numéro de sécurité sociale sur les titres d'identité régaliens (cartes nationales d'identité et titres de séjour).

Dans sa globalité, la mission porte essentiellement des **dépenses d'intervention**, les dépenses de fonctionnement étant de faible ampleur. Les crédits de titre 2 représentent un montant marginal participant au processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire. La mission *Santé* comporte également des dépenses fiscales (1,17 milliard d'euros au total) considérées comme des outils de la politique de santé publique.

Hors programme 379, les crédits demandés sur la mission s'élèvent à 1,44 milliard d'euros, soit un montant stable par rapport à la LFI pour 2023. En comptabilisant le programme 379, dont les crédits sont en nette baisse par rapport à 2023, le montant des crédits ouverts chute de 30,3 %.

I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE : DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EN EXPANSION CONTINUE

Le programme 183 est doté d'un crédit de 1 216,3 millions d'euros en AE et CP, soit un montant similaire à celui ouvert en LFI pour 2023. La quasi-totalité des crédits (99,3 %) du programme abonde l'action 2 *Aide médicale de l'État*.

(1) Loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022.

(2) IGAS et IGF, *les évolutions de la carte Vitale et la carte Vitale biométrique*, avril 2023, page 23.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 183

(en millions d'euros)

	LFI 2023		PLF 2024		Évolution en valeur absolue		Évolution 2023-2024 (en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 183 <i>Protection maladie</i>	1 220,3	1 220,3	1 216,3	1 216,3	- 4	- 4	- 0,3 %	- 0,3 %
Aide médicale de l'État (action n° 2)	1 212,3	1 212,3	1 208,3	1 208,3	- 4	- 4	- 0,3 %	- 0,3 %
AME de droit commun	1 141	1 141	1 137	1 137	- 4	- 4	- 0,3 %	- 0,3 %
Soins urgents	70	70	70	70	0	0	0	0
Autres dispositifs	1	1	1	1	0	0	0	0
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (action n° 3)	8	8	8	8	0 %	0 %	0 %	0 %

Source : commission des finances, d'après le projet annuel de performances.

A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UN DISPOSITIF DE PLUS EN PLUS COÛTEUX EN ATTENTE D'UNE RÉFORME D'AMPLEUR

● Créée en 1999, l'AME est une prise en charge médicale destinée aux étrangers en situation irrégulière qui séjournent sur le territoire français (à l'exception de Mayotte où ce dispositif ne s'applique pas) de manière ininterrompue depuis au moins trois mois et ne disposant pas de revenus annuels supérieurs à un plafond de ressources déterminé (soit 9 719 euros pour une personne seule en métropole). La gestion de ce dispositif est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). L'AME est financée par le budget de l'État qui en rembourse normalement le montant intégral – hors coûts de gestion – à l'Assurance maladie. À cet égard, si fin 2018 la dette de l'État envers l'assurance maladie s'élevait à 35,3 millions d'euros, elle est désormais presque totalement apurée (0,3 million au 31 décembre 2022).

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 sur l'action 2 et près de la moitié des crédits demandés à l'échelle de la mission.

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) ;

* 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 a été transférée en 2022 au ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

(1) Ce 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 1er avril de chaque année.

(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 1er 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.

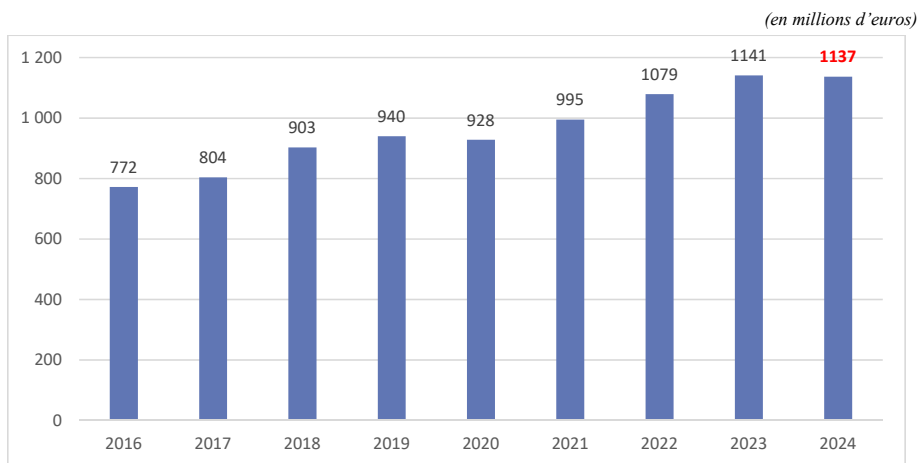
1. L'AME, une dépense de plus d'un milliard d'euros sans véritable pilotage

Le poids financier de l'AME croît de manière continue et significative depuis de nombreuses années.

Les crédits de l'AME de droit commun votés en LFI pour 2016 s'élevaient à 772 millions d'euros. En 2024, les dépenses d'AME de droit commun s'élèveraient à 1,1 milliard d'euros, soit un montant stable par rapport à 2023 du fait d'une reprise de la consommation de soins moins dynamique qu'attendu après la crise sanitaire. Toutefois, depuis 2017, la dépense d'AME de droit commun a progressé de plus de 47 %. L'évolution incontrôlable de cette dépense s'explique non seulement par **la dynamique de consommation de soins des bénéficiaires mais aussi – et surtout – par l'explosion de leur nombre au cours des dernières années** (cf. *infra*).

Pour 2024, la programmation initiale des crédits d'AME de droit commun prévue en PLF s'élève à 1 137 millions d'euros. Ce montant intègre de moindres dépenses au titre des mesures mises en place depuis 2020, dont l'introduction d'une condition de séjour irrégulier de trois mois ou encore du dépôt physique des primo-demandes d'AME en CPAM et, prochainement, d'accès aux services consulaires à la liste des bénéficiaires AME lors de l'instruction des demandes de visa.

2016-2024 : L'ÉVOLUTION DU COÛT DE L'AME



Source : commission des finances d'après les projets annuels de performances.

a. 1,3 milliard d'euros, le coût réel de l'AME en 2024

i. Les postes de dépenses d'AME

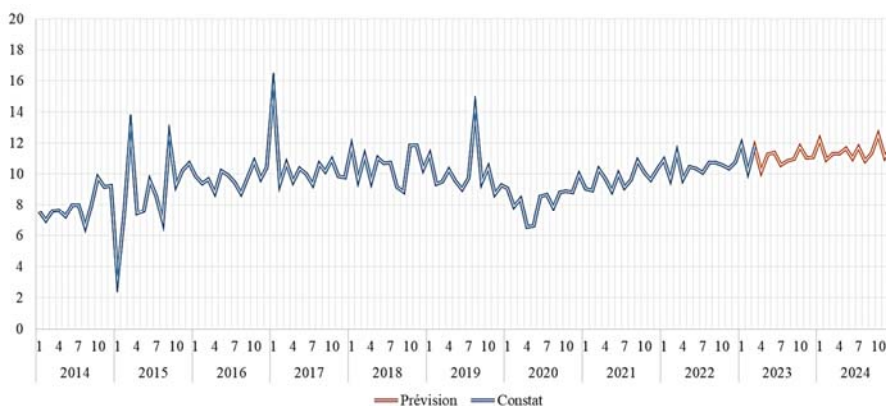
La dépense d'AME de droit commun est composée de trois principaux postes de dépenses.

● Le poste « produits de santé »

En 2024, la dépense en lien avec les produits de santé serait en baisse de 3 % par rapport à 2023. Toutefois, le nombre de consommateurs retrouverait progressivement son niveau de long terme et serait en hausse de + 0,5 % en 2024. Le poste « produits de santé » représenterait au total une dépense de 132 millions d’euros en 2024.

Les médicaments antiviraux à usage systémique, tels que les anti-VIH ou les anti-Hépatites C, représentent un cinquième des dépenses en lien avec les produits de santé (18 %). Viennent ensuite, les analgésiques (9 %), les antinéoplasiques (7 %), les médicaments contre le diabète (6 %) et les immunosuppresseurs (4 %).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES REMBOURSÉES DU POSTE « PRODUITS DE SANTÉ »



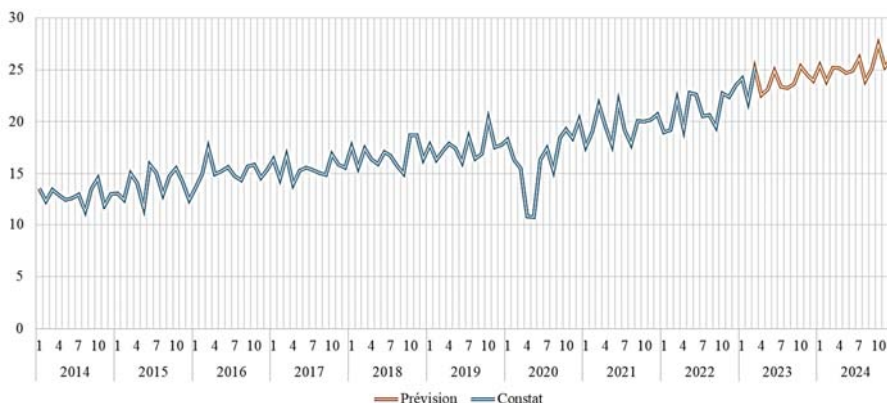
* Les valeurs présentées sur l'axe des ordonnées sont exprimées en dizaines de millions d'euros.

Source : Direction de la sécurité sociale, d'après les données de la CNAM.

● Le poste des « autres soins de ville »

Pour 2024, le poste « autres soins de ville » serait stable tandis que le taux de consommateurs progresserait légèrement (+ 1 % par rapport à 2024). Au total, la dépense du poste augmenterait de + 2,2 % pour s'établir à 292 millions d'euros en 2024.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES REMBOURSÉES DU POSTE « AUTRES SOINS DE VILLE »



* Les valeurs présentées sur l'axe des ordonnées sont exprimées en dizaines de millions d'euros.

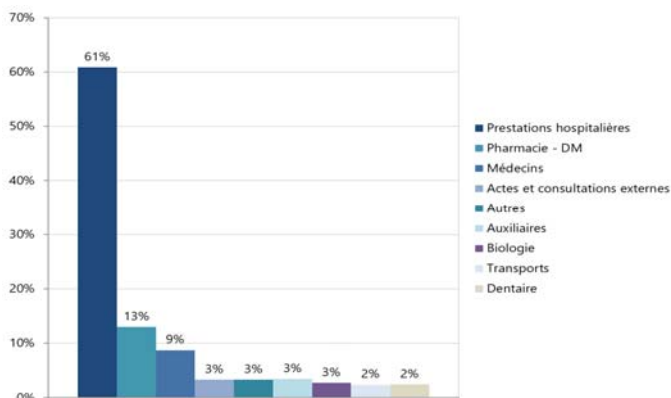
Source : Direction de la sécurité sociale, d'après les données de la CNAM.

• Les prestations hospitalières

Enfin, le poste « prestations hospitalières » se caractériserait par une hausse légèrement moins prononcée par rapport à 2023 (+ 0,3 %), tandis que le taux de consommateurs serait très dynamique pour retrouver sa tendance d'avant-crise, soit une augmentation de + 6,4 % en 2024. Au total, le taux d'évolution global du poste s'élèverait à + 8 % en 2024 pour une dépense estimée à 733 millions d'euros.

Parmi l'ensemble des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique dispensés aux bénéficiaires de l'AME en 2022, près de la moitié relèvent du champ de la médecine. Les pathologies les plus représentées au cours des séjours AME en médecine relèvent de l'hépatogastro-entérologie (14 %), de la pneumologie (14 %), du diabète, de maladie métabolique, d'endocrinologie (8 %), de neurologie médicale (8 %) ainsi que des affections cardio-vasculaires (7 %).

DÉCOMPOSITION DE LA DÉPENSE MOYENNE PAR BÉNÉFICIAIRE DE L'AME



Source : Direction de la sécurité sociale, d'après les données de la CNAM.

Un panier de soins particulièrement généreux

L'étendue des soins pris en charge dans le cadre de l'AME est beaucoup plus large que dans les autres pays européens. En 2019, le rapport conjoint de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relevait que l'AME « figure parmi les [dispositifs les] plus généreux d'Europe ». Sur les huit pays européens étudiés en détail (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède et Suisse), aucun ne propose une offre de soins gratuite comparable. Dans ces territoires, le panier de soins ouverts aux étrangers en situation irrégulière se limite le plus souvent à la prise en charge des pathologies nécessitant des soins urgents ou plus largement essentiels, à la prise en charge des femmes enceintes et des mineurs et à la prévention des infections (vaccinations obligatoires, tuberculose, VIH) ⁽¹⁾.

Outre la dépense d'AME de droit commun, le PLF pour 2024 prévoit :

- 70 millions d'euros au titre des soins urgents ;
- 1 million d'euros au titre des autres dispositifs de l'AME.

Ces montants sont stables depuis plusieurs années.

ii. Le coût réel de l'AME

Les prévisions de dépenses figurant dans les documents budgétaires ne couvrent pas la totalité du coût de l'AME. Dans le cadre des travaux conduits lors du Printemps de l'évaluation ⁽²⁾, la rapporteure spéciale a proposé d'inclure deux coûts supplémentaires liés à l'AME et évalués dans un rapport de l'IGAS et l'IGF ⁽³⁾.

D'une part, les **frais de gestion** de l'AME dans les CPAM et les hôpitaux, ces derniers étant de l'ordre de 8 % de la dépense totale engagée pour financer ce dispositif. Ainsi, la **dépense d'AME incluant les frais de gestion serait ainsi de l'ordre de 1,3 milliard d'euros en 2024.**

D'autre part, les dépenses de soins inscrites en créances irrécouvrables et qui ne sont donc pas imputées par les hôpitaux à l'AME ou aux « soins urgents » alors qu'elles ont bénéficié à des étrangers en situation irrégulière. La mission d'inspection considère que ces créances irrécouvrables conduisent à une sous-évaluation de la dépense hospitalière supérieure à 8 %. **Les créances irrécouvrables représenteraient un surcoût d'environ 50 millions d'euros.**

(1) *Inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, pages 14 et 20.*

(2) *Assemblée nationale, rapport d'information sur l'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière, n° 1244, 17 mai 2023.*

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

MONTANT PRÉVISIONNEL DE LA DÉPENSE D'AME EN 2024

(en millions d'euros)

	Montant de la dépense
AME de droit commun	1 137
Soins urgents	70
Autres dispositifs de l'AME	1
Total	1 208
Total majoré des coûts de gestion et des créances irrécouvrables des hôpitaux liées aux étrangers en situation irrégulière	1 354*

* Ce montant est une estimation.

Source : commission des finances.

b. Les bénéficiaires de l'AME : un angle mort de la politique de santé publique et de l'immigration

i. 440 000 bénéficiaires de l'AME

En préambule, la rapporteure spéciale rappelle que l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME observée chaque année n'est que le solde de plusieurs paramètres dont :

- l'arrivée de nouveaux étrangers en situation irrégulière sur le sol français qui obtiennent, une fois qu'ils en remplissent les conditions, des droits à l'AME ;
- le non-renouvellement des droits à l'AME de certains bénéficiaires ⁽¹⁾ ;
- le départ volontaire ou l'éloignement forcé d'étrangers en situation irrégulière bénéficiaires de l'AME ;
- la régularisation d'étrangers en situation irrégulière qui bénéficiaient de l'AME ;

● L'examen de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun témoigne d'une croissance modeste entre 2007 et 2011 suivie d'une progression soutenue entre 2012 et 2016 puis très dynamique depuis 2017. **Au 31 mars 2023, le nombre de bénéficiaires de l'AME s'élèverait à 422 686**, soit une augmentation de près de 133 % depuis la création du dispositif et de 33 % depuis 2017.

Parmi le nombre de bénéficiaires au premier trimestre **2023, 57 955 d'entre eux sont entrés dans le dispositif au cours du trimestre**. Cela représente environ 9 200 entrées supplémentaires dans le dispositif par rapport au premier trimestre 2022. Sur l'ensemble des bénéficiaires de l'AME au premier trimestre 2023, 27 % d'entre eux ont une durée de résidence inférieure à 1 an et **plus de la moitié sont sur le territoire depuis plus de 3 ans**.

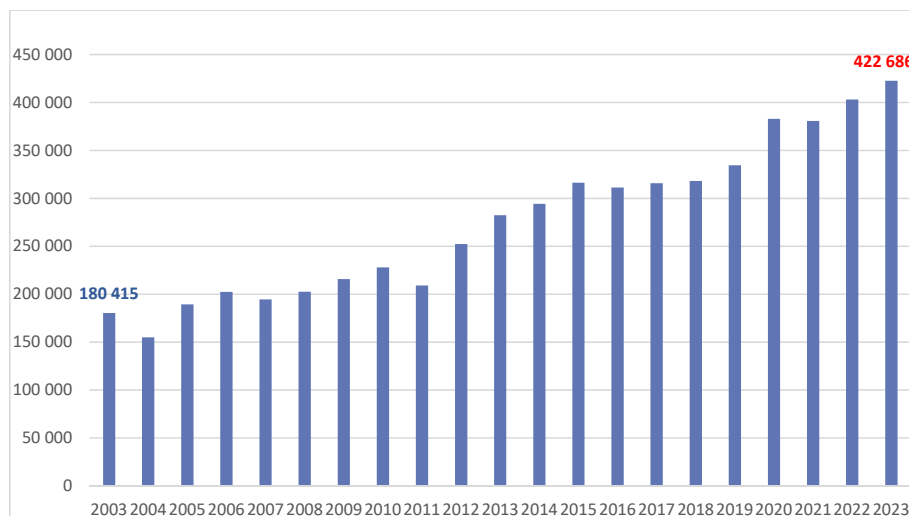
(1) L'AME est accordée pour une durée d'un an à compter de la date de dépôt de la demande.

RÉPARTITION DES EFFECTIFS SELON LA DURÉE EFFECTIVE DE RÉSIDENCE EN FRANCE, AU PREMIER TRIMESTRE 2023.

	Durée de résidence inférieure à 1 an	Durée de résidence entre 1 an et moins de 2 ans	Durée de résidence entre 2 ans et moins de 3 ans	Durée de résidence supérieure à 3 ans
2023 (1 ^{er} trimestre)	27%	11%	6%	55 %

Source : Direction de la sécurité sociale.

2002-2024, ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME DE DROIT COMMUN



Source : commission des finances, d'après les documents budgétaires.

Aux bénéficiaires de l'AME de droit commun, s'ajoutent les bénéficiaires de l'AME Soins urgents et de l'AME humanitaire.

• **15 000 personnes seraient bénéficiaires de l'AME Soins urgents en 2021**, ce qui représente une hausse de 6,2 % par rapport à 2020. Cette estimation est réalisée à partir du nombre d'hospitalisation au titre des « soins urgents » dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui s'élève à 15 672 en 2021. Ces « soins urgents » sont assurés par les hôpitaux pour les étrangers qui résident en France sans pouvoir bénéficier de l'AME (résidence inférieure à moins de trois mois, démarche pour l'obtention de l'AME droit commun non effectuée ou en cours).

● Il convient également d'ajouter environ **500 à 1 500 bénéficiaires de « l'AME humanitaire »**⁽¹⁾. Dans cette estimation, sont inclus les bénéficiaires de l'AME humanitaire mais également les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte et l'aide médicale pour les personnes gardées à vue. Ces trois dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux services déconcentrés pour le paiement des dépenses de soins directement aux professionnels et établissements de santé.

Au total, il est possible d'estimer le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des dispositifs de l'AME à plus près de 440 000 en 2023. Il est à noter qu'au premier trimestre 2023 **le nombre de renouvellements des droits à l'AME s'élevait à 47 896**, soit une augmentation de 5 % par rapport à la même période en 2022.

● Il convient de préciser que la totalité des bénéficiaires de l'AME ne consomme pas de soins. Ainsi, **en 2022, le nombre de bénéficiaires de l'AME ayant consommé effectivement des soins, soit le nombre de personnes qui ont eu au moins un remboursement en tant que bénéficiaire de l'AME, s'élève à 292 073 personnes.** Autrement dit, en 2022, 73,5 % des bénéficiaires de l'AME consomment effectivement des soins, **chaque consommateur de soins coûtant à l'État 823 euros par trimestre en moyenne.** Entre 2009 et 2019, la dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire de l'AME a augmenté au total de + 3,4 %, une évolution à rapporter à la progression de 1,6 % par an de la dépense moyenne de santé par habitant. 91 % de la croissance des dépenses est due à l'augmentation des effectifs des bénéficiaires (4,6 % de croissance annuelle moyenne) et 9 % à l'évolution de la dépense moyenne par bénéficiaire (0,3 % de croissance annuelle moyenne).

ii. Des bénéficiaires imparfaitement connus

La rapporteure spéciale rappelle que **les caractéristiques de la population des bénéficiaires de l'AME sont insuffisamment détaillées dans les documents budgétaires.** Cette opacité ne permet pas au Parlement d'évaluer de manière approfondie la soutenabilité de la dépense d'AME ni la pertinence des prévisions établies par le Gouvernement. Les seules informations communiquées dans les documents budgétaires portent sur l'âge et le sexe des bénéficiaires ainsi que les grandes caractéristiques de la consommation de soin. Néanmoins, ces données ne sont pas recoupées entre elles, ce qui ne permet pas d'en tirer des conclusions.

(1) Cette estimation repose sur les éléments suivants :

– Les soins hospitaliers prodigués sur décision du ministre de la santé concernent « chaque année moins d'une centaine de prises en charge » (projet annuel de performances de la mission Santé joint au projet de loi de finances pour 2021, page 69) ;

– Les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion et de la métropole ont bénéficié à 365 personnes non-affiliées de nationalité étrangère en 2019 (réponse du Centre hospitalier de Mayotte à la rapporteure spéciale) ;

– Des étrangers en garde à vue : ce nombre est inconnu. Cependant, vu le montant limité de cette dépense (52 521 euros en 2019), une fourchette basse de 500 à 1 000 personnes est crédible.

En 2022, la direction de la Sécurité sociale a reconnu que « *les facteurs qui expliquent les sous-jacents de l'évolution des effectifs de bénéficiaires sont difficiles à appréhender en raison du manque de données disponibles et de la méconnaissance de cette population* »⁽¹⁾.

La rapporteure spéciale déplore, en particulier, l'absence de recueil de données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME. Comme depuis l'examen des trois précédents PLF, la rapporteure spéciale a présenté un amendement visant à autoriser la collecte et l'exploitation de ces informations. 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* ».

En réponse à une question budgétaire de la rapporteure spéciale, il a été indiqué que « *la collecte de la nationalité des demandeurs et bénéficiaires de l'AME 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* ».

Le rapporteure spéciale rappelle que son amendement tient compte des observations formulées par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux qui a étudié l'amendement déposé en 2021 :

- il garantit l'anonymisation des données collectées (sauf en matière de lutte contre la fraude),
- il prévoit un 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,
- il introduit une dérogation au secret médical pour permettre la collecte des données par l'intermédiaire d'un professionnel de santé.

Il convient également de préciser que la nationalité est recueillie dans le cadre de la procédure d'admission au titre de séjour pour soins (cf. annexe 2).

2. Les réformes de l'AME : des résultats en demi-teinte

a. Des réformes bienvenues mais insuffisamment ambitieuses

En 2020, l'AME a fait l'objet de certaines adaptations utiles mais qui restent 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**⁽²⁾ ;

(1) Réponse à une question budgétaire.

(2) Article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 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. Cette obligation a néanmoins été suspendue lors du premier état d'urgence sanitaire puis, jusqu'en février 2022, du fait de la vague de contamination liée au variant Omicron ;

– **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. Dans le cadre de cette dérogation, au 16 juin 2023, les caisses d'assurance maladie ont reçu 25 demandes d'accord préalables depuis la mise en œuvre de ce dispositif le 1^{er} janvier 2021 (dernier recensement le 31 mars 2023). Sur ce total, 17 demandes ont été considérées comme irrecevables en raison d'une ancienneté à l'AME supérieure à 9 mois ou parce qu'il s'agissait d'une prestation dont la prise en charge n'est pas soumise à cette procédure. Sur les 8 demandes rentrant dans le champ de la demande d'accord préalable, on compte 7 refus et 1 accord ;

– **un délai de carence de trois mois est imposé aux demandeurs d'asile avant de pouvoir bénéficier de la protection universelle maladie** ⁽¹⁾ ;

– **la centralisation de l'instruction des demandes d'AME** s'est achevée début 2021 avec la mise en place d'un quatrième pôle. Désormais, l'ensemble des caisses d'affiliation a été réparti sur quatre pôles instructeurs (Bobigny, Marseille, Poitiers et Paris). Selon les données communiquées à la rapporteure spéciale, **cette nouvelle organisation aurait permis une réduction d'environ de 5 % des effectifs alors que le flux des demandes a progressé.**

Par ailleurs, **la réforme de la durée de maintien des droits**, entrée en vigueur en 2020, a restreint les conditions d'accès à la protection universelle maladie (PUMa) des personnes étrangères et conduit à augmenter les dépenses d'AME et de soins urgents. En effet, la durée de maintien de droits pour les personnes dont le titre de séjour a expiré a été réduite de 12 mois à 6 mois. De septembre 2019 à mars 2023, 877 830 dossiers d'assurés dont le titre de séjour était expiré depuis au moins 3 mois ont été identifiés par la CNAM. Parmi ces dossiers, 172 005 ont fait l'objet d'une décision de fermeture de droits faute de pouvoir attester de la régularité de leur situation, 45 156 sont en cours de traitement et 67 246 restent à contrôler.

Il faut également noter que **depuis le décret n° 2023-311 du 25 avril 2023**, les personnes en situation de maintien de droit à la PUMa ne disposant pas de la complémentaire santé solidaire et étant admises, sur leur demande, à bénéficier de l'AME, peuvent mettre fin par anticipation à ce maintien de droits afin de garantir la continuité de la prise en charge de leurs soins.

(1) 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.

b. Réformer substantiellement l'AME et repenser la protection santé des étrangers en situation irrégulière

La rapporteure spéciale estime que l'AME de droit commun devrait être limitée aux soins urgents et à ceux liés à la lutte contre les pandémies, à la grossesse et aux vaccinations obligatoires afin d'aligner la situation française sur celle des autres pays européens.

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 de disposer d'une intervention visant au recollement d'oreilles décollées, pour gastroplastie (pose d'un anneau gastrique) et pour d'autres interventions liées à l'obésité ⁽¹⁾. Toutefois, l'amendement conserve dans le panier de soins de l'AME les actes à visée esthétique dès lors que ceux-ci sont rattachables à un acte de chirurgie reconstructrice. Ainsi, une étrangère en situation irrégulière ayant subi une mastectomie pourra toujours bénéficier de la prise en charge d'une reconstruction mammaire.

Si une telle mesure ne peut, à elle seule, suffire à maîtriser l'évolution de la dépense d'AME, elle permettrait à tout le moins de renforcer l'acceptabilité sociale du dispositif.

• La lutte contre la fraude à l'AME pourrait également être renforcée dans les CPAM, en particulier en ce qui concerne la détention d'un visa par le bénéficiaire. L'utilisation du système de Visabio permet désormais aux caisses de s'assurer que des étrangers, en situation régulière et devant être couverts par leur État d'origine ou une assurance privée, ne bénéficient pas de l'AME ou des soins urgents ⁽²⁾. En dépit des améliorations apportées dans la gestion de l'AME, l'outil Visabio souffre de trop nombreuses insuffisances qui ne permettent pas aux agents des CPAM de lutter efficacement contre la fraude. **Un certain nombre de visas court séjour ne sont pas tracés dans Visabio**. Il s'agit des visas délivrés aux ressortissants d'Algérie, du Bangladesh, du Cameroun, de la République Démocratique du Congo, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Mali, du Maroc, du Nigeria, du Sénégal et de la Tunisie. La CNAM a exprimé, à plusieurs reprises, son besoin d'accéder à France-visas afin de pouvoir contrôler l'intégralité des visas délivrés par la France.

Selon les informations transmises à la rapporteure spéciale, **un décret dont la parution est attendue permettra aux services consulaires d'accéder à la base des bénéficiaires de l'AME de la CNAM**. L'objectif est d'empêcher l'octroi de visa aux « touristes médicaux », en permettant la détection des personnes qui bénéficieraient d'un droit AME en cours, susceptible de laisser supposer qu'elles ont besoin d'être soignées en France et souhaitent que leurs frais de santé soient alors pris en charge.

(1) La chirurgie du ventre est par exemple possible après neuf mois d'ancienneté dans l'AME lorsque le ventre est très volumineux ou flasque (notamment si le surplus de peau recouvre tout ou partie du pubis).

(2) Décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement de données VISABIO aux fins de vérifier la situation des personnes sollicitant le bénéfice des prestations prévues aux articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

• À ce titre, **la rapporteure spéciale rappelle que la pression migratoire pour des soins en France fait l'objet d'une vigilance particulière à la Direction générale des étrangers en France (DGEF)**. Après s'être atténuée durant la crise sanitaire, cette forme d'immigration montre certains signes manifestes de reprise, en particulier concernant la Géorgie.

Pour cette nationalité, le taux d'acceptation des demandes de titre de séjour est plus faible que la moyenne nationale (31 % en 2022 contre 62 % toutes nationalités confondues) alors qu'en valeur absolue le nombre de ces premières demandes augmente (767 en 2021 contre 1 160 en 2022). Ces chiffres semblent démontrer que les demandes non fondées sont en progression.

Au-delà des chiffres, les préfetures signalent des situations qui appellent à une certaine vigilance. À titre d'exemple, le préfet de la Vienne a récemment informé les services de la DGEF du fait que **le CHU de Poitiers avait procédé à plus de 4 000 consultations de patients géorgiens en 2022**. Une structure sociale adossée au centre communal d'action sociale de Poitiers et proposant notamment un accès gratuit à des prestations médicales a fait récemment l'objet d'une fermeture dans la perspective d'un **démantèlement de la filière dans le département**.

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

1. Un financement stable, une activité qui retrouve 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.

Bien que la demande globale ait été en hausse en 2022 par rapport à 2021 (18 164 demandes enregistrées soit 6 % de plus qu'en 2021) elle n'a pas retrouvé son niveau antérieur à la crise sanitaire (19 725 demandes enregistrées en 2019). Le montant total des dépenses 2022 du FIVA s'est élevé à 322 millions d'euros, dont 265 millions d'euros (contre 264,8 millions d'euros en 2021) au titre des indemnisations.

Pour 2023, **les prévisions de dépenses s'établissent à 402 millions d'euros**, dont 332 millions d'euros de dépenses d'indemnisation, hors provisions. Elles tiennent compte d'un tassement de la demande globale (17 000 demandes attendues), mais également de l'augmentation du coût moyen d'un dossier d'indemnisation compte tenu de la récente jurisprudence de la Cour de cassation relative à la nature de la rente AT-MP ⁽¹⁾.

(1) Cour de cassation, arrêts du 20 janvier 2023 (n° 20-23.673 et n° 21-23.947).

Pour 2024, la prévision repose sur une stabilité de la demande globale, avec environ 17 000 demandes attendues. **Le montant total des dépenses est ainsi estimé à 431 millions d'euros, dont 363 millions au titre des seules dépenses d'indemnisation.**

Le PLF pour 2024 prévoit un crédit de 8 millions d'euros en AE et en CP 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. La dotation de l'État finance les **dépenses de gestion de l'établissement** (personnel, frais de fonctionnement et dépenses d'investissement) ce qui représente moins de 3 % du total de ses dépenses.

**ÉVOLUTION DE LA DOTATION DE L'ÉTAT SUR LA PÉRIODE 2015-2024
(MONTANTS VOTÉS EN LOI DE FINANCES, AVANT MISE EN RÉSERVE DES CRÉDITS)**

(en millions d'euros)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant	10	13,4	8	8	8	8	8	8	8	8

Source : commission des finances, d'après les documents budgétaires.

2. Un nécessaire renforcement des coopérations entre le FIVA et l'ONIAM

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 aurait pris la forme d'une fusion des agences comptables de ces deux structures. 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.

Interrogée par la rapporteure spéciale, la direction de la Sécurité sociale a indiqué que **le renforcement des coopérations entre le FIVA et l'ONIAM restait un objectif d'actualité inscrit dans les contrats d'objectifs et de performance des deux établissements.**

(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.*

C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183

Trois dépenses fiscales sont rattachées au programme 183 *Protection maladie* pour un montant estimé à millions d’euros en 2024.

DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183

Dépense fiscale	Chiffrage 2024
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	487 millions d’euros
Exonération des indemnités versées aux victimes de l’amiante	6 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 pour 2024.

Dans sa note d’exécution budgétaire de 2023 sur la mission *Santé*, la Cour des comptes préconise 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 s’associe à cette recommandation.

La loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques prévoit que le Tome II « Voies et Moyens » du PLF comporte, à compter du PLF pour 2023, une liste de dépenses fiscales qui feront l’objet d’une évaluation dans l’année. **Le programme 183 ne fait pas partie des programmes qui seront évalués en 2024.**

Le nombre de ménages ayant perçu des indemnités versées aux victimes de l’amiante et bénéficiaires en 2022 de l’exonération de l’impôt sur le revenu est de 17 214. Ce nombre n’est pas connu pour les deux autres dépenses fiscales contribuant au programme 183.

II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS : UNE LÉGÈRE HAUSSE DES DÉPENSES DE PRÉVENTION

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 pour 2024 dote ce programme d’un **crédit de 220,1 millions d’euros en AE et de 223,4 millions d’euros en CP, soit une hausse 3,4 % par rapport à la LFI pour 2023.**

(1) Cour des comptes, note d’analyse de l’exécution budgétaire 2022 de la mission Santé.

La politique de prévention bénéficie d'une hausse des financements en 2024 à hauteur de 8 millions d'euros. Ces crédits supplémentaires permettront de renforcer notamment le plan chlordécone ou encore la stratégie nationale pour l'alimentaire, la nutrition et le climat.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 204

(en millions d'euros)

	LFI 2023		PLF 2024		Évolution en valeur absolue		Évolution 2023-2024 (en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 204 <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	212,8	216,1	220,1	223,4	8,1	7,3	+ 3,4 %	+ 3,4 %
Pilotage de la politique de santé publique (action n° 11)	66,5	68,5	69,5	71,5	3	3	+ 4,5 %	+ 4,4 %
Santé des populations (action n° 12)	1,2	1,2	1	1	- 0,2	- 0,2	- 17,9 %	- 17,9 %
Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades (action n° 14)	52,1	52,1	47	47	- 5,1	- 5,1	- 9,8	- 9,8
Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (action n° 15)	29,9	29,9	30,5	30,5	2	2	+ 1,9 %	+ 1,9 %
Veille et sécurité sanitaire (action 16)	3,6	3,6	10,8	10,8	7,2	7,2	+ 199,5 %	+ 199,5 %
Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (action n° 17)	4,4	4,4	4,4	4,4	0	0	0 %	0 %
Modernisation de l'offre de soins (action n° 19)	55,5	56,5	57	58,3	1,5	1,3	+ 3,3 %	+ 3,2 %

Source : projet annuel de performances pour 2024.

A. L'ACTION N° 11 PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le PLF pour 2024 dote l'action n° 11 de 69,5 millions d'euros en AE et de 71,5 millions d'euros en CP, ce qui correspond à une hausse de + 4,5 % par rapport au budget antérieur.

1. L'extinction bienvenue du fonds de concours supportant les dépenses en lien avec la gestion de la crise sanitaire

- Depuis 2020, le programme 204 servait 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.) relevaient ainsi de Santé publique France qui a reçu à cet effet 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 des versements complémentaires qui ont porté ses moyens à un total de 980 millions d'euros.

Ce fonds de concours supportait également 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.

Selon les informations transmises à la rapporteure spéciale, **la fin du fonds de concours a été prévue au cours du dernier trimestre 2023** et « *il est d'ores et déjà possible d'identifier le reversement d'une enveloppe de crédits résiduels qui ne seront pas consommés, à Santé publique France, fin 2023* »⁽¹⁾. La question du financement des dépenses de crise relevant du champ sanitaire en cas de nouvelles alertes est expertisée en prenant en compte l'adéquation de la mécanique du fond de concours à la nécessaire réactivité requise dans ce type de situation.

2. Les crédits de l'action n° 11 participant à la gestion des crises sanitaires

L'action n° 11 du programme 204 contribue au financement de deux mesures liées à la gestion des crises sanitaires.

a. La pérennisation d'un système d'information adapté à la gestion de crises sanitaires

Dotée de 14,4 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 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 pour 2022 prévoyait 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* ». 3,3 millions d'euros avaient alors été ouverts pour financer le lancement de l'ENDB. En 2023, 7 millions d'euros ont permis de poursuivre la mise en place de ce nouveau SI avec un travail conjoint de Santé publique France qui devrait être son principal utilisateur.

En 2024, près de 8 millions d'euros seront destinés au lancement du système d'information désormais dénommé LABOé-SI. Ce dernier est un nouveau système d'information développé dans le contexte du retour d'expérience sur la crise pandémique et de préparation des Jeux Olympiques et Paralympiques

(1) Réponses au questionnaire budgétaire.

2024. Il constitue un maillon de promotion de la fonction numérique, de recherche et d'innovation, du Ministère de la Santé et de la Prévention.

Le traitement effectué portera sur des données de résultats de tests de biologie médicale relevant d'un périmètre de pathologies circonscrit et amené à s'élargir en fonction des priorités de santé publique. **Les premiers groupes de pathologies priorités concernent les infections respiratoires aiguës (covid-19, grippe, bronchiolite) et ultérieurement les arboviroses (dengue, chikungunya, Zika).** Un module de gestion de crise devrait également être développé en 2024.

b. L'indemnisation des dommages liés à la campagne de vaccination contre la Covid-19.

Les crédits de la sous-action *Actions juridiques et contentieuses* s'élèvent à 41,6 millions d'euros en 2024, soit un montant identique à celui ouvert en 2023. Ces crédits financent l'ensemble des frais liés aux actions juridiques et contentieuses relevant de la compétence de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'offre de soins.

Le montant ouvert bénéficiera à hauteur de 4,2 millions d'euros à la direction générale de l'offre de soin (DGOS) et à hauteur de 37,4 millions d'euros à la direction générale de la santé (DGS), selon la répartition suivante :

– 5 millions d'euros au titre de dépenses de contentieux n'entrant pas dans le champ de compétence de l'ONIAM ;

– 8 millions d'euros au titre des vaccinations obligatoires et des mesures sanitaires d'urgence ;

– 24,4 millions d'euros au titre du dispositif amiable dédié à l'indemnisation des victimes de la Dépakine, géré par l'ONIAM.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS OUVERTS SUR L'ACTION N° 11

(en millions d'euros)

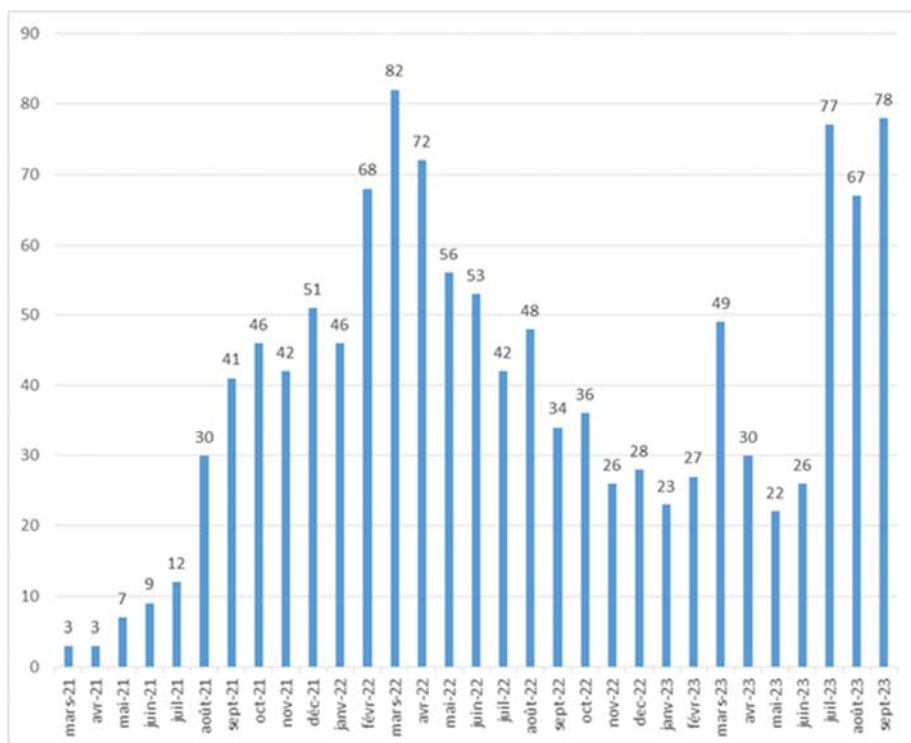
	2020	2021	2022	2023
DGOS	4,2	4,2	4,2	4,2
DGS	49	48,2	48,2	37,4

Source : Direction des affaires juridiques des ministères sociaux.

Les évolutions constatées sont essentiellement liées aux variations des crédits alloués à l'ONIAM, pour suivre l'évolution de l'exécution réelle des dispositions d'indemnisation. La DGS a indiqué à la rapporteure spéciale que les services resteraient toutefois vigilants en cours de gestion aux éventuels besoins de l'ONIAM afin d'en alerter la direction du budget.

● Conformément à la loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire ⁽¹⁾, l'ONIAM s'est vu confier une nouvelle mission liée à **l'indemnisation des conséquences dommageable d'une vaccination réalisée dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid-19**. Au 30 septembre 2023, l'ONIAM a reçu 1 246 demandes d'indemnisation amiables, concernant 1 234 dossiers relatifs à des dommages vaccinaux liés au covid-19, dont 78 nouveaux dossiers en septembre 2023.

**DEMANDES D'INDEMNISATION AU TITRE D'ACCIDENTS VACCINAUX
CONTRE LE COVID-19**



Source : ONIAM.

L'évaluation du volume d'indemnisation retenue au budget initial 2023 a été reconduite pour 2024. Cette évaluation est fondée sur l'hypothèse d'un cas donnant lieu à une indemnisation moyenne de 10 000 euros pour 100 000 injections (soit 1 500 dossiers indemnifiables au rythme moyen de 100 par an).

(1) Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

3. Les autres dépenses de l'action n° 11

a. Des dépenses composites

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 4,5 millions d'euros en AE et 6,5 millions d'euros en CP 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 millions d'euros en CP, soit un montant stable par rapport à 2023. Un crédit de 1,6 million d'euros en AE et en CP finance différentes études et recherches. Un crédit de 0,35 million d'euros en AE et en CP 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 n° 11 finance également le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine sur lequel la rapporteure spéciale 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**.

i. Un dispositif qui souffre encore de trop nombreuses insuffisances

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⁾. Cette nouvelle organisation a mis fin à certaines rigidités et constitue un progrès certain.

Au 30 juin 2023, le montant total des offres proposées par l'ONIAM dans le cadre de ce dispositif s'élève à 42,9 millions d'euros. **Au 30 juin 2023, l'ONIAM a reçu, depuis la mise en place du dispositif amiable d'indemnisation des victimes de la Dépakine, 895 demandes de victimes directes et 2 922 demandes de victimes indirectes, soit un total 3 817 demandes d'indemnisation.** Depuis la fusion des anciennes instances et la relance des travaux du collège d'experts en octobre 2021, le nombre total de dossiers clos par l'instance unique depuis la

(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.

création du dispositif en 2017 a concerné 2 316 personnes (soit 62 % des dossiers de demandes d'indemnisation).

À ce jour, il reste encore moins de 200 dossiers d'indemnisation. Le collège estime qu'à l'automne 2024 l'instruction des demandes d'indemnisation initiales reçues par l'ONIAM devrait être terminée.

EXÉCUTION PRÉVISIONNELLE DU BUDGET DE L'ONIAM EN 2023

Dotation État - Programme 204	Budget initial 2023		Exécution au 31/08/2023	
	AE	CP	AE	CP
Personnel	1 000 000	1 000 000	666 667	666 667
<i>dont benfluorex</i>	180 000	180 000	120 000	120 000
<i>dont dékapine</i>	820 000	820 000	546 667	546 667
Rémunération membre des instances	400 000	400 000	193 055	193 055
<i>dont benfluorex</i>	133 333	133 333	64 352	64 352
<i>dont dékapine</i>	266 667	266 667	128 703	128 703
Fonctionnement Benfluorex & Dépakine	539 000	539 000	359 333	359 333
<i>dont benfluorex</i>	139 000	139 000	92 667	92 667
<i>dont dépagine</i>	400 000	400 000	266 667	266 667
Indemnisations	54 185 338	29 141 000	11 864 520	14 277 642
<i>VO</i>	3 866 243	3 877 289	1 016 366	1 134 631
<i>MSU hors covid</i>	6 484 000	2 670 378	4 509 569	4 739 608
<i>MSU COVID</i>	3 000 000	1 000 000	418 549	308 273
<i>DPK</i>	40 835 095	21 593 333	5 920 036	8 095 131
Total général	56 124 338	31 080 000	13 083 575	15 496 697

Source : ONIAM.

En 2024, la dotation à l'ONIAM au titre du dispositif « Dépakine » a été maintenue à hauteur de 24,40 millions d'euros.

• La rapporteure est également attentive aux **effets potentiellement transgénérationnels de la Dépakine** qui pourraient élargir le nombre de victimes susceptibles d'être indemnisées. En effet, le valproate de sodium pourrait provoquer des malformations et des troubles neurologiques sur les générations suivantes ⁽¹⁾.

Interrogée par la rapporteure spéciale, l'ANSM a indiqué que « *les données existantes demeurent insuffisantes pour établir une conclusion sur l'effet transgénérationnel avéré du valproate durant la grossesse* » ⁽²⁾. L'institut pour la recherche en santé publique a été chargé par le ministère de la Santé et de la Prévention d'organiser un programme de soutien à la recherche sur l'exposition *in utero* aux médicaments antiépileptiques et leurs conséquences sanitaires sur la descendance. L'appel à projets a été publié en février 2023 et l'annonce des éventuelles nouvelles études qui vont être mobilisées devrait être réalisée à la fin de l'année 2023.

(1) Birth Defects Research, transgenerational adverse effects of valproate ? A patient report from 90 affected families, 202.

(2) Réponses écrites de l'ANSM.

ii. La nécessité d'identifier l'ensemble des victimes potentielles

• En 2016, à la suite de la conformation scientifique de l'augmentation des troubles neuro-développementaux chez les enfants exposés *in utero* à l'acide valproïque, **la CNAM a envoyé une campagne de courriers ciblés aux prescripteurs libéraux et hospitaliers ainsi qu'aux patientes afin de les alerter sur ces risques.** Ainsi, la CNAM a envoyé une salve de courriers à :

- 90 000 femmes majeures en âge de procréer (18-49 ans) ;
- 28 000 professionnels de santé libéraux, avec la liste nominative des patientes concernées (15-49 ans) et la mention d'une éventuelle grossesse ;
- 2 800 établissements de santé.

Néanmoins, devant la persistance d'un nombre encore trop important de grossesses exposées, l'ANSM et la CNAM ont décidé de refaire une campagne de courriers ciblés, à destination des prescripteurs libéraux et hospitaliers, identifiés dans les bases de données comme étant à l'origine de prescription de valproate à une ou plusieurs femmes en âge de procréer.

Ainsi, début septembre 2022 la CNAM a envoyé un courrier rappelant les contre-indications et des conditions de prescription. :

– aux médecins libéraux qui ont prescrit du valproate à au moins une femme en âge de procréer au cours des 12 derniers mois ;

– aux établissements de soins pour les prescripteurs hospitaliers ayant prescrit du valproate à au moins une femme en âge de procréer au cours des 12 derniers mois.

• S'agissant des victimes potentielles, la rapporteure spéciale a interrogé la CNAM au sujet de **la possibilité d'identifier les victimes potentielles de la Dépakine.**

En octobre 2018, la ministre de la santé a sollicité la CNAM pour retrouver les victimes à partir des bases de données de l'assurance maladie. Puisque les bases nominatives de l'assurance maladie n'ont qu'une profondeur de deux ans, cette opération ne pouvait couvrir que la période entre 2016 et 2018.

Il convenait d'identifier dans les bases de l'assurance maladie les femmes exposées au valproate de sodium pendant leur grossesse afin de leur fournir une information ciblée sur le recours au dispositif amiable de l'ONIAM. La CNAM a décidé de cibler toutes les femmes ayant consommé du valproate sur les deux années disponibles (2016-2018) et de leur envoyer un courrier d'information sur le recours possible à l'ONIAM, en faisant l'hypothèse que si elles prenaient ce traitement pendant cette période, il était probable qu'elles le prenaient aussi avant, compte tenu du caractère chronique de ce traitement. **Ainsi, en octobre 2019, 1,2 million de femmes avaient été identifiées.**

L'envoi était programmé en six vagues de 200 000 courriers, pour permettre à l'ONIAM d'absorber le flux de demandes d'information. Toutefois, la crise sanitaire n'a pas permis l'aboutissement de la démarche.

La rapporteure spéciale souhaite que cette campagne soit menée à son terme. La communication pourrait être élargie à toutes les femmes nées entre 1967 et 1995 prenant actuellement un traitement antiépileptique.

La rapporteure spéciale rappelle que l'ONIAM estimait en 2016 à 10 290 le nombre total de victimes qui pouvaient être indemnisées par le dispositif. Il est aussi très inférieur aux prévisions scientifiques établies depuis : la CNAM et l'ANSM considèrent qu'entre 2 150 et 4 100 enfants ont développé une malformation majeure et qu'entre 16 600 enfants et 30 400 enfants ont été atteints de troubles mentaux ou du comportement entre 1967 et 2016 du fait de l'exposition au valproate de sodium pendant la grossesse ⁽¹⁾.

iii. La position du laboratoire Sanofi

Au contentieux, le laboratoire Sanofi réfute systématiquement tout comportement fautif de sa part dans les dommages causés par le valproate de sodium. Par ailleurs, le laboratoire refuse de s'impliquer dans l'indemnisation amiable des victimes de sorte que l'ONIAM est contraint de se substituer au responsable. Le laboratoire conteste systématiquement les titres de recouvrement émis par l'ONIAM, empêchant toute action de recouvrement y compris celle conduisant à l'exécution forcée du titre.

Au 30 juin 2023, le montant des titres à recouvrer par l'ONIAM auprès du Laboratoire SANOFI s'élève à près de 42,7 millions d'euros. À cette date, 438 procédures ont été enregistrées par le service en charge du valproate de l'ONIAM. S'ajoutent également les dépenses d'avocat supportées par l'établissement pour chacune des instances ouvertes. Sur la période du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2023, l'ONIAM a dépensé un total de 961 224 euros en honoraires d'avocats avec la progression suivante.

iv. La gestion des dossiers dits « en doublon »

La gestion des dossiers dits « en doublon » conduit l'ONIAM à poursuivre l'examen de demandes d'indemnisation amiable présentées par des victimes, même si ces dernières saisissent parallèlement les juridictions administratives et/ou judiciaires, tant qu'aucune décision juridictionnelle irrévocable n'est intervenue.

Pour clarifier la gestion de ces dossiers, à la suite de l'adoption d'une orientation par le conseil d'orientation Dépakine du 7 mars 2023 *relative à la gestion par l'ONIAM des demandes d'indemnisation présentées à la fois devant le dispositif amiable et les juridictions civile ou administrative*, le conseil d'administration de l'ONIAM a adopté, le 14 mars 2023, une délibération dont il ressort que :

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

– l’ONIAM peut faire une offre amiable tant qu’une décision juridictionnelle irrévocable n’est pas intervenue (c’est-à-dire une décision ne pouvant faire l’objet d’aucune voie de réformation devant une juridiction d’appel ou de cassation), étant précisé que deux juges peuvent intervenir, l’administratif pour la responsabilité de l’État et le judiciaire pour la responsabilité du prescripteur et du laboratoire ;

– l’acceptation d’une offre amiable met fin aux procédures juridictionnelles en cours. Les services de l’ONIAM procèdent à un chiffrage sur le fondement de l’avis du Collège d’experts, puis à une déduction globale de ce chiffrage des sommes perçues par les victimes en exécution de décisions de justice par les différents responsables, et ce sans avoir à tenir compte (tant au stade de l’offre qu’au stade de l’exécution) de la répartition des responsabilités et des préjudices pris en compte par les juges, dès lors que l’offre de l’ONIAM est globale. Seules l’aggravation de préjudices ou l’existence de préjudices nouveaux (existence qui ne se confond pas avec la présentation de nouvelles pièces que les parties auraient omis de produire précédemment) conduit l’ONIAM à examiner une nouvelle demande d’indemnisation.

Cette situation ne concernerait qu’une dizaine de dossiers mais reste problématique pour l’indemnisation des victimes.

B. LE PROGRAMME 204 : DES 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 150,6 millions d’euros en AE et 151,9 millions d’euros en CP soit un montant en progression par rapport à 2022 (+ 2,9 % en AE et CP). 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 stables

Le PLF pour 2024 prévoit un crédit de 57 millions d’euros en AE et 58,3 millions d’euros en CP 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 efficience »⁽¹⁾.

(1) *Projet annuel de performances pour 2024.*

a. L'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna

L'essentiel des crédits de l'action n° 19 (49,6 millions d'euros en AE et 50,9 millions d'euros en CP) est affecté au financement de l'agence de santé du territoire des îles de Wallis et Futuna.

Au 31 août 2023, la part de subvention versée à l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna s'élève à 37,3 millions d'euros, ce qui correspond à 80 % de la dotation ouverte en 2023 (40 % de la dotation ont été versés en janvier et 40 % en avril). Un troisième versement de 9,3 millions d'euros a été effectué fin septembre, portant le montant versé à l'Agence à 46,6 millions d'euros, soit la totalité de la dotation.

La LFI pour 2021 avait prévu une dotation exceptionnelle de 45 millions d'euros au bénéfice de cette agence de santé. Cette dotation exceptionnelle visait à répondre aux importantes difficultés sanitaires de ce territoire. En effet, l'état de santé de la population de l'île est particulièrement dégradé (avec un taux d'obésité de 60 %) et la situation des bâtiments de l'agence est critique. Pour consommer cette dotation exceptionnelle, l'Agence a bénéficié de l'appui technique du Conseil scientifique de l'investissement en Santé mis en place par la circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 ⁽¹⁾. L'expertise du CSIS a permis à l'Agence de santé de formaliser un appel d'offres d'assistance à maîtrise d'ouvrage qui devrait permettre un accompagnement dans les différentes phases de travaux des deux établissements à reconstruire. Depuis octobre 2022, un programmiste appuie également l'Agence de santé dans les travaux de modernisation des infrastructures hospitalières. En 2022, un ingénieur hospitalier a été recruté pour le pilotage du projet immobilier et du plan pluriannuel d'investissement en cours de finalisation.

L'évolution du besoin de financement requis pour la reconstruction des deux établissements et le désamiantage de l'un d'entre eux est toujours en cours, **un besoin de financement évalué entre 80 et 120 millions d'euros**. Les études en cours devraient permettre de conforter ce chiffrage et de programmer en différentes phases les financements requis à compter de 2025.

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 (ANS)** à hauteur de 0,5 million d'euros en CP et en AE, soit un montant inchangé par rapport à 2023. L'ANS, constituée sous forme de groupement d'intérêt public, a pour mission de rationaliser l'organisation et le fonctionnement des systèmes d'information de santé. Cette agence est financée principalement par des crédits de l'assurance maladie ;

(1) *Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.*

– **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 AE et en CP, soit un montant inchangé par rapport à 2023. L’essentiel de ces crédits (2,3 millions d’euros) est destiné au financement du programme PHARE de performance des achats hospitaliers qui soutient la montée en puissance des groupements hospitaliers de territoires (GHT) ;

– **la gestion du processus de délivrance des certifications professionnelles dans le champ sanitaire** à hauteur de 3,5 millions d’euros en AE et en CP, soit un montant inchangé par rapport au budget antérieur. Ces crédits financent essentiellement le paiement de frais de jury et la rémunération des membres qui a été revalorisée en août 2023.

2. Les autres crédits de la mission

a. L’action n° 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades*

Le PLF pour 2024 dote l’action n° 14 *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* d’un crédit de 47 millions d’euros, soit un montant en baisse de 5,1 millions d’euros par rapport au budget 2023.

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.).

• **Une grande partie des crédits prévus sur l’action n° 14 financent la subvention pour charges de service public accordé à l’Institut national du cancer (INCa).** La dotation de l’INCA a été recalibrée à hauteur de 34,5 millions d’euros en 2024, soit une baisse de 6 millions d’euros par rapport à 2023. Cette diminution s’explique par l’évolution des besoins couverts par la subvention pour charges de service public, et son niveau élevé de trésorerie. À partir de 2025, la subvention de l’opérateur devrait être augmentée de 5 millions d’euros en lien avec la montée en charge de la stratégie décennale contre le cancer.

Le schéma d’emplois de l’INCA s’établit à 151 ETPT dont 131 sous plafond, soit un niveau inchangé par rapport à 2023.

• Les autres dépenses de l’action n° 14 intéressent la santé sexuelle (4,9 millions d’euros en CP et en AE) ⁽¹⁾, la prévention des addictions (4,26 millions d’euros en CP et en AE), la santé mentale (1,2 million d’euros en CP et en AE), le

(1) 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.

traitement d'autres maladies chroniques (1,8 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 en légère progression par rapport à 2023.

En 2024, des crédits spécifiques sont prévus pour soutenir un programme d'études visant à permettre l'accès au droit à l'oubli pour des pathologies autres que cancéreuses et l'accès à la grille de référence pour davantage de pathologies dans le cadre du dispositif « S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » (AERAS).

La loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur instaure un droit à l'oubli dans un délai de 5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique pour tous les cancers et l'hépatite C. Le droit à l'oubli se traduit par l'absence d'obligation de déclarer la pathologie à l'assureur.

Dans ce cadre, un plan d'action a été arrêté par les parties à la convention AERAS. Sa mise en œuvre requiert que des études soient conduites sur une liste de pathologies qui pourraient rentrer dans le champ du droit à l'oubli ou de la grille de référence AERAS. Cette grille, qui permet d'assurer son emprunt dans des conditions proches des standards du marché, est en effet régulièrement actualisée en fonction des avancées thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles.

Des études sur les pathologies suivantes doivent être développées et soutenues budgétairement :

- cancers de bon pronostic ;
- hémophilies, maladies rares de la coagulation ;
- diabète de types 1 et 2 ;
- épilepsie ;
- insuffisance rénale chronique terminale ;
- maladies chroniques inflammatoires de l'intestin ;
- maladies rares ;
- étude « risques invalidité-incapacité de travail ».

L'impact financier global de la démarche engagée est de 1,2 million d'euros sur une période de trois ans (0,7 million d'euros en 2024, puis 0,3 million d'euros en 2025 et 0,2 million d'euros en 2026).

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 46,7 millions d’euros en AE et en CP, soit un montant en légère progression par rapport à 2023.

i. L’action n° 15 : de nouvelles missions pour l’ANSèS

L’action n° 15 *Prévention des risques liés à l’environnement et à l’alimentation* s’établit à 30,5 millions d’euros en AE et CP, soit un montant en progression de 2 % par rapport à la LFI pour 2022. Cette action contribue principalement au financement de **l’agence nationale de sécurité sanitaire, de l’alimentation, de l’environnement et du travail (ANSèS)** ⁽¹⁾, à hauteur de 25 millions d’euros en CP et en AE, soit un montant en hausse de 8,7 % par rapport à 2023 ⁽²⁾.

● En 2024, l’agence sera caractérisée par une hausse importante de sa masse salariale et affecté par le niveau élevé d’inflation qui aura un effet à la hausse sur les dépenses de fonctionnement courant. L’ANSèS sera également fortement mobilisée dans le cadre des jeux olympiques et paralympiques en tant notamment que laboratoire d’analyse de premier niveau en matière de sécurité sanitaire des aliments.

Il convient de noter que la subvention sera revalorisée de 2,3 millions d’euros en 2024 au titre des activités portées par le programme 204 dont :

– 1,8 million d’euros pour financer des nouvelles missions relatives aux cosmétiques et produits de tatouage ainsi qu’à l’Observatoire de la qualité de l’environnement intérieur ;

– 0,2 million d’euros en lien avec l’ouverture d’un nouveau dispositif de toxicovigilance en Guyane en 2024 ;

– 0,2 million d’euros afin de contribuer au financement de la refonte d’un outil informatique dédié à l’instruction des demandes d’agrément des laboratoires pour la réalisation des prélèvements et des analyses du contrôle sanitaire des eaux ;

– 0,1 million pour consolider le réseau le réseau de surveillance constitué sur le territoire national pour détecter le covid dans les eaux usées.

(1) Le transfert du financement de l’ANSèS à l’assurance maladie à hauteur de 156,10 M€ a eu lieu en 2020. Son financement par le P204 n’est que subsidiaire.

(2) 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.

● L'action n° 15 participe au financement du **plan chlordécone IV** pour un montant de 0,82 million d'euros.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DU PLAN CHLORDÉCONE IV

(en milliers d'euros)

Année	2021	2022	2023	2024
Montant demandé en LFI	396	820	816	816

Source : commission des finances, d'après les documents budgétaires.

Un certain nombre de mesures ont été mises en place dans le cadre du plan chlordécone :

– l'analyse de chlordécone dans le sang est gratuite pour tous avec un parcours d'accompagnement gradué en fonction des résultats d'analyses ;

– les analyses de sols sont gratuites pour les agriculteurs et les particuliers ;

– une aide financière aux pêcheurs impactés par cette pollution (344 pêcheurs en ont bénéficié en 2022) ;

– le déploiement du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides opérationnel, et son accès est facilité par la reconnaissance du cancer de la prostate comme maladie professionnelle liée à une exposition aux pesticides depuis fin 2021 ;

– de nombreux travaux de recherche sont engagés et ; récemment, un appel à projets dédié a permis de sélectionner 6 projets sur la dépollution des sols.

ii. Les actions n^{os} 12, 16 et 17

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

● L'action n° 12 *Santé des populations* finance à hauteur d'1 million d'euros en CP et en AE des actions participant à la mise en œuvre de la **stratégie nationale de santé et du plan « priorité prévention »** soutenant des mesures en faveur notamment des personnes migrantes. L'action finance également des associations œuvrant dans le champ de la santé, notamment de la santé des populations en difficulté, pour un total de 0,96 million d'euros en 2024. Par exemple, ces crédits financent des actions en direction des personnes migrantes, exilées ou encore des populations roms et des gens du voyage. 0,1 million d'euros sont destinés à la santé de la mère et de l'enfant, en particulier pour soutenir des mesures s'inscrivant dans le cadre de la feuille de route interministérielle des 1 000 premiers jours de l'enfant.

● Les crédits de l'action n° 16 *Veille et sécurité sanitaire* s'élèvent à 10,1 millions d'euros, soit un montant en très forte progression par rapport à 2023 (+ 7,2 millions d'euros).

L'action n° 16 finance, pour un montant très modeste (0,4 million d'euros), la lutte anti-vectorielle et des actions de recherche contre la maladie de Lyme. À ce titre, le pilotage du plan national de lutte contre la maladie de Lyme et les maladies transmissibles par les tiques semble toujours insuffisamment coordonné.

Des crédits seront également destinés à la préparation des crises sanitaires à travers notamment :

- des exercices de crise du ministère et de formation ;
- des numéros verts gérés par une plateforme téléphonique de réponse aux alertes sanitaires d'ampleur nationale.

À la suite d'un appel à projet de la commission européenne, **un projet a été mis en place dans l'objectif de constituer, stocker et assurer un déstockage urgent en cas de crise liée aux risques NRBC** (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques). Cette nouvelle mission est financée à hauteur de 7,2 millions d'euros, et explique ainsi l'essentiel de l'augmentation constatée du montant de l'action.

• L'action n° 17 *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* finance à hauteur de 4,4 millions d'euros en CP et en AE, soit un montant en très légère hausse par rapport à 2023, des **actions relatives aux comités de protection des personnes (CPP)**. La mission de ces comités est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bien-fondé d'un projet de recherche.

0,3 million d'euros seront destinés à des actions en faveur de la lutte contre l'antibio-résistance et les infections associées aux soins.

C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204

Six dépenses fiscales sont rattachées au programme 204 pour un montant estimé à 677 millions d'euros en 2024, soit un montant en progression de 21 millions d'euros par rapport à 2023.

DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204

Dépense fiscale	Coût estimé en 2024
Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	580 millions d'euros
Taux de 10 % pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés	10 millions d'euros
Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	38 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	28 millions d'euros
Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés	6 millions d'euros
Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés	15 millions d'euros

Source : projet annuel de performances pour 2024.

Le nombre de bénéficiaires de ces dépenses fiscales demeure mal connu : le nombre de bénéficiaires n'est précisé dans les documents budgétaires que pour une dépense sur six.

Comme pour le programme 183, la rapporteure spéciale 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.

III. LE PROGRAMME 379 : UN SIMPLE CANAL BUDGÉTAIRE

A. LA COMPENSATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES DONS DE VACCINS À DES PAYS TIERS

Comment en 2023, l'action n° 1 du programme n'est dotée d'aucun crédit dans le budget 2024. **Cette action sert de canal budgétaire pour la compensation à la Sécurité sociale des éventuelles demandes de dons.**

En 2023, plus de 10 millions de doses ont déjà été données au 30 juin 2023, pour une valorisation de 196 millions d'euros, et d'ici à la fin de l'année ce sont 14,5 millions de doses au total qui devraient être données, pour une valorisation d'environ 270 millions d'euros. Pour la période entre 2024 et 2027, le volume prévisionnel de dons est estimé à la baisse et devrait être compris entre 2 à 4 millions de doses par an, pour un montant médian de 59 millions d'euros.

LES DONS DE VACCINS DEPUIS 2021

Dons	Réalisé		Projection				
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Nombre de doses (en millions de doses)	47,1	40,2	14,5	3	3	3	3
Valorisation (en millions d'euros)	384	464	270	59	59	59	59

Source : Direction de la sécurité sociale.

Ces dons sont passés par le mécanisme COVAX mais également par des échanges bilatéraux. Ils sont réalisés avec les vaccins achetés par Santé publique France qui ont été financé par les dotations exceptionnelles versées à l'opérateur par l'assurance maladie.

COVAX

Créée en septembre 2020, COVAX (Covid-19 Vaccines Global Access Facility), est une initiative internationale sous la forme de partenariat public-privé visant à assurer un accès équitable à la vaccination contre la Covid-19. Le programme est dirigé conjointement par Gavi (l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation), l'Organisation mondiale de la santé et la fondation CEPI (Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies).

Les doses qui ont jusqu'ici fait l'objet de dons ont notamment bénéficié à **des pays d'Asie du Sud-Est et à des pays africains.**

B. LE REVERSEMENT DES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE EUROPÉENNE

Les crédits demandés pour le programme 379 s'inscrivent dans le cadre de la relance de l'investissement en santé, qui est soutenue par une enveloppe d'investissement de 19 milliards d'euros sur dix ans. Sur ce total, 6 milliards sur cinq ans sont consacrés au soutien de l'investissement dans le système de santé français à travers trois volets :

- le soutien aux projets d'investissement dans les établissements de santé (2,5 milliards d'euros) ;

- le soutien aux projets d'investissement dans les établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD (1,5 milliard d'euros) ;

- le soutien aux projets d'amélioration des outils numériques en santé (2 milliards d'euros)

L'action n° 2 du programme 379 est abondée de 906,9 millions d'euros en 2024. La totalité des crédits ouverts en LFI pour 2023 au titre du Ségur investissement, soit 1 930,4 ont été reversés sur l'exercice selon la répartition suivante :

- 1 528,2 millions d'euros pour la CNAM ;
- 402,2 millions d'euros pour la CNSA.

Les modalités de détermination de la part du « Ségur investissement » au sein du Plan national de la relance et de la résilience (PNRR) et des recettes de la Facilité pour la relance et la résilience européenne (FRR) sont définies dans le cadre d'une convention en date du 28 octobre 2022 conclue entre le ministre de l'économie et des finances et le ministre de la santé et de la prévention. La part du « Ségur investissement » correspond ainsi à 15,2 % du montant total de l'enveloppe FRR. Estimée initialement à 39,4 milliards d'euros, cette enveloppe a été révisée à 37,4 milliards d'euros.

CHRONIQUE DES CRÉDITS À VERSER À LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en millions d'euros)

	2024	2025	2026	Total
Financement UE FRR	5 964	2 852	3 414	37 448
Ségur investissement	906,5	433,6	519,0	5 692,2

Source : Direction de la sécurité sociale.

Chaque année, un échéancier définit les dates à laquelle les crédits sont reversés à la sécurité sociale. Ainsi en 2023, les 1 930,4 millions d'euros ouverts en LFI sur le programme 379 au titre du « Ségur investissement » feront l'objet de trois versements reversés à la sécurité sociale les 28 juillet, 14 septembre et 6 décembre.

Le versement des crédits européens au titre du plan national de relance et de résilience (PNRR) affectés aux différents volets du Ségur de la santé est conditionné à l'atteinte d'objectifs et d'indicateurs de performance qui ont été contractualisés avec la commission européenne pour chaque volet du plan.

**Le reversement des recettes de la facilité pour la relance
et la résilience européenne**

Concrètement, lorsqu'un État présente une demande de décaissement, la Commission européenne dispose d'un délai de deux mois pour vérifier l'atteinte des cibles et des étapes intermédiaires :

- En cas d'atteinte de l'objectif, le décaissement est opéré ;
- En cas d'évaluation négative, l'État dispose d'un mois pour présenter ses observations puis la Commission peut suspendre tout ou partie des paiements ;
- Si au bout de 6 mois l'État n'a toujours pas atteint les cibles, la Commission peut suspendre tout ou partie de l'aide après avoir laissé un délai de deux mois à l'État concerné pour s'expliquer ;
- La Commission peut annuler tout ou partie de l'aide financière si aucun progrès concret n'est constaté dans les 18 mois suivant l'approbation du plan.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa première réunion du vendredi 27 octobre 2023 à 15 heures, la commission des finances a examiné les crédits de la mission Santé.

[L'enregistrement audiovisuel de cette réunion est disponible sur le site de l'Assemblée nationale.](#)

*Après avoir examiné des amendements de crédits et adopté les amendements **CF2427** et **CF2517** présentés par la rapporteure spéciale, la commission a **rejeté**, conformément à l'avis défavorable de la rapporteure spéciale, les crédits de la mission Santé.*

*La commission a également adopté les amendements **CF136**, **CF2256**, **CF400**, **CF2404** et **CF2405**.*

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Comme vous le savez, dans la mission *Santé* sont inscrites des dépenses de santé ne figurant pas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Les crédits de cette mission financent ordinairement la politique de modernisation de l'offre de soins et le pilotage de la politique de santé publique, au programme 204, ainsi que l'aide médicale de l'État (AME) et la contribution de l'État au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au programme 183.

En 2022, la mission a connu un élargissement significatif de son périmètre avec la création du programme 379, qui vise à financer la compensation à la sécurité sociale des coûts des éventuels dons de vaccins à des pays tiers et à servir de canal budgétaire au reversement des recettes de la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR) de l'Union européenne dédiées au volet investissement du Ségur de la santé. En 2024, 906,9 millions d'euros sont ouverts au titre du reversement à la sécurité sociale des recettes de la FRR ; chaque année jusqu'en 2026, 15,2 % des recettes de la FRR devraient être reversés à la sécurité sociale, pour un total de 6 milliards.

Comme l'année dernière, le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* ne connaît pas d'évolution majeure. Il faut toutefois souligner que le fonds de concours qui abritait les dépenses liées à la crise sanitaire et en faveur des cabinets de conseil – dont nous avons beaucoup parlé les années précédentes – devrait enfin s'éteindre à la fin de l'année 2023.

Les crédits destinés à l'indemnisation des victimes de la Dépakine sont maintenus au même montant qu'en 2023, soit 24,4 millions d'euros. Je rappelle l'importance de mener une campagne de communication à destination des victimes potentielles de la Dépakine. En effet, si le fonctionnement du dispositif d'indemnisation des victimes s'est beaucoup amélioré, il faut reconnaître que le nombre de dossiers déposés reste bien en deçà de celui des victimes potentielles. Il faudrait déployer une large campagne de communication pour les identifier, en s'appuyant notamment sur les bases de données de l'assurance maladie. Une salve de courriers devait être envoyée à 1,2 million de femmes, mais la crise sanitaire a empêché l'aboutissement de cette démarche. J'invite le Gouvernement à reprendre cette initiative rapidement.

En matière de gestion de crise, le programme 204 prend en charge la création d'un entrepôt national de données de biologie médicale – désormais dénommé LaboéSI – doté de près de 8 millions d'euros. Il assurera des missions de veille et de sécurité sanitaires.

Le programme 183 *Protection maladie* comprend les crédits de l'aide médicale de l'État. Pour 2024, la programmation initiale des crédits de l'AME de droit commun s'élève à 1,137 milliard d'euros, soit un montant stable. La prévision de dépenses dépend de la consommation des prestations hospitalières – soit 733 millions d'euros –, des produits de santé – 132 millions d'euros – et des autres soins de ville – pour 292 millions d'euros. Les crédits ouverts pour l'AME de droit commun intègrent 20 millions de moindres dépenses en 2024 au titre des diverses réformes de l'AME menées depuis 2020. Cela n'est pas suffisant.

Le dispositif de l'AME n'est plus soutenable pour nos finances publiques. La dépense liée à cette aide a augmenté de 41 % depuis 2017. Le nombre de bénéficiaires a explosé : au 31 mars dernier, dernier chiffre connu, on recensait 422 686 bénéficiaires de l'AME de droit commun, soit presque 20 000 de plus que six mois plus tôt. C'est une augmentation de près de 133 % depuis la création du dispositif et 35 % depuis 2017. Il convient d'y ajouter 15 000 bénéficiaires pour les soins urgents. Au total, il est possible d'estimer le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des dispositifs de l'AME à près de 440 000 en 2023.

S'ils sont de plus en plus nombreux, ces bénéficiaires sont toujours aussi imparfaitement connus : j'ai donc déposé une nouvelle fois un amendement visant à autoriser le recueil de leur nationalité.

L'AME de droit commun devrait être limitée aux soins urgents et à ceux liés à la lutte contre les pandémies, à la grossesse et aux vaccinations obligatoires, afin d'aligner la situation française sur celle des autres pays européens. J'ai bon espoir que la mission lancée par la Première ministre sur l'AME aboutisse à des conclusions similaires.

Dans l'attente d'une réforme d'ampleur, je vous invite à ne pas voter ces crédits, en raison du caractère insoutenable des dépenses de l'AME.

Article 35 et état B : Crédits du budget général

Amendement II-CF2517 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Il vise à ce que la Caisse nationale de l'assurance maladie adresse à toutes les personnes susceptibles d'avoir été victimes de la Dépakine un courrier les informant de la possibilité de recourir à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam). L'Assemblée nationale a créé en 2016, après un vote unanime, le dispositif de l'Oniam sur la Dépakine. À l'époque, il avait été estimé qu'entre 2 150 et 4 100 enfants pouvaient être atteints de malformations majeures, et entre 16 600 et 30 400 enfants de troubles mentaux ou comportementaux ; or seules 3 817 demandes d'indemnisation ont été formulées à ce jour – 895 directes et 2 922 indirectes. Nous sommes donc très loin du compte.

La crise sanitaire du covid-19 a empêché l'envoi de ces courriers ; il y a lieu de le faire maintenant.

M. le président Éric Coquerel. Demandez-vous au Gouvernement de lever le gage ?

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Oui.

La commission adopte l'amendement II-CF2517.

Amendement II-CF2405 de Mme Perrine Goulet

Mme Perrine Goulet (Dem). Cet amendement a pour but de doubler les crédits dédiés à la santé de la mère et de l'enfant, qui pour le moment s'élèvent à 170 000 euros.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Deux volets sont prévus en la matière par la mission *Santé* : le premier est relatif à la période des 1 000 premiers jours – la grossesse et les deux premières années de la vie – et le second à la santé des enfants et des jeunes. Les crédits consacrés à cette priorité de santé publique ont diminué de près de moitié entre 2023 et 2024, ce qui ne me semble pas du tout justifié. Les 170 000 euros supplémentaires que vous proposez seraient donc bienvenus. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement II-CF2405.

Amendement II-CF2404 de Mme Perrine Goulet

Mme Perrine Goulet (Dem). Il s'agit de renforcer de 100 000 euros les crédits pour la formation des personnels de santé à la question des violences et traumatismes subis par les enfants.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. La mission *Santé* retrace effectivement les crédits visant à sensibiliser, à mobiliser, à informer et à former les professionnels de santé afin qu'ils puissent intervenir en cas de violence et faire de la prévention. Ces moyens financent notamment des associations nationales. Le budget de 100 000 euros que vous proposez pour cet enjeu majeur me semble tout à fait raisonnable. J'émet donc un avis favorable.

La commission adopte l'amendement II-CF2404.

Amendement II-CF2505 de Mme Julie Laernoës

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Nous souhaitons augmenter de 1,2 milliard d'euros le financement des soins palliatifs. En effet, la Cour des comptes a estimé que seulement 50 % des besoins étaient couverts. Dans le cadre des débats autour du futur projet de loi sur la fin de vie, nous rappelons que le groupe Écologiste ne souhaite en aucun cas opposer soins palliatifs et aide active à mourir : la création d'un droit à l'aide active à mourir doit aller de pair avec le renforcement des soins palliatifs. Il nous paraît essentiel d'augmenter les moyens alloués en la matière.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. La mission *Santé* ne prend pas du tout en charge certaines dépenses de personnel et de fonctionnement, par exemple dans les Ehpad et les hôpitaux, parce qu'elles relèvent du PLFSS. C'est notamment le cas des crédits relatifs aux soins palliatifs. Je ne peux donc pas donner un avis favorable.

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Mme la rapporteure spéciale a raison. Elle a néanmoins dit que nous débattions de tout ce qui ne figurait pas dans le PLFSS. Ce dernier ayant fait l'objet d'un 49 alinéa 3 de la Constitution, nous sommes obligés de passer par le PLF pour ajouter des crédits. J'ajoute qu'il serait intéressant d'avoir des avis portant sur le fond et non seulement sur la forme. Le but est d'envoyer des signaux au Gouvernement.

Mme Émilie Bonnavard (LR). Je ne sais pas à combien s'élèvent au total les crédits de la mission *Santé*, mais je relève que cet amendement demande 1,2 milliard d'euros de plus. Il serait bien d'éviter de se retrouver dans la même situation que ce matin.

M. le président Éric Coquerel. C'est une remarque assez juste. Ce matin, nous avons dû nous arrêter à la moitié de l'examen d'une mission parce qu'il n'y avait plus de crédits disponibles.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2494 de Mme Mathilde Paris

Mme Mathilde Paris (RN). Cet amendement tend à abonder les crédits destinés aux personnes qui aident des proches en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Les 9,3 millions d'aidants que compte notre pays souffrent d'isolement, d'épuisement et d'un manque de reconnaissance. Il faut absolument un plan d'action pour les accompagner, notamment dans le cadre de maisons de répit. Ces structures font défaut, en particulier dans les territoires ruraux.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Vous proposez de créer un fonds qui permettrait de mener une politique de valorisation et de soutien pour les proches aidants. L'allocation journalière du proche aidant, créée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, assure un revenu complémentaire aux personnes qui arrêtent de travailler ponctuellement et recourent au congé de proche aidant. Ce type de dépense doit figurer dans la LFSS, et votre amendement ne relève pas de la mission *Santé*. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF136 de Mme Émilie Bonnavard

Mme Émilie Bonnavard (LR). Chaque année, plus de 50 000 cas de borréliose sont diagnostiqués en France. La maladie de Lyme se propage à grande vitesse et de façon préoccupante : il y aurait plus de 104 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an dans notre pays. Cela touche les promeneurs, les gens qui travaillent dans les forêts et les enfants. Les personnes affectées souffrent, on le sait, d'une errance diagnostique qui conduit à des situations très difficiles, et les financements pour la recherche sont très faibles. Notre amendement reprend une proposition formulée par Véronique Louwagie dans un rapport sur cette question : il s'agit de transférer 10 millions d'euros vers l'action *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades*.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je suis bien sûr favorable à un renforcement des moyens consacrés à la prise en charge de la maladie de Lyme. Mon rapport d'information, qui visait à évaluer les dépenses engagées en matière de prévention et de recherche, a souligné que les moyens déployés étaient largement insuffisants. L'effort de recherche sur la maladie de Lyme est très modeste, puisqu'il ne dépasse pas 1,5 million d'euros, et le bilan du plan national de lutte contre cette maladie est décevant. Mon rapport a appelé au lancement d'un deuxième plan de lutte. Je donne un avis favorable à votre amendement, qui s'inscrit pleinement dans cette logique. Je regrette au passage que nous n'ayons plus de groupe d'études sur la maladie de Lyme à l'Assemblée nationale.

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Demandez-vous au Gouvernement de lever le gage ? Le problème est que nous pourrions voter nombre d'amendements, mais que nous

constatons qu'ils vident progressivement le programme *Protection maladie*, qui contient les crédits de l'aide médicale de l'État – nous nous demandons si ce n'est pas en réalité l'objectif.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je peux demander la levée du gage, mais l'aide médicale de l'État est une dépense non pilotable, de même que le budget de la sécurité sociale et de la santé. Les crédits prévus ne sont pas limitatifs, toutes les personnes qui ont droit à l'aide médicale de l'État en bénéficieront de toute façon.

La commission adopte l'amendement II-CF136.

Amendement II-CF2477 de Mme Mathilde Paris

Mme Mathilde Paris (RN). Nous abondons l'action *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades* afin d'augmenter les moyens consacrés à la santé mentale. Le PLF pour 2024 prévoit une baisse de 10 % des crédits de cette action, ce qui nous inquiète au vu de la situation : 13 % des moins de 18 ans, soit 1,6 million de jeunes, souffrent actuellement d'un mal-être profond. Nous devons nous saisir de cette question majeure de santé publique.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. J'ai moi aussi été interpellée par la baisse de ces crédits. En réalité, elle est uniquement liée au recalibrage de la dotation de l'Inca (Institut national du cancer) à hauteur de 34,5 millions d'euros, ce qui permet de prendre en compte simultanément l'évolution des besoins couverts par la subvention pour charges de service public et le niveau de trésorerie de l'opérateur – qui était excédentaire et largement supérieure au fonds de roulement, j'ai pu le vérifier grâce au jaune budgétaire. Je peux donc vous rassurer. Les crédits destinés à la santé mentale sont même en progression : ils s'élèvent à 1,17 million d'euros, contre 1 million d'euros en 2023. Ces moyens permettront notamment de financer toutes les actions conduites dans le cadre de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie. Une augmentation de 6 millions d'euros, comme vous le demandez, serait en revanche difficilement absorbée. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2578 de Mme Marianne Maximi

Mme Marianne Maximi (LFI-NUPES). Cet amendement d'appel tend à augmenter la dotation de l'Institut national du cancer pour mieux financer la recherche et la prévention en matière de cancers pédiatriques. Les crédits de l'Inca ont baissé de 300 000 euros l'an dernier et devraient encore être réduits de 6 millions d'euros en 2024.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Comme je viens de le dire, cette évolution s'explique par le recalibrage de la dotation de l'Inca, qui prend en compte ses excédents de trésorerie. Cela dit, nous avons besoin de mieux comprendre les cancers pédiatriques, d'identifier de nouvelles pistes de traitement, de favoriser l'accès des enfants à tous les médicaments innovants et de réduire les effets indésirables des traitements. Il faut donc amplifier les efforts. Nous avons adopté, il y a deux ans, un amendement en ce sens. J'émettrai un avis de agesse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF738 de M. Jorys Bovet

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Cet amendement veut renforcer la recherche en matière de covid long. Cela ne relève pas de la mission *Santé*. L'action que vous voulez renforcer porte uniquement sur la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades. Je partage l'objectif, mais l'amendement devrait s'attacher à la mission *Recherche et enseignement supérieur*. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2265 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo-NUPES). Cet amendement d'appel vise à mettre en lumière les spécificités de la santé des femmes – on peut penser à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse, à la santé sexuelle et reproductive, à l'endométriose ou au cancer du col de l'utérus. Je tiens à saluer, s'agissant de l'endométriose, la résolution de Mme Clémentine Autain qui a été adoptée par l'Assemblée nationale en janvier 2022. L'État commence à agir, mais cela reste largement insuffisant. Il faudrait plus de moyens pour la santé des femmes.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je vous rejoins tout à fait : c'est une préoccupation pour beaucoup d'entre nous. L'endométriose est une pathologie trop peu connue et à laquelle il n'existe pas encore de remède. Les traitements actuels ne font que soulager les symptômes. J'ai déposé en septembre 2020 une proposition de résolution visant à acter la reconnaissance institutionnelle de l'endométriose et une proposition de loi portant sur un meilleur encadrement législatif de la prévention de l'endométriose.

Le montant proposé dans votre amendement, 300 000 euros, me semble un peu insuffisant. Je vous propose de vous rallier au mien, qui prévoit de mobiliser 1 million d'euros.

L'amendement est retiré.

Amendement II-CF2546 de Mme Sandra Regol

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Depuis 2022, les femmes enceintes de Strasbourg bénéficient d'un dispositif unique en France, l'ordonnance verte, qui leur permet non seulement de s'informer sur les dangers des perturbateurs endocriniens, lesquels perturbent le système hormonal et causent de nombreuses maladies, mais aussi d'accéder gratuitement à un panier de fruits et légumes issus de l'agriculture biologique pendant une durée inversement proportionnelle aux revenus – un mois pour les plus riches et sept mois pour les moins riches.

Le présent amendement a pour objectif de généraliser l'ordonnance verte dans toute la France, afin que les femmes enceintes et leurs partenaires bénéficient d'une séance obligatoire d'information collective sur les risques des perturbateurs endocriniens, qui sera prise en charge par la protection maternelle et infantile, et d'un panier de fruits et légumes bio gratuits pendant vingt-huit semaines. Cet investissement de 700 millions d'euros coûtera bien moins cher que l'inaction face aux perturbateurs endocriniens, chiffrée à 160 milliards d'euros pour les systèmes de santé en Europe.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. La ville de Strasbourg propose à toutes les femmes enceintes de bénéficier de ce dispositif, avec des ateliers de sensibilisation aux perturbateurs endocriniens et des paniers gratuits de fruits et légumes issus de l'agriculture biologique et de circuits courts pendant environ sept mois. L'objet est de repenser son alimentation pour limiter son exposition aux perturbateurs endocriniens. Cette

expérimentation est à encourager, mais elle n'a pas encore fait l'objet de retours – elle est toute récente – et je ne suis pas certaine que 700 millions d'euros permettraient d'assurer sa généralisation. Il conviendrait dans un premier temps de faire un bilan et d'élargir le dispositif à d'autres villes. Par conséquent, avis défavorable.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo-NUPES). Nous devrions faire fructifier au niveau national des expérimentations locales aussi positives que celle menée par la ville de Strasbourg.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. On peut l'envisager, mais tout l'intérêt d'une expérimentation est de faire un bilan avant de généraliser une mesure.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2487 de Mme Mathilde Paris

Mme Mathilde Paris (RN). Nous souhaitons donner davantage de moyens aux projets régionaux de santé, notamment afin de lutter contre la pénurie dramatique d'orthophonistes à laquelle conduit le numerus clausus actuel, en particulier dans les territoires ruraux. Les centres de formation ne sont pas assez nombreux et ils sont mal répartis sur le territoire. Dans le Loiret, par exemple, il faut deux ans avant d'accéder à une prise en charge orthophonique. Or deux ans dans la scolarité d'un enfant, c'est considérable, surtout quand des troubles sont détectés. Un manque de prise de charge peut conduire à l'échec scolaire. J'invite vraiment le Gouvernement à prendre ses responsabilités.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Cette politique de santé publique relève du PLFSS. Le programme 204, dont vous voulez augmenter les moyens, ne finance plus du tout les projets régionaux de santé. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2466 de Mme Mathilde Paris

Mme Mathilde Paris (RN). Il s'agit de consacrer davantage de moyens à la modernisation de l'offre de soins, notamment pour développer la télémédecine sous toutes ses formes – téléconsultations, télé-soins, télé-expertise ou télésurveillance médicale. Cela permet d'apporter des solutions, même si elles ne sont peut-être pas optimales, aux problèmes qui se posent dans les déserts médicaux.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je suis pour le développement de toutes ces technologies, qui doivent être mises au service des territoires. Néanmoins, cela relève une fois de plus du PLFSS. Des mesures ont d'ailleurs été prises dans ce cadre en faveur de la télémédecine.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF391 de M. Franck Allisio

M. Alexandre Sabatou (RN). Le nombre de bénéficiaires de l'AME ne cesse d'augmenter : nous devrions atteindre cette année un nouveau record. Il est urgent de mettre fin à cette pompe aspirante en matière migratoire. Durant la dernière campagne présidentielle, le Rassemblement national a ainsi demandé le remplacement de l'AME par une aide d'urgence vitale dont les crédits représenteraient un quart du budget actuel. Compte tenu des difficultés que connaissent notre système de santé et nos finances publiques, il nous semble que cette

piste d'économies doit être privilégiée. Cela nous permettra de réduire le déficit et éventuellement de financer d'autres actions de santé publique.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Les enjeux que vous évoquez sont réels, mais votre amendement ne modifiera pas du tout le dispositif de l'AME sur le plan juridique. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'une dépense pilotable, mais de guichet : si vous supprimez des crédits sans modifier le dispositif, nous serons en difficulté. J'aurai l'occasion de défendre des amendements visant, en revanche, à introduire une réforme de l'AME, qui pourrait conduire à une diminution des crédits. Je vous suggère donc de retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. le président Éric Coquerel. Il faut en finir avec l'idée que des gens viennent en France en raison de l'AME : aucune étude ne le montre. Ce qui est vrai, en revanche, c'est que si on arrête de soigner des personnes qui sont très souvent précarisées, l'état sanitaire global de la population sera mis en péril, les microbes et les maladies contagieuses ne faisant pas de différences selon la couleur de la peau. C'est un problème qui s'ajoute à l'inhumanité de ce que vous proposez. La série d'amendements qui portent sur ce point ne reconnaît pas le droit à la santé de personnes qui sont aussi nos frères et nos sœurs en humanité.

M. Mathieu Lefèvre (RE). Je m'étonne du changement de doctrine du Rassemblement national, que je croyais contre l'aide médicale de l'État. Cet amendement ne supprimerait que 900 millions d'euros, alors que la dépense dépasse le milliard d'euros. Est-ce à dire que le Rassemblement national comprend enfin qu'il est indispensable de prodiguer au moins des soins urgents ? C'est peut-être le début d'une évolution positive.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Pour ma part, vous ne m'entendez jamais dire que l'aide médicale de l'État est versée à des personnes en situation irrégulière à leur arrivée sur le sol français. Nous ne connaissons ni la nationalité des bénéficiaires, ni les conditions, régulières ou irrégulières, de leur venue en France. Le manque de données donne lieu à un certain nombre de fantasmes et de propos incohérents.

Par ailleurs, s'agissant des épidémies qui pourraient se propager en cas de réduction du dispositif, j'indique dans mon rapport que les pays européens qui se sont recentrés sur les soins urgents ne connaissent pas de difficultés particulières.

M. Jean-Philippe Tanguy (RN). Nous ne sommes pas responsables de ce que notre collègue Lefèvre comprend ou non du projet du Rassemblement national. Nous avons toujours voulu instituer une aide médicale d'urgence et un réseau de médecins et de lieux spécialisés.

Mme Louwagie a répondu à la remarque concernant le risque d'épidémies : on ne constate rien de tel dans d'autres pays. Par ailleurs, nos amendements et nos prises de parole ne font nullement mention de la couleur de peau des bénéficiaires de l'AME.

Nous sommes tous frères et sœurs en humanité, mais nous ne pouvons pas accorder des soins à toute la population mondiale. On créerait une inégalité à soigner les immigrés clandestins qui viennent en France et non les autres ; par ailleurs, cela inciterait à se rendre chez nous des gens qui n'ont pas accès à un système de soins dans leur pays.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2249 de M. Mansour Kamardine

Mme Émilie Bonnard (LR). Cet amendement vise à assurer la prise en charge d'environ 10 % des dépenses de santé concernant des étrangers en situation irrégulière à Mayotte. Nous connaissons tous la situation du 101^e département de France : il faut faire preuve d'une solidarité très forte à son égard.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je me suis intéressée d'une manière générale à la question des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière – on parle beaucoup de l'aide médicale de l'État, mais il existe en réalité onze dispositifs. À Mayotte, les personnes en situation irrégulière ne bénéficient pas de l'AME : elles sont prises en charge par les hôpitaux selon un système plus classique et il n'y a donc pas de transparence sur le coût de ces soins. L'évaluation que j'ai menée l'année dernière à partir d'éléments fournis par l'agence régionale de santé aboutissait à un résultat d'environ 90 millions d'euros. Le fait de faire basculer toutes les personnes concernées dans le régime de l'aide médicale de l'État permettrait de mieux connaître la situation. Avis favorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2569 de Mme Mathilde Panot

Mme Mathilde Panot (LFI-NUPES). La réduction de l'AME prévue en 2024 fait suite à de nombreuses autres. En réponse aux fantasmes habituels, je rappelle les chiffres : l'AME représente aujourd'hui 0,4 % des dépenses de santé ; 38 cas de fraudes étaient avérés en 2018, soit 0,06 % du total ; surtout, l'AME ne couvre pas les besoins actuels, car 49 % des étrangers en situation irrégulière qui y auraient droit n'y ont pas recours

Supprimer l'AME ou réduire ses moyens aurait un coût et poserait évidemment un problème de santé publique dans l'ensemble du pays. Comme l'a dit le professeur Pierre Tattevin, vice-président de la société de pathologie infectieuse de langue française, tout ce qui limite ou retarde l'accès aux soins se traduit par des retards de diagnostic et de traitement des maladies. Les conséquences humaines et financières des retards de soins sont désastreuses. Lorsqu'un système de santé ne se préoccupe plus d'une partie de la population, il n'est plus en capacité de reconnaître et de soigner rapidement les maladies transmissibles.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. J'ai auditionné la direction de la sécurité sociale et je peux vous confirmer que les crédits prévus sont tout à fait suffisants pour couvrir l'intégralité des dépenses au titre de l'AME. La baisse de 20 millions d'euros correspond à diverses mesures de renforcement des contrôles et de lutte contre la fraude qui ont été prises en 2020. Il n'est donc pas nécessaire de revaloriser ces crédits. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements II-CF2556 et II-CF2553 de M. Damien Maudet (discussion commune)

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Mme la rapporteure spéciale nous a expliqué que ce budget comportait tout ce qui ne figurait pas dans le PLFSS. Ce qui n'y figure pas, par exemple, ce sont les 3 milliards d'euros que demande la Fédération hospitalière de France rien que pour compenser l'inflation et les hausses de salaires des soignants. Il s'agit d'un budget responsable, nous a-t-on dit, mais j'ai du mal à comprendre comment un PLFSS où il manque 3 milliards pourrait être responsable. Afin que les hôpitaux puissent fonctionner normalement, nous proposons de mettre dans cette mission budgétaire ce qui ne figure pas dans le PLFSS.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je confirme que tout ce qui concerne le personnel hospitalier relève du PLFSS, même si les mesures prévues ne sont peut-être pas suffisantes à votre goût. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement II-CF2461 de Mme Mathilde Paris

Mme Mathilde Paris (RN). Nous demandons que davantage de moyens soient consacrés à l'équité territoriale en matière d'accès à la santé. C'est un vrai sujet national, puisque 7 millions de Français vivent dans un désert médical. Ces crédits supplémentaires permettraient d'appliquer une mesure que Marine Le Pen a défendue durant la campagne présidentielle : la modulation de la rémunération des consultations réalisées par les médecins installés dans des déserts médicaux, sans surcoût pour les patients et sans démarche spécifique à faire pour les médecins. Cela constituerait une véritable incitation.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. La politique de santé publique ne dépend pas de la mission *Santé*, mais du PLFSS. Ce n'est donc pas du tout le bon véhicule. Par ailleurs, votre amendement utiliserait tous les crédits de l'AME, ce qui nous exposerait à un risque de sous-budgétisation. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2574 de Mme Mathilde Panot

Mme Mathilde Panot (LFI-NUPES). Cet amendement vise à mobiliser 650 millions pour compenser les effets de l'inflation dans les Ehpad. Plusieurs fédérations représentant les directeurs de ces structures nous alertent sur leur fragilité financière. L'État avait promis de compenser intégralement les augmentations décidées dans le cadre du Ségur, mais il semble que le compte n'y est pas : pour 78 % des établissements, les dotations versées ne couvrent pas les besoins réels. Notre assemblée devrait prendre en considération les immenses difficultés que connaissent les Ehpad.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Le financement des Ehpad relève du PLFSS, comme tout ce qui concerne l'autonomie. Là non plus, vous n'utilisez pas le bon vecteur. Avis défavorable.

Mme Émilie Bonnavard (LR). J'espère que le Gouvernement retiendra finalement un des amendements que nous avons adoptés – je pense notamment à la création d'un crédit d'impôt – et qu'un dispositif dédié aux Ehpad verra ainsi le jour. Ces structures qui rendent un service fondamental aux plus fragiles connaissent de graves difficultés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2390 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Nous appelons à prendre dès maintenant le virage de la prévention en mêlant santé environnementale, qui est la grande absente de ce projet de loi de finances, et santé humaine. Les équipes mobiles que nous proposons de créer seraient chargées de réaliser un diagnostic environnemental des logements, notamment de l'air intérieur, et de proposer, si besoin, un protocole de réduction de la contamination et un parcours de soins en cas de surexposition. Ces équipes pourraient jouer un rôle clef en matière de prévention, en particulier pour les ménages en situation de précarité énergétique.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je trouve cette initiative très intéressante, car la santé environnementale est primordiale. Les crédits inscrits dans la mission *Santé* à ce titre sont d'un niveau assez faible – 3,55 millions d'euros. Mais la mesure que vous proposez devrait d'abord faire l'objet d'une expérimentation, et le montant de 500 millions d'euros me paraît énorme. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2562 de M. Matthias Tavel

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. L'amélioration de la santé publique passe par celle de la qualité de l'air, en particulier en intérieur. Néanmoins, je ne pense pas que cet amendement ait sa place dans la présente mission budgétaire : il relève plutôt du domaine de l'environnement.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis de la rapporteure spéciale, la commission rejette l'amendement II-CF2548 de M. Damien Maudet.

Amendement II-CF2393 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Un an et demi après son lancement, le dispositif Mon soutien psy, anciennement MonPsy et Mon parcours psy – on ne s'y retrouve plus – est au mieux un échec, au pire un gâchis monumental d'argent public. La prise en charge n'est pas à la hauteur de l'enjeu que constitue la santé mentale des Français. Avec 170 millions d'euros, on pourrait en revanche créer 2 500 postes de psychologues dans les centres médico-psychologiques. Nous avons besoin d'un véritable service public dans ce domaine.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Avis défavorable : cela relève du PLFSS.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2388 de M. Sébastien Peytavie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Même avis, pour la même raison.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2566 de Mme Marianne Maximi

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Avis défavorable : il s'agit d'une question relevant de la mission *Relations avec les collectivités territoriales*.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis de la rapporteure spéciale, la commission rejette l'amendement II-CF2264 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Amendement II-CF2263 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo-NUPES). Nous proposons d'améliorer l'accompagnement des femmes enceintes, notamment leur prise en charge sur le plan psychologique.

Je reviens sur le précédent amendement, relatif à la protection de l'enfance. Nous sommes plus de cent députés à avoir signé une lettre demandant le maintien de la Ciivise (Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants). Il faudra continuer à se mobiliser, en particulier pour que les recommandations émanant de cette commission soient appliquées.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Avis défavorable. La prise en charge évoquée par l'amendement II-CF2263 relève du PLFSS.

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Si ces amendements ont été déposés, c'est parce que nous n'avions dans le PLFSS aucune porte d'entrée pour ces sujets essentiels.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2577 de M. Damien Maudet

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Avis défavorable : cela relève, une fois encore, du PLFSS.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis de la rapporteure spéciale, la commission rejette l'amendement II-CF2485 de Mme Mathilde Paris.

Amendement II-CF2558 et amendements en discussion commune II-CF2561 et II-CF2564 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). « *J'aime mon métier, mais je ne suis pas respectée* » : les infirmières libérales, qui sont plus de 100 000 en France, le disent souvent. Elles travaillent tôt le matin ou tard le soir, font la toilette de nos aînés, prennent leur taux de glycémie, aident à mettre les bas de contention, donnent les médicaments, changent les poches. Dans cette profession, on en a ras-le-bol, on a le sentiment de ne pas être reconnu, et à juste titre : cela fait une dizaine d'années que les actes de soins n'ont pas été revalorisés, ce qui représente une perte de 25 % du pouvoir d'achat.

Si les infirmières libérales interviennent en urgence alors qu'elles sont de repos, les actes réalisés ne sont pas majorés, de même que lorsqu'elles travaillent la nuit ou le dimanche, sauf à avoir prouvé selon une méthode extrêmement compliquée que c'était une nécessité. Lorsqu'elles se rendent chez quelqu'un pour faire trois actes, le premier est pris en compte à 100 %, le deuxième à 50 % et le dernier à 0 %. On sait que 46 % des infirmières libérales éprouvent un mal-être dans leur travail en raison d'une trop faible reconnaissance.

Ces trois amendements tendent donc à obtenir la majoration des interventions d'urgence, la suppression de la dégressivité – quand on fait trois actes, ils doivent être payés tous les trois – et surtout la réévaluation de la nomenclature, qui n'a pas été revue depuis dix ans. Le coût de la vie a considérablement augmenté, mais les infirmières doivent se débrouiller avec le même salaire qu'il y a dix ans.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Avis défavorable. Ces amendements ne sont pas du tout du ressort de la mission *Santé*. Je regrette, d'ailleurs, qu'on ne parle pas des actions qui en relèvent, ce serait intéressant.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis de la rapporteure spéciale, elle rejette l'amendement II-CF2573 de M. Damien Maudet.

Amendement II-CF2575 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Il s'agit de donner aux collectivités territoriales des moyens pour embaucher des médecins salariés. Cette mesure serait bonne pour les patients, qui pourraient trouver un médecin là où il n'y en a plus, pour les communes, qui n'ont pas les moyens financiers d'assumer cette charge, ainsi que pour les médecins, notamment les plus jeunes, qui souhaitent de plus en plus travailler en exercice coordonné et dans une situation de salariat. Cette disposition me semble avoir toute sa place dans la mission *Santé*. Si vous pensez le contraire, dites-vous bien que ce n'est pas non plus aux communes de rémunérer, sur leur budget, des médecins comme elles le font pourtant aujourd'hui. Nous pourrions donc faire un effort.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je suis désolée, la mission *Santé* ne comporte ni programme ni action concernant le recrutement des médecins. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis de la rapporteure spéciale, elle rejette successivement les amendements II-CF2576, II-CF2579 et II-CF2582 de M. Damien Maudet ainsi que l'amendement II-CF2399 de M. Sébastien Peytavie.

Amendement II-CF2400 de M. Sébastien Peytavie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Cette fois, il s'agit bien d'un sujet figurant dans un programme de la mission *Santé* ! Du reste, il me semble tout à fait pertinent car la prévention contre l'addiction à l'alcool mérite d'être encore renforcée. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement II-CF2427 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. J'ai déjà évoqué cet amendement visant à consacrer 1 million d'euros à des actions de prévention de l'endométriose, à tous les niveaux et en premier lieu dans les collèges. Sur un tel sujet, la communication me semble encore largement insuffisante.

M. Mathieu Lefèvre (RE). Nous nous abstenons sur cet amendement.

La commission adopte l'amendement.

M. le président Éric Coquerel. Cet amendement a été adopté à l'unanimité. C'est une information intéressante à signaler au ministère, dans la perspective d'un 49 alinéa 3 de la Constitution...

Amendement II-CF2256 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo-NUPES). Nous proposons d'instaurer un congé spécial en cas de fausse couche. Nous avons déjà obtenu une avancée, en mars dernier, avec la levée des jours de carence. À cette occasion, j'avais exprimé dans l'hémicycle notre volonté de permettre aux femmes de choisir entre un arrêt maladie classique sans jour de carence, permettant de conserver le secret vis-à-vis de leur employeur, et un congé « *fausse couche* » plus symbolique. Quand on est progressiste et qu'on défend les droits des femmes, on doit toujours leur laisser le choix.

On estime qu'une femme sur trois fera une fausse couche dans sa vie. La création de ce congé spécial sera donc aussi, pour la société, une manière de reconnaître les souffrances engendrées par cet événement encore beaucoup trop tabou.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Sur le fond, je suis tout à fait d'accord avec vous mais j'ai le regret de vous dire que l'indemnisation de congés ne relève aucunement de la mission *Santé*. Avis défavorable.

Mme Émilie Bonnard (LR). Trois jours de repos après une fausse couche, c'est vraiment peu ! Je rejoins les propos de Mme Garin s'agissant du traumatisme et de la solitude des femmes qui vivent ces situations. Je comprends que cela ne relève pas de la mission *Santé*, mais le fait de créer un congé « *fausse couche* » permettrait aussi à l'entourage professionnel de ces femmes de prendre conscience de leur souffrance. Ces événements qui font partie de la vie des femmes, au même titre que le deuil périnatal, sont mal connus et tabous. Il est très important que nous favorisions leur reconnaissance.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Aviez-vous déposé ces amendements sur le PLFSS, où ils avaient toute leur place ?

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Oui, mais ils ont été déclarés irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution.

La commission adopte l'amendement II-CF2256.

Amendements II-CF2565, II-CF2568 et II-CF2570 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Dans nos campagnes comme dans nos villes, il y a sans doute des gens qui adorent la bagnole, comme le Président de la République, mais il y en a forcément qui ne peuvent pas s'en passer. C'est notamment le cas des infirmières libérales qui, pour lever nos aînés, à Champnétery ou à Paris, ont besoin de leur voiture. Pourtant, alors que le prix de l'essence a explosé, les frais kilométriques sont insuffisamment remboursés. L'amendement II-CF2565 prévoit donc que les indemnités correspondantes soient au moins indexées sur l'inflation.

Par ailleurs, les indemnités kilométriques sont diminuées de 50 % au-delà du 300^{ème} kilomètre, et même complètement supprimées à partir du 400^{ème}. Il n'y a aucune raison à cela. L'adoption de l'amendement II-CF2568 permettrait d'envoyer un signal au Gouvernement en ce sens, et procurerait aux infirmières un peu de pouvoir d'achat supplémentaire.

Vous me répondez que ces mesures n'ont pas leur place dans le PLF. Cependant, nous sommes tellement contraints par l'article 40 qu'ils représentent notre seul moyen d'engager une discussion sur ces sujets, surtout avec des 49.3 sur tous les textes financiers.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Avis défavorable, comme vous le supposiez : l'indexation des frais kilométriques, le stationnement gratuit et les remboursements de frais ne relèvent pas de la mission *Santé*.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement II-CF2580 de Mme Caroline Fiat

Mme Mathilde Panot (LFI-NUPES). Nous souhaitons vous alerter sur l'insuffisance des crédits accordés à l'Oniam. Cet établissement public est en sous-effectif et dispose de moyens insuffisants, ce qui entraîne des situations catastrophiques pour les victimes.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Je partage votre constat. J'auditionne chaque année les responsables de l'Oniam ainsi que les représentants de l'Association des parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anticonvulsivant. J'en profite d'ailleurs pour rendre hommage à sa présidente, Mme Marine Martin, qui réalise un travail considérable en faveur des victimes de la Dépakine.

Les crédits inscrits dans le PLF me paraissent suffisants. S'ils venaient à manquer, s'agissant de dépenses de guichet non pilotables, ils seraient abondés en loi de finances rectificative. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

M. le président Éric Coquerel. Nous en venons aux explications de vote sur les crédits de la mission *Santé*.

M. Mathieu Lefèvre (RE). Nous sommes favorables à ces crédits, qui visent à déployer une politique globale de santé mettant un accent particulier sur la prévention et la sécurité sanitaire. Ils apportent une réponse globale en matière d'offre de soins sur le territoire. Ils permettent aussi de poursuivre les investissements engagés dans le cadre du Ségur, qu'il ne faudrait pas oublier.

Je regrette que nos discussions aient été perturbées par la défense d'amendements relevant du champ du PLFSS. Je note que les mesures proposées ont d'ailleurs vocation à figurer dans la deuxième partie du PLFSS, sur laquelle le débat est toujours ouvert.

S'agissant enfin de l'AME, je salue, à titre personnel, les travaux menés par notre rapporteure spéciale, qui a tracé quelques pistes très intéressantes. Il ne faut jamais s'interdire d'évaluer une dépense publique. La proposition d'un alignement de notre dispositif sur les standards européens ne me paraît pas devoir faire l'objet de caricatures.

Mme Mathilde Panot (LFI-NUPES). Nous voterons évidemment contre ce budget d'austérité.

Nous sommes en désaccord radical avec la baisse, année après année, des crédits alloués à l'aide médicale de l'État. Cette évolution pose évidemment un problème d'humanité, mais également de santé publique et même de dépenses publiques, car la prise en charge d'une maladie à un stade avancé est désastreuse tant pour l'être humain concerné que pour les finances de l'État – fonder les arguments sur une logique comptable devrait parler au Gouvernement. Vous nous expliquiez tout à l'heure, madame la rapporteure spéciale, que la baisse des crédits destinés à l'AME s'expliquait par la lutte contre la fraude. Et pourtant, seuls

trente-huit cas ont été détectés en 2018 ! Ce qui devrait plutôt vous intriguer, c'est le taux de non-recours à cette aide, puisque 49 % des bénéficiaires potentiels ne la sollicitent pas.

Enfin, alors qu'un Français sur six est touché par une maladie chronique, je m'étonne que le budget dédié à la prévention de ces pathologies baisse de 15,4 %, en comptant l'inflation.

Mme Émilie Bonnard (LR). Nous voterons contre ces crédits, essentiellement en raison de l'absence de réforme de l'aide médicale de l'État. Au 31 mars 2023, 422 686 personnes bénéficiaient de l'AME de droit commun, dont les dépenses ont augmenté de 41 % depuis 2017. Il convient d'y ajouter les 15 000 bénéficiaires de l'AME soins urgents. Afin d'enrayer la dynamique inflationniste de ces dépenses et d'assurer l'acceptabilité du dispositif pour nos concitoyens, il est nécessaire de limiter la prise en charge aux soins considérés comme vitaux, c'est-à-dire relatifs à la vaccination, aux maladies contagieuses, à la prophylaxie et à la maternité.

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Ce budget brille par son manque d'ambition face aux défis démographiques et écologiques auxquels nous sommes confrontés. Ainsi, alors que la pollution de l'air représente un coût annuel de 100 milliards d'euros, seuls 3,5 millions d'euros sont mobilisés sur les volets environnement et santé.

Face aux récents discours profondément xénophobes appelant à la suppression de l'aide médicale de l'État, nous soulignons non seulement que l'accès à la santé est un droit humain, mais également que le budget dédié à l'AME est toujours en deçà des besoins alors que seulement la moitié des personnes éligibles à ce dispositif en bénéficient réellement.

Nous avons besoin d'un système de santé véritablement résilient, qui protège pleinement la santé humaine, quels que soient la nationalité et le niveau de vie des patients, ainsi que la santé environnementale. Nous voterons contre ces crédits.

La commission rejette les crédits de la mission Santé.

Article 38 et état G : Objectifs et indicateurs de performance

Amendement II-CF2594 de M. Christophe Bentz

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Cet amendement vise à introduire la durée moyenne d'octroi de l'AME parmi les indicateurs de la mission. Il me semble important de pouvoir disposer de cette information. Avis favorable.

La commission rejette l'amendement.

Contre l'avis de la rapporteure spéciale, elle rejette l'amendement II-CF2596 de M. Christophe Bentz.

Après l'article 59

Amendement II-CF2543 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. J'ai déjà évoqué la nécessité de limiter l'AME aux soins d'urgence. Le nombre de ses bénéficiaires s'est accru de façon assez importante : au 31 mars 2023, 422 686 personnes avaient recours à l'AME de droit commun, soit une augmentation de 133 % depuis la création du dispositif. Aussi les dépenses correspondantes suivent-elles une dynamique inflationniste – l'affirmation inverse de

Mme Panot est totalement fautive. Il y a certes 3 millions d'euros de moins pour 2024, ce qui n'est pas grand-chose, parce que cette ligne avait fait l'objet d'une surbudgétisation l'année dernière. Mais au total, ce budget est en hausse de 47 % depuis 2017. La dépense devient insoutenable. C'est pourquoi il convient de recentrer l'AME sur les soins d'urgence, comme cela se fait chez nos voisins européens.

M. le président Éric Coquerel. Vous parlez de « *soins d'urgence* » tandis que votre amendement fait référence aux « *soins considérés comme vitaux* ». À quoi cela correspond-il ? Il existe de nombreuses maladies qui ne mettent pas en danger la vie des patients mais pour lesquelles l'absence de soins est problématique, que ce soit pour les malades eux-mêmes ou pour les autres, en raison des risques de contagion. Je suis vent debout contre cette proposition, que je trouve à la fois inhumaine et insensée du point de vue médical.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Cette restriction existe déjà. En effet, lorsque des personnes en situation irrégulière ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'AME de droit commun, notamment celle de la résidence habituelle sur le territoire français depuis au moins trois mois, leur prise en charge s'inscrit dans le cadre de l'AME soins urgents, qui se limite à la vaccination, au traitement des maladies contagieuses, à la prophylaxie et aux soins en rapport avec la maternité. Nous proposons d'appliquer le même cadre à l'AME de droit commun.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2544 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Nous proposons de restreindre le panier de soins de l'AME afin d'en exclure notamment les soins esthétiques. Je conviens que peu de bénéficiaires y ont recours, mais cela suscite des fantasmes. Pour ma part, je considère que les soins esthétiques n'ont pas à rentrer dans la catégorie des soins urgents ou vitaux et n'ont pas à être proposés à des personnes en situation irrégulière alors que certaines personnes en situation régulière n'y ont pas accès.

M. le président Éric Coquerel. Peut-on avoir une idée du nombre de bénéficiaires de l'AME qui ont recours à des soins esthétiques ?

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Une dizaine chaque année.

M. le président Éric Coquerel. Vous voulez donc légiférer pour une dizaine de personnes par an. Votre amendement enverra le message qu'il s'agit d'une pratique fréquente.

M. Mathieu Lefèvre (RE). Ce n'est pas une question de nombre. Si nous voulons éviter les fantasmes et l'adoption de solutions plus radicales, nous devons admettre que le panier de soins ne peut être aussi large. En sanctuarisant le périmètre actuel de l'AME, nous favorisons l'expression de formations populistes qui proposeront un jour la suppression pure et simple de cette aide. Je remercie donc Mme la rapporteure spéciale de poser ces questions nécessaires.

M. le président Éric Coquerel. Je vous rappellerai vos propos, le jour où vous nous reprocherez, comme souvent, de vouloir légiférer pour un petit nombre de cas.

M. Sébastien Peytavie (Écolo-NUPES). Qu'entendez-vous par « soins esthétiques » ? Les actes permettant, par exemple, de limiter l'impact esthétique d'une importante blessure au visage font-ils partie de cette catégorie ? Savez-vous plus précisément

quels soins ont été prodigués à ces dix personnes par an ? Parce que certains problèmes pouvant être qualifiés d'esthétiques ont en réalité un impact important sur le quotidien des patients.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Effectivement, ce n'est pas le nombre qui importe. Par ailleurs, les soins concernés sont ceux qui ont une visée esthétique et ne sont pas rattachables à un acte de chirurgie reconstructrice.

C'est peut-être la première fois que nous abordons, en commission des finances, la question de l'AME d'une manière aussi apaisée. Je vous en sais gré car, sur un tel sujet, il y a souvent beaucoup d'électricité dans l'air. Nous devons faire en sorte que les Français adhèrent à cette aide sociale. Lorsqu'ils ont du mal à se faire soigner et n'ont pas eux-mêmes accès aux soins esthétiques, ils ne comprennent pas que l'AME le permette.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2545 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Nous voulons rendre plus transparentes les données relatives à l'aide médicale de l'État. Nous ne connaissons pas aujourd'hui la nationalité des bénéficiaires – l'imprimé Cerfa ne propose que deux cases : « européenne » et « autre pays ». Une plus grande transparence des données permettrait également de lutter contre la fraude.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo-NUPES). Je crains une stigmatisation de certaines populations, un ressentiment envers les ressortissants de certains pays qui recourraient plus que d'autres à l'AME. Comment allez-vous gérer les conséquences de telles réactions, y compris lorsqu'elles sont dirigées contre des communautés dont les membres sont en situation régulière sur notre territoire ?

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. J'ai beaucoup réfléchi à cette question. Je vous invite à consulter le rapport d'activité de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) pour l'année 2022, qui vient d'être publié : contrairement à l'AME, l'ensemble des données relatives à l'immigration, régulière ou irrégulière, y sont présentées, en précisant la nationalité des personnes concernées. Cela pourrait déjà provoquer la stigmatisation que vous craignez.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2512 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Nous demandons un rapport précisant notamment le nombre de demandeurs d'asile bénéficiant, pendant l'instruction de leur dossier, de la protection universelle maladie (Puma). Ces éléments m'intéressent d'autant plus qu'un certain nombre de dérogations ont été accordées par le Gouvernement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement II-CF2586 de Mme Mathilde Panot

Mme Mathilde Panot (LFI-NUPES). Plusieurs études ont démontré que l'exposition à certains polluants environnementaux favorisait le développement du cancer du sein, qui est la première cause de mortalité féminine. Nous demandons un rapport qui nous

fournisse toutes les informations disponibles sur cette question afin d’agir en faveur de la santé des femmes de notre pays.

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Nous connaissons déjà le lien entre l’exposition à des polluants environnementaux et l’apparition de cancers. Je ne pense pas qu’un rapport supplémentaire nous permettrait d’être mieux informés. Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Amendement II-CF3218 de Mme Véronique Louwagie

Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale. Suite à la loi Lemoine du 28 février 2022, une réflexion est en cours en vue d’intégrer de nouvelles pathologies dans le dispositif relatif au droit à l’oubli. Je demande donc au Gouvernement de remettre au Parlement, avant le 31 décembre 2024, un rapport présentant les critères d’éligibilité retenus pour l’extension de ce dispositif.

La commission rejette l’amendement.

M. le président Éric Coquerel. Nous avons achevé l’examen des crédits de la mission *Santé*.

ANNEXE I – NOMBRE DE SÉJOURS DE SOINS CONCERNÉS PAR LE DÉLAI DE CARENCE DE NEUF MOIS DANS LE CADRE DE L'AME

LES SOINS CONCERNÉS PAR LE DÉLAI DE CARENCE DE NEUF MOIS

Intitulé du séjour	Nombre de séjours en 2022	Valorisation financière en 2022
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	1 204	1 741 879
Prothèses de genou	145	888 294
Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne	144	311 047
Libérations du médian au canal carpien	132	140 681
Rhinoplasties	119	197 215
Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	111	656 148
Autres interventions hors tumeur maligne du sein	64	113 809
Allogreffes de comée	63	170 903
Interventions majeures hors tumeur maligne du sein	52	185 409
Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	36	199 594
Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	30	181 101
Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie	26	56 200
Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	17	24 386
Pose d'implants cochléaires	12	66 417
Prothèses d'épaule	<11	47 263
Interventions pour oreilles décollées	<11	12 646
Autres interventions pour obésité	<11	19 191
Gastroplasties pour obésité	0	0
TOTAL	2 178	5 012 185

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

ANNEXE 2 – NATIONALITÉS DES DEMANDEURS DU TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS

NOMBRE DE PRIMO-DEMANDES DE TITRES DE SÉJOUR POUR SOINS DES RESSORTISSANTS
DE PAYS TIERS À L'UNION EUROPÉENNE PAR NATIONALITÉ ET PAR ANNÉE DE DÉPÔT

Nationalité	Flux	2019	2020	2021	2022
ALGÉRIENNE	<i>Demandes déposées</i>	2 219	1 540	1 544	1 267
	<i>Demandes instruites</i>	nc	579	619	485
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	275	342	280
	<i>Taux de refus</i>	nc	47,5 %	55,3 %	57,7 %
	<i>Titres délivrés</i>	546	445	429	297
GÉORGIENNE	<i>Demandes déposées</i>	1 074	757	766	1 160
	<i>Demandes instruites</i>	nc	210	243	248
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	101	120	144
	<i>Taux de refus</i>	nc	48,1 %	49,4 %	58,1 %
	<i>Titres délivrés</i>	143	205	188	176
IVOIRIENNE	<i>Demandes déposées</i>	857	608	731	629
	<i>Demandes instruites</i>	nc	208	266	232
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	46	75	177
	<i>Taux de refus</i>	nc	22,1 %	28,2 %	50,4 %
	<i>Titres délivrés</i>	439	328	373	220
GUINÉENNE	<i>Demandes déposées</i>	770	566	724	605
	<i>Demandes instruites</i>	nc	197	262	219
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	73	129	111
	<i>Taux de refus</i>	nc	37,1 %	49,2 %	50,7 %
	<i>Titres délivrés</i>	289	253	253	194
CONGOLAISE (RDC)	<i>Demandes déposées</i>	747	498	514	547
	<i>Demandes instruites</i>	nc	170	176	209
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	66	79	98
	<i>Taux de refus</i>	nc	38,8 %	44,9 %	46,9 %
	<i>Titres délivrés</i>	320	210	202	171
MALIENNE	<i>Demandes déposées</i>	533	376	492	399
	<i>Demandes instruites</i>	nc	142	196	149
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	44	76	81
	<i>Taux de refus</i>	nc	31 %	38,8 %	54,4 %
	<i>Titres délivrés</i>	283	175	223	136

MAROCAINE	<i>Demandes déposées</i>	687	462	494	399
	<i>Demandes instruites</i>	nc	179	187	162
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	93	112	86
	<i>Taux de refus</i>	nc	52 %	59,9 %	53,1 %
	<i>Titres délivrés</i>	184	135	124	98
CAMEROUNAISE	<i>Demandes déposées</i>	597	424	428	353
	<i>Demandes instruites</i>	nc	163	168	126
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	37	41	51
	<i>Taux de refus</i>	nc	22,7 %	24,4 %	40,5 %
	<i>Titres délivrés</i>	329	239	270	143
CONGOLAISE	<i>Demandes déposées</i>	465	294	369	342
	<i>Demandes instruites</i>	nc	95	128	140
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	21	39	58
	<i>Taux de refus</i>	nc	22,1 %	30,5 %	41,4 %
	<i>Titres délivrés</i>	224	145	182	138
SÉNÉGALAISE	<i>Demandes déposées</i>	497	349	413	315
	<i>Demandes instruites</i>	nc	126	143	128
	<i>Demandes rejetées</i>	nc	39	57	63
	<i>Taux de refus</i>	nc	31 %	39,9 %	49,2 %
	<i>Titres délivrés</i>	202	158	158	101
Total primo-demandes des 10 premières nationalités		8 446	5 874	6 475	6 016 ⁽¹⁾
Total primo-délivrances des 10 premières nationalités		2 959	2 293	2 402	1 674 ⁽²⁾

Source : Direction générale des étrangers en France.

(1) En 2022, le nombre total de primo-demandes présentées par des ressortissants de pays tiers (hors ressortissants britanniques) s'élève à 10 566.

(2) En 2022, le nombre total de titres délivrés à des ressortissants de pays tiers (hors ressortissants britanniques) s'élève à 2 936.

**ANNEXE 3 – PROPOSITION DE RÉSOLUTION DÉPOSÉE
À LA SUITE DES TRAVAUX DU PRINTEMPS DE L'ÉVALUATION**

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

*relative au dérapage du coût pour l'État de la couverture santé
des étrangers en situation irrégulière et des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine
sûrs et au nombre d'étrangers
en situation irrégulière,*

présentée par Mesdames et Messieurs

Véronique LOUWAGIE, Olivier MARLEIX, Éric CIOTTI, Emmanuelle ANTHOINE, Thibault BAZIN, Valérie BAZIN-MALGRAS, Anne-Laure BLIN, Émilie BONNIVARD, Jean-Yves BONY, Ian BOUCARD, Jean-Luc BOURGEAUX, Xavier BRETON, Hubert BRIGAND, Fabrice BRUN, Pierre CORDIER, Josiane CORNELOUP, Christelle D'INTORNI, Marie-Christine DALLOZ, Vincent DESCOEUR, Fabien DI FILIPPO, Julien DIVE, Francis DUBOIS, Virginie DUBY-MULLER, Pierre-Henri DUMONT, Nicolas FORISSIER, Jean-Jacques GAULTIER, Annie GENEVARD, Philippe GOSSELIN, Justine GRUET, Victor HABERT-DASSAULT, Meyer HABIB, Michel HERBILLON, Patrick HETZEL, Philippe JUVIN, Mansour KAMARDINE, Marc LE FUR, Emmanuel MAQUET, Alexandra MARTIN, Frédérique MEUNIER, Maxime MINOT, Yannick NEUDER, Jérôme NURY, Éric PAUGET, Christelle PETEX-LEVET, Alexandre PORTIER, Aurélien PRADIÉ, Isabelle PÉRIGAULT, Nicolas RAY, Vincent ROLLAND, Raphaël SCHELLENBERGER, Vincent SEITLINGER, Nathalie SERRE, Michèle TABAROT, Jean-Pierre TAITE, Jean-Louis THIÉRIOT, Isabelle VALENTIN, Pierre VATIN, Antoine VERMOREL-MARQUES, Jean-Pierre VIGIER, Alexandre VINCEDET, Stéphane VIRY,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le 17 mai 2023, la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, réunie en commission d'évaluation des politiques publiques, a examiné les conclusions d'un rapport présenté par Mme Véronique Louwagie portant sur le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Ce travail vise à actualiser les conclusions rendues dans un précédent rapport remis le 26 mai 2021 sur le même sujet.

Si l'aide médicale de l'État (AME) constitue la clé de voûte de ces soins, dix autres dispositifs ^[1] y concourent également pour un coût total estimé, au minimum, à 1,7 milliard d'euros en 2022. Les travaux menés cette année par Mme Véronique Louwagie devraient conduire à revaloriser significativement cette estimation compte tenu, notamment, de **l'explosion du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun**. Le nombre de bénéficiaires s'élevait, en septembre 2022, à 403 144 ce qui représente une augmentation notable de 20,5 % par rapport au chiffre pour l'année 2019.

L'AME relève de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles 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 le plafond mentionné au 1^o de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale (soit 9 041 euros par an pour une personne seule). Ce dispositif permet à ses bénéficiaires de disposer, sans avance de frais, d'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. **Or, en France, et à l'inverse des autres pays européens, le panier de soins pris en charge ne se limite pas aux soins urgents et permet d'accéder à des soins non essentiels comme le recollement des oreilles ou la pose d'un anneau gastrique.** L'AME a fait l'objet d'une réforme limitée en 2019, dont la mise en œuvre a été affectée par la crise sanitaire. Le coût du seul dispositif de l'AME représenterait 1,14 milliard d'euros en 2023 selon les estimations retenues dans le dernier projet de loi de finances.

Pris sur le fondement de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et prévu à l'article R. 111-4 de ce même code, le dispositif du « maintien des droits expirés » à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire permet à des étrangers ayant précédemment bénéficié d'une affiliation régulière à la protection universelle maladie (PUMA) et, le cas échéant, à la complémentaire santé solidaire (C2S, exCMUC) 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. Cette durée de maintien des droits était de 12 mois jusqu'au 1^{er} janvier 2020. Sans équivalent en Europe, ce dispositif était initialement conçu pour éviter des ruptures temporaires de droit à des étrangers en instance de renouvellement de leur titre de séjour. **Si ce dispositif répond à cet objectif, des contrôles engagés en 2020 ont cependant montré qu'il a également bénéficié à,**

au moins, 25 000 étrangers en situation irrégulière qui auraient dû relever de l'AME. La mise en œuvre de ce dispositif est affectée par des conditions d'accès trop souples puisque le bénéfice de ce maintien de droit n'est pas subordonné à une durée d'ancienneté de résidence supérieure à celle nécessaire à l'ouverture des droits à la PUMA (c'est-à-dire « plus de trois mois ») ou à l'engagement d'une démarche effective de renouvellement d'un titre de séjour. Par ailleurs, la présence de plusieurs dizaines de milliers d'étrangers en situation irrégulière dans ce dispositif représente une charge financière indue pour l'assurance maladie dans la mesure où cette population devrait être prise en charge dans le cadre de l'AME qui est financée par le budget de l'État. Un décret du 25 avril 2023 est venu préciser les modalités de fermeture des droits à la protection universelle maladie pour les personnes ne remplissant plus la condition de régularité du séjour et qui ne disposent pas de la protection complémentaire en matière de santé. Désormais, lorsqu'une personne est admise au bénéfice de l'AME avant la fermeture de ses droits, cette dernière est alors prononcée par anticipation **mais uniquement sur demande de la personne concernée.** Cette évolution va dans le bon sens, mais demeure insuffisante pour mieux encadrer le dispositif.

Parmi les neuf autres dispositifs dispensant des soins aux étrangers en situation irrégulière, la procédure d'admission au séjour pour soins appelle des observations particulières. Prévues à l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, cette procédure permet à « l'étranger, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, [de se voir] délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an ». Le titre de séjour ainsi délivré peut-être renouvelé et faire l'objet d'une carte de séjour pluriannuelle dont la durée est égale à celle des soins. Ce dispositif est ouvert à l'ensemble des étrangers en situation irrégulière, notamment les demandeurs d'asile déboutés de leur demande d'asile provenant de pays d'origine sûrs.

Selon les données transmises par le ministère de l'intérieur, 29 708 titres et documents provisoires de séjour « étranger malade » étaient en cours de validité au 31 décembre 2019 en France et 14 611 titres de séjour de ce type ont été délivrés en 2019. Parmi les autres États de l'Union européenne, seule la Belgique propose un dispositif proche. Mme Louwagie a relevé, dans le cadre des travaux qu'elle conduit actuellement, la difficulté voire l'impossibilité d'évaluer le coût que représente ce dispositif. **Il s'agit d'un véritable angle mort de l'offre de soins proposée aux étrangers** qui induit une sous-évaluation probablement importante du coût total des soins qui sont dispensés à cette population.

La protection santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs ⁽³⁾ soulève également certaines questions. Plus de 30 000 demandes d'asile sont déposées chaque auprès de l'OFPRA par des ressortissants de pays d'origine sûrs. Ces demandes d'asile se distinguent par un taux d'acceptation très faible, trois

fois inférieur au taux moyen de protection accordé par l'OFPRA. **Le dévoiement de la procédure de demande d'asile est patent et les réelles motivations de ces personnes sont économiques ou sanitaires.** À titre d'exemple, 5 598 ressortissants des pays du G20 ont déposé une demande de titre de séjour pour soins entre 2017 et 2022. Une partie de cette population fait peser des tensions sur le système de soins.

La variété et l'étendue de ces différents dispositifs sont peu comprises socialement et favorisent une immigration irrégulière pour soins qui pèse sur le système de soins français.

L'étude réalisée en 2021 par Mme Louwagie avait permis de réévaluer le nombre d'étrangers en situation irrégulière en métropole aux environs de 400 000 à 450 000 pour tenir compte des 50 000 étrangers en situation irrégulière relevant indûment du dispositif de maintien de droit alors qu'ils auraient dû relever du dispositif de l'AME. En novembre 2021, le ministre de l'Intérieur a indiqué que la France comptait entre 600 000 et 700 000 étrangers en situation irrégulière. **Compte tenu des 403 144 bénéficiaires de l'AME et du taux de non-recours très élevé à cette aide le chiffre pourrait être encore sous-évalué.** En se fondant sur un taux de non-recours à l'AME de 50 % – qui est aujourd'hui la seule estimation disponible –, **le nombre d'étrangers en situation irrégulière s'élèverait à 800 000 environ en 2022.** Il s'agit toutefois d'une simple estimation, le taux de non-recours à l'AME n'ayant jamais fait l'objet d'une évaluation suffisamment précise et à grande échelle.

Cette estimation précautionneuse devrait être complétée et affinée par un travail interministériel de dénombrement des étrangers en situation irrégulière ou par une étude d'un corps d'inspection.

Sur ces différents points, l'Assemblée nationale mériterait de disposer d'éléments complémentaires, ce qui justifie la présentation de la présente proposition de résolution.

Cette proposition de résolution invite donc le Gouvernement à mieux chiffrer le coût réel pour les finances publiques de la couverture médicale des étrangers en situation irrégulière, et à mettre fin au dérapage totalement incontrôlé de ces dépenses en limitant ce panier de soins aux seuls soins urgents.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Article unique

L'Assemblée nationale,

Vu l'article 34-1 de la Constitution,

Vu l'article 136 du Règlement de l'Assemblée nationale,

Vu les articles 46, 54 et 57 de la loi organique modifiée n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances,

Vu les articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles,

Vu les articles L. 425-9 et L. 433-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,

Vu l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale,

Vu les travaux de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, réunie en commission d'évaluation des politiques publiques le 26 mai 2021,

Vu les travaux de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, réunie en commission d'évaluation des politiques publiques le 17 mai 2023,

Considérant les incertitudes pesant sur le nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français en métropole et outre-mer ;

Considérant que le panier de soins de l'offre médicale de l'État proposé en France aux étrangers en situation irrégulière ne se limite pas aux soins urgents, comme cela est le cas dans les autres pays de l'Union européenne ;

Considérant que l'assurance maladie n'est actuellement pas autorisée à recueillir des données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ainsi que sur les pathologies soignées ;

Considérant que les conditions d'accès au dispositif de maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire favorisent l'accès à ces dispositifs d'étrangers en situation irrégulière qui devraient normalement relever de l'aide médicale de l'État ;

Considérant que le dispositif de maintien des droits sociaux figurant à l'article L. 433-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile est partiellement redondant avec celui du maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et la complémentaire santé solidaire ;

Considérant que les critères d'accès à la procédure d'admission au séjour pour soins sont insuffisamment restrictifs et que les compétences de l'Office français de l'immigration et de l'intégration sont restreintes ;

Considérant l'état de la couverture maladie accordée aux demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs ;

Considérant l'envolée du coût de ces différents dispositifs, leur évolution récente et leurs perspectives d'évolution ;

1. Invite le Gouvernement à envisager un travail interministériel ou à solliciter des corps d'inspection pour évaluer le nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français en métropole et outre-mer ;

2. Souhaite que l'État engage une réforme de l'aide médicale de l'État et qu'elle soit recentrée sur les seuls soins urgents pour se rapprocher des dispositifs en vigueur dans les autres États de l'Union européenne ;

3. Suggère que l'assurance maladie soit autorisée à recueillir des données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ainsi que sur les pathologies soignées ;

4. Estime nécessaire que l'agence de la biomédecine soit autorisée à connaître et enregistrer le statut administratif des étrangers sollicitant ou bénéficiant d'une greffe ;

5. Invite le Gouvernement à envisager le resserrement des conditions d'accès au dispositif de maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire ;

6. Souhaite que le Gouvernement engage une réflexion sur la conservation, l'adaptation ou la suppression du dispositif de maintien des droits sociaux figurant à l'article L. 433-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

7. Suggère au Gouvernement de restreindre les conditions d'accès à la procédure d'admission au séjour pour soins et de renforcer les compétences de l'Office français de l'immigration et de l'intégration dans la gestion de ce dispositif ;

8. Invite le Gouvernement à envisager de modifier la protection santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs.

PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)

– M. Didier Leschi, directeur général ; Dr Thanh Le Luong, directrice du service médical de l'OFI

Direction générale des étrangers en France (DGEF)

– M. Éric Jalon, directeur général

Direction des affaires juridiques (DAJ), Ministères sociaux

– M. Thomas Breton, sous-directeur du contentieux, Mme Susie Bois, consultante juridique en charge des dispositifs d'indemnisation au bureau de la médiation et de l'indemnisation et Mme Hélène Lussan, cheffe du bureau de la médiation et de l'indemnisation

Association d'aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anti-convulsivant

– Mme Marine Martin, présidente

Agence nationale sécurité sanitaire alimentaire nationale (ANSES)

– M. Benoit Vallet, directeur général ; Mme Agathe Denéchère, directrice générale adjointe

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

– Mme Fanny Richard, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins et Mme Corinne Lamarque, responsable de la Mission pour l'accès à la complémentaire santé solidaire, à l'AME et aux soins urgents

Institut national du cancer

– Professeur Norbert Ifrah, président et M. Thierry Breton, directeur général

Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)

– M. Christophe Le Gallo, président du collège d'experts, M. Sébastien Leloup, directeur général M. Cyrille Jolivel, responsable du service des missions spécifiques, et M. Denis Casanova, directeur des ressources

Direction générale de la santé (DGS) :

– Mme Danielle Metzen-Ivars, cheffe de service des politiques d’appui au pilotage et de soutien ; Mme Athina Aleonard, chef du bureau et Mme Kadija Brahmi, adjointe à la cheffe du bureau

Direction de la sécurité sociale (DSS) :

– M. Thomas Ramilijaona, adjoint sous-directeur de la direction du financement de la sécurité sociale, Mme Marion Muscat, adjointe sous-directrice de la direction de l’accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail ; M. Alexis Gravel, adjoint au chef du bureau économie de la santé, M. Baptiste Devalois, chargé de mission accès aux soins des personnes étrangères, Mme Claire Marin, chargée de mission au bureau de la synthèse financière et Mme Lucie Garcin, adjointe au chef du bureau de la synthèse financière

*

* *