

N° 4195

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 mai 2021

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE LOI, APRÈS ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, *de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2020* (n° 4090),

PAR M. LAURENT SAINT-MARTIN,
Rapporteur général
Député

ANNEXE N° 38

SANTÉ

Rapporteuse spéciale : MME VÉRONIQUE LOUWAGIE

Députée

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE ET CHIFFRES-CLÉS	7
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	9
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DES DÉPENSES	11
I. LE PROGRAMME 183 <i>PROTECTION MALADIE</i> : UNE EXÉCUTION PROCHE DES PRÉVISIONS CONTRASTANT AVEC DES INCERTITUDES ET DES POINTS DE FRICTION PERSISTANTS	14
A. L'EXÉCUTION DES CRÉDITS DE L'AME	14
B. L'EXÉCUTION DES CRÉDITS DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	17
C. LES DÉPENSES FISCALES	18
II. LE PROGRAMME 204 <i>PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS</i> : UN OUTIL DE GESTION INDIRECT DE LA CRISE SANITAIRE	19
A. LE PROGRAMME 204, UN SUPPORT INDIRECT DE LA GESTION FINANCIÈRE DE LA CRISE SANITAIRE CONCERNÉ PAR UNE INTENSE RÉGULATION BUDGÉTAIRE	20
1. Un support indirect de la gestion financière de la crise sanitaire.....	20
2. Une crise sanitaire à l'origine d'une intense régulation budgétaire.....	22
B. L'EXÉCUTION DES AUTRES ACTIONS DE LA MISSION <i>SANTÉ</i> EST PROCHE DES PRÉVISIONS ET SE DISTINGUE PAR UN EFFORT DE SINCÉRITÉ DU FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DU TERRITOIRE DES ÎLES WALLIS-ET-FUTUNA	22
C. LES DÉPENSES FISCALES	24

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉVALUATION DU COÛT DES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE	25
I. LES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REPOSENT SUR ONZE DISPOSITIFS DIFFÉRENTS	27
A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT, CLÉ DE VOÛTE DES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE	27
1. Les bénéficiaires et les soins pris en charge	27
a. Les bénéficiaires	27
b. Les soins pris en charge : un panier de soins beaucoup plus large que dans les autres pays européens	29
2. Une réforme récente limitée dont la mise en œuvre est affectée par la crise sanitaire	30
a. La réforme engagée en 2019	30
b. Une réforme affectée par la crise sanitaire.....	31
B. LE MAINTIEN DES DROITS EXPIRÉS À LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ET À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : UN DISPOSITIF INITIALEMENT NON CONÇU POUR LES ÉTRANGERS DURABLEMENT EN SITUATION IRRÉGULIÈRE MAIS BÉNÉFICIAIRE À UN NOMBRE IMPORTANT D'ENTRE EUX	33
1. Un dispositif initialement conçu pour éviter des ruptures temporaires de droit à des étrangers en instance de renouvellement de leur titre de séjour	33
a. L'objectif initial	33
b. Un objectif desservi par des conditions d'accès trop souples et par la rénovation tardive des méthodes de contrôle.....	35
i. Des conditions d'accès trop souples	35
ii. La rénovation tardive des méthodes de contrôle.....	37
2. Un dispositif bénéficiant à de nombreux étrangers en situation irrégulière qui devraient relever de l'AME.....	38
a. Des contrôles en cours suggèrent que de 30 000 à 50 000 étrangers en situation irrégulière ont bénéficié du dispositif de maintien de droits alors qu'ils auraient dû relever de l'AME	38
b. Des contrôles à poursuivre, des méthodes à affiner	40
C. LES AUTRES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ET GÉNÉRALISTES DE SOINS EN FAVEUR DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE SONT D'AMPLEUR PLUS LIMITÉE	41
1. Les dispositifs spécifiques réservés aux étrangers en situation irrégulière.....	41
a. L'admission au séjour pour soins : une autre exception française	41
b. Les soins dans les centres de rétention administrative.....	44
c. Les soins dispensés à Mayotte aux étrangers en situation irrégulière.....	44
2. Les dispositifs généralistes notamment ouverts aux étrangers en situation irrégulière	45

a. Les soins en détention	45
b. Les permanences d'accès aux soins de santé, la mission d'intérêt général « Précarité » et les équipes mobiles psychiatrie précarité.....	46
i. Les permanences d'accès aux soins de santé	46
ii. La mission d'intérêt général « Précarité »	46
iii. Les équipes mobiles psychiatrie précarité	47
c. Le Samu social.....	47
d. Les centres d'accueil, de soins et d'orientation et les autres initiatives privées soutenues par des dépenses fiscales.....	47
II. 1,5 MILLIARD D'EUROS PAR AN : LE COÛT D'UNE EXCEPTION FRANÇAISE EN ATTENTE D'UNE RÉELLE RÉFORME	49
A. UN COÛT NE POUVANT PAS ÊTRE CHIFFRÉ PRÉCISÉMENT MAIS DONT LE MONTANT EST ESTIMÉ, AU MINIMUM, À 1,5 MILLIARD D'EUROS EN 2019.....	49
1. Les dépenses chiffrées par la rapporteure spéciale.....	49
a. Une dépense d'environ 1,5 milliard d'euros	49
b. La méthodologie retenue.....	50
2. Les dépenses n'ayant pas pu être chiffrées par la rapporteure spéciale.....	52
3. Des perspectives financières préoccupantes	53
B. UNE EXCEPTION FRANÇAISE EN ATTENTE D'UNE RÉELLE RÉFORME.....	55
1. Les prérequis : affiner l'estimation du nombre d'étrangers en situation irrégulière et mesurer plus finement la nature et le coût des soins leur étant dispensés	55
a. Affiner l'estimation du nombre d'étrangers en situation irrégulière : les estimations actuelles doivent être relevées.....	55
b. Mesurer plus finement la nature et le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière	56
2. Mettre fin à l'exception française et rapprocher les dispositifs nationaux du droit commun européen	60
a. Recentrer l'AME sur les soins urgents incluant les soins contre les pandémies ou, au minimum, redéfinir le panier de soins.....	60
b. Resserrer les conditions d'accès et les modalités de gestion du dispositif de maintien des droits expirés.....	61
c. Restreindre la procédure d'admission au séjour pour soins ou, au minimum, en améliorer le fonctionnement.....	62
d. Modifier la protection santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs.....	64
LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE.....	66
EXAMEN EN COMMISSION	69

ANNEXES	71
ANNEXE 1 - SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE DU CENTRE EUROPÉEN DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION PARLEMENTAIRE (CERDP) RÉALISÉE PAR LE SERVICE DES AFFAIRES EUROPÉENNES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	71
ANNEXE 2 - ARTICLE R. 111-4 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	81
ANNEXE 3 - MODALITÉS D'ORGANISATION DU CONTRÔLE DE LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR PAR LES CPAM	82
ANNEXE 4 - STATISTIQUES RELATIVES AUX RESSORTISSANTS PROVENANT DE PAYS D'ORIGINE SÛRS (NOMBRE DE DEMANDES D'ASILE DÉPOSÉES EN 2019, NOMBRE DE DÉCISIONS RENDUES PAR L'OFPRA ET TAUX DE PROTECTION OFPRA)	83
ANNEXE 5 - EXEMPLE DE FRAUDE À L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT - EXTRAIT D'UN DOCUMENT DU 6 OCTOBRE 2015 DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	84
ANNEXE 6 - DISPOSITIF D'AIDE AU RETOUR MÉDICALISÉ VOLONTAIRE (BROCHURE DE L'OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION ET DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS)	85
ANNEXE 7 - COMPARAISON DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ET DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	87
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE	89
SOURCES UTILISÉES	91

SYNTHÈSE ET CHIFFRES-CLÉS

Le présent rapport rend compte de l'**exécution budgétaire 2020 de la mission Santé composée des programmes 183 Protection maladie et 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**. Le programme 183 finance l'aide médicale de l'État (AME) organisant la prise en charge sanitaire des étrangers en situation irrégulière résidant en France et, de manière subsidiaire, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le programme 204 finance usuellement la politique de modernisation de l'offre de soins, le pilotage de la politique de santé publique et deux opérateurs de l'État (l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail). En 2020, ce programme aura également indirectement et activement participé au financement des politiques publiques contre l'épidémie de Covid 19.

Durant cet exercice, l'exécution de ces postes budgétaires s'est établie à **1 765,9 millions d'euros en AE** et à **1 723,9 millions d'euros en CP**, soit des montants très supérieurs à ceux ouverts par la loi de finances pour 2020 (+ **641 millions d'euros** pour les AE [+ 56,9 %] et + **595,7 millions d'euros** pour les CP [+ 52,8 %]). Cette **sur-exécution est cependant d'une ampleur très différente selon les programmes**.

Cette **sur-exécution** a ainsi été **très limitée** pour le **programme 183 Protection maladie** (+ 8,7 millions d'euros) puisque la pandémie a ralenti les dépenses de soins des étrangers en situation irrégulière. **En 2020, les dépenses d'AME ont ainsi représenté 928,3 millions d'euros en retrait de 1 % par rapport à l'exercice 2019**. Si la budgétisation initiale et l'exécution du programme 183 ont été satisfaisantes, celles-ci soulèvent néanmoins toujours d'**importantes interrogations**.

La **sur-exécution** du **programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins** en revanche a été **très élevée en 2020** (+ 623,3 millions d'euros en AE et + 587 millions d'euros en CP). L'action n° 16 *Veille et sécurité sanitaire* de ce programme a servi de support indirect à la gestion financière de la crise sanitaire au moyen d'un fonds de concours alimenté par l'assurance maladie. Les autres actions de ce programme ont été exécutées de manière relativement conforme aux prévisions à l'exception des dépenses d'indemnisation des victimes de la Dépakine.

Dans ce contexte particulier, l'**exécution des crédits** peut être jugée **sincère même s'il est encore nécessaire d'attendre les conclusions d'une prochaine enquête de la Cour des comptes (prévues à l'été 2021) pour connaître les conditions définitives dans lesquelles le programme 204 a été sollicité pour exécuter certaines dépenses**.

La seconde partie du rapport est consacrée à l'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière.

Ces soins reposent sur onze dispositifs différents. Si l'aide médicale de l'État constitue la clé de voûte de cette organisation, celle-ci repose également sur le dispositif de maintien des droits expirés à l'assurance maladie ainsi que sur neuf autres dispositifs d'ampleur plus limitée.

L'importance de la couverture sanitaire existante en France en faveur des étrangers en situation irrégulière constitue une **exception en Europe**.

Le coût de six de ces onze dispositifs a pu être mesuré et évalué à 1,5 milliard d'euros en 2019, soit un montant supérieur de près de 60 % au coût de l'aide médicale de l'État durant cet exercice. Ce montant élevé, dont les perspectives d'évolution sont préoccupantes, plaide pour une profonde remise en cause de l'organisation des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière.

L'exception française doit être corrigée.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

– Recommandations sur l'exécution budgétaire :

- 1- Confirmer dans la durée l'apurement de la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie au titre de l'AME soins urgents ;
- 2- Améliorer la prévision et l'exécution des dépenses d'indemnisation en faveur des victimes de la Dépakine.

– Recommandations sur les soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière * :

- 3- Diligenter un travail interministériel ou solliciter des corps d'inspection pour affiner l'évaluation du nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français (en métropole et outre-mer) ;
- 4- Réformer l'aide médicale de l'État :
 - ⇒ recentrer l'AME sur les soins urgents et, à défaut, redéfinir le panier de soins pour en exclure certains gestes médicaux (intervention pour oreilles décollées et pose d'un anneau gastrique et autres interventions liées à l'obésité) ;
 - ⇒ autoriser le recueil de données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME ainsi que sur les pathologies soignées ;
- 5- Réformer le dispositif de maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire :
 - ⇒ achever les contrôles engagés en septembre 2020 et affiner la procédure de contrôle ;
 - ⇒ resserrer les conditions d'accès à ce dispositif ;
 - ⇒ réduire, d'ici deux ou trois ans, de 6 à 3 mois la durée de maintien de droit ;
- 6- Réformer l'admission au séjour pour soins :
 - ⇒ restreindre l'accès à ce dispositif ;
 - ⇒ renforcer les compétences de l'OFII.
- 7- Réformer la protection santé des demandeurs d'asile provenant pays d'origine sûrs

*** LA LISTE COMPLÈTE DES PROPOSITIONS FIGURE PAGES 66-67**

PREMIÈRE PARTIE : REVUE DES DÉPENSES

Le présent rapport rend compte de l'exécution budgétaire 2020 de la mission *Santé* qui est composée des programmes 183 *Protection maladie* et 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*. Le programme 183 finance l'aide médicale de l'État (AME) organisant la prise en charge sanitaire des étrangers en situation irrégulière résidant en France et, de manière subsidiaire, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Le programme 204 finance usuellement la politique de modernisation de l'offre de soins, le pilotage de la politique de santé publique et deux opérateurs sanitaires (l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). En 2020, ce programme a également contribué indirectement au financement de la politique publique de lutte contre l'épidémie de Covid 19.

La mission *Santé* comprend onze dépenses fiscales dont le coût est estimé à **1 038 millions** d'euros en 2020. Ces dépenses fiscales sont réparties entre les programmes 183 (3 dépenses fiscales, 487 millions d'euros) et 204 (8 dépenses fiscales, 551 millions d'euros).

Les crédits ouverts par la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 en faveur de la mission *Santé* s'établissaient à 1 124,9 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE) et à 1 128,2 millions d'euros en crédits de paiement (CP). L'exécution 2020 de ces crédits se caractérise par une **sur-exécution très prononcée** (+ 641 millions d'euros en AE [+ 56,9 %] et + 595,7 millions d'euros en CP [+ 52,8 %]) **imputable à la crise sanitaire**. Cette sur-exécution n'est pas uniforme : si elle a été très limitée pour le programme 183 (+ 8,7 millions d'euros en AE et en CP) elle a en revanche été très élevée pour le programme 204 (+ 623,3 millions d'euros en AE et + 587 millions d'euros en CP).

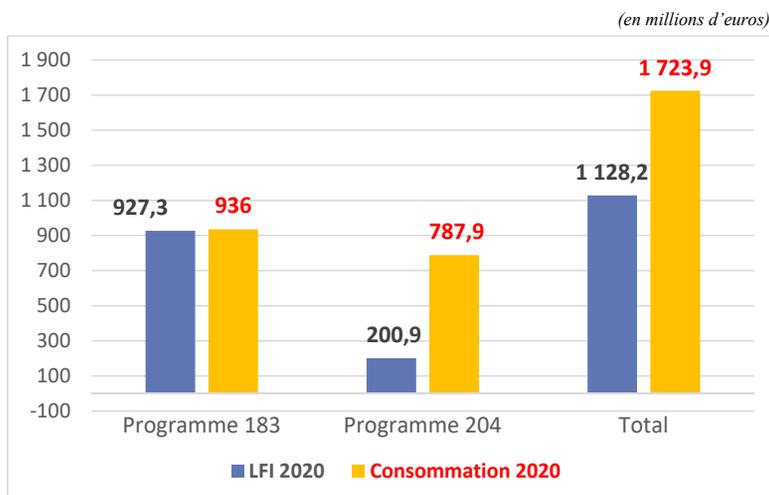
L'EXÉCUTION 2020 DES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ

(en millions d'euros)

	Crédits demandés		Crédits exécutés		Écart en valeur absolue (et en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 183 <i>Protection maladie</i>	927,3	927,3	936	936	+ 8,7 (+ 0,9 %)	+ 8,7 (+ 0,9 %)
Programme 204 <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	197,6	200,9	829,9	787,9	+ 632,3 (+ 319,9 %)	+ 587 (+ 292,2 %)
Ensemble de la mission	1 124,9	1 128,2	1 765,9	1 723,9	+ 641 (56,9 %)	+ 595,7 (52,8 %)

La représentation graphique de l'exécution budgétaire 2020 des crédits de paiement de la mission *Santé* est la suivante :

EXÉCUTION 2020 DES CRÉDITS DE PAIEMENT DE LA MISSION SANTÉ



Source : commission des finances.

Dans ce contexte particulier, l'exécution des crédits semble à première vue sincère même si, pour se prononcer définitivement, il sera nécessaire d'attendre les conclusions (prévues à l'été 2021) d'une enquête de la Cour des comptes pour connaître les conditions définitives dans lesquelles le programme 204 a été sollicité en 2020 pour exécuter certaines dépenses, notamment celles relevant du fonds de concours *Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins* alimenté par l'assurance maladie dans le cadre de la gestion financière de la crise sanitaire.

Les crédits exécutés en 2020 sont en rupture par rapport aux précédentes exécutions budgétaires :

ÉVOLUTION DE L'EXÉCUTION DES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES (À MAQUETTE COMPARABLE)

(en millions d'euros)

	Crédits exécutés en 2017		Crédits exécutés en 2018		Crédits exécutés en 2019	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Programme 183 <i>Protection maladie</i>	811,7	811,7	911	911	947,2	947,2
Programme 204 <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	441,4	436,9	424,7	426,7	405,3	407,6
Ensemble de la mission	1 253,1	1 248,6	1 236,4	1 337,7	1 352,5	1 354,8

Les crédits de la mission Santé ont été exécutés dans un cadre budgétaire renouvelé puisque, depuis le 1^{er} janvier 2020, le programme 204 n'assure plus le financement de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) et de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) désormais pris en charge par l'assurance maladie ⁽¹⁾.

La réduction du périmètre de cette mission conduit la rapporteure spéciale à **renouveler ses doutes sur la pérennité de la mission Santé** dont elle regrette le **manque d'unité** et le **côté fourre-tout**. La Cour des comptes partage ces interrogations puisqu'elle s'interroge également sur « l'usage de la mission budgétaire Santé » ⁽²⁾. La rapporteure spéciale réitère également ses regrets sur l'imparfaite connaissance des dépenses d'AME et, plus généralement, sur les dépenses de soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière (cf. *infra*).

Les **indicateurs** de la maquette budgétaire sont **globalement** pertinents même si **certaines ajustements devraient être envisagés**. L'indicateur du « pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'État contrôlés » utilisé dans le programme 183 mériterait d'être complété par une présentation du résultat de ces contrôles. La trajectoire budgétaire envisagée pour l'indemnisation des victimes de la Dépakine et de ses dérivés devrait pour sa part faire l'objet d'un indicateur spécifique au sein du programme 204.

L'analyse des crédits consommés en 2020 se fera par ordre d'importance.

(1) En 2019, le programme 204 avait financé ces opérateurs à hauteur de 263,97 millions d'euros en AE et en CP (dont 147,49 millions d'euros pour l'ANSP et 116,48 millions d'euros pour l'ANSM). En sens inverse, « l'accompagnement des groupements hospitaliers de territoire par le programme Phare, a été transféré de l'assurance maladie au programme 204 pour 2,3 millions d'euros et un transfert de 0,50 million d'euros en provenance du programme 216 - Conduite et pilotage des politiques de l'intérieur, destiné à la prise en charge des dépenses contentieuses liées à des hospitalisations sans consentement a rejoint le périmètre de la mission » (Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020, page 11).

(2) Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020 de la mission Santé : « le rôle de cette mission semble se voir réduit à la prise en charge subsidiaire par l'État de dépenses sui generis, relevant en particulier de la solidarité nationale, à l'instar de l'AME et de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, de la responsabilité contentieuse ou amiable de l'État (indemnisation des victimes de l'amiante et des accidents médicaux), de financements répartis entre plusieurs ministères (dotations des deux opérateurs restés dans son champ, l'INCa et l'Anses), de systèmes d'information ministériels, de subvention d'associations ou encore de dépenses opérationnelles imposées par l'agence » (page 6).

I. LE PROGRAMME 183 *PROTECTION MALADIE* : UNE EXÉCUTION PROCHE DES PRÉVISIONS CONTRASTANT AVEC DES INCERTITUDES ET DES POINTS DE FRICTION PERSISTANTS

Doté en loi de finances pour 2020 de 927,3 millions d’euros en AE et en CP, le programme 183 comprend des actions relatives au financement de l’aide médicale de l’État (AME, action n° 2) et, de manière très subsidiaire, du fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (action n° 3).

En 2020, les dépenses d’AME ont représenté 928,3 millions d’euros en retrait de 1 % par rapport à l’exercice 2019 (939,4 millions d’euros, soit une baisse de 11,1 millions d’euros). Pour la deuxième année consécutive, l’exercice 2020 a été marqué par une exécution des crédits proche des prévisions initiales puisque les dépenses exécutées n’ont été que très légèrement supérieures (+ 9 millions d’euros en CP et en AE, soit + 0,9 %) aux crédits ouverts. Si, après plusieurs années d’insincérité ⁽¹⁾, la budgétisation initiale et l’exécution du programme 183 sont satisfaisantes celles-ci soulèvent néanmoins toujours d’importantes interrogations.

Les dépenses exécutées se sont ainsi réparties :

EXÉCUTION 2020 DES CRÉDITS DU PROGRAMME 183 *PROTECTION MALADIE*

(en millions d’euros)

	Crédits ouverts en LFI 2020		Crédits exécutés en 2020		Écart en valeur absolue (et en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
02 – Aide médicale de l’État	919,3	919,3	928,3	928,3	+ 9 (+ 0,9 %)	+ 9 (+ 0,9 %)
03 – Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante	8	8	7,7	7,7	- 0,3 (- 3,75 %)	- 0,3 (- 3,75 %)
Total :	927,3	927,3	936	936	+ 8,7 (+ 0,9 %)	+ 8,7 (+ 0,9 %)

Source : rapport annuel de performances et Cour des comptes.

A. L’EXÉCUTION DES CRÉDITS DE L’AME

Le dispositif de l’AME comporte trois éléments distincts : l’AME de droit commun, le dispositif dédié aux soins urgents et l’AME « humanitaire ». L’ensemble du dispositif est géré par l’assurance maladie pour le compte de l’État.

(1) L’écart entre les crédits ouverts et les crédits exécutés du programme 183 s’était élevé à 21,4 millions d’euros en 2018, à 85,3 millions d’euros en 2016 et à 87,5 millions d’euros en 2015.

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 le plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale (soit 9 041 euros par an pour une personne seule) ⁽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.

– 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 ⁽²⁾. 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 ⁽³⁾. Le coût de ce dispositif est partagé entre l'État (qui accorde une dotation forfaitaire à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et l'assurance maladie (qui prend en charge les dépenses allant au-delà de ce forfait).

– Les **autres formes d'AME** (réunies sous l'appellation « **AME humanitaire** ») concernent trois 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) ;

* les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion et de la métropole et la prise en charge de frais d'hospitalisation consécutifs à des évacuations sanitaires de Français résidant au Vanuatu vers la Nouvelle-Calédonie en application d'une convention de 1982 ;

* l'aide médicale (soins infirmiers et médicaments) accordée aux personnes étrangères placées en garde à vue (article L. 251-1 du CASF et décret n° 2009-1026 du 25 août 2009) ou, sous certaines conditions, en rétention.

(1) Ce plafond varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer. Depuis le 1^{er} avril 2021, le plafond de ressources pour une personne vivant en métropole s'établit à 9 041 euros par an pour une personne seule, soit 753,42 euros par mois. Pour une personne vivant outre-mer, il s'établit à 10 063 euros, soit 838,58 euros par mois. Ce plafond est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'INSEE l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation (article L. 161-25 du code de la sécurité sociale). Ce plafond de ressources ne s'applique pas à « l'AME humanitaire » qui peut être attribuée à titre exceptionnel par le ministre chargé de l'action sociale à une personne ne résidant pas en France, présente sur le territoire français et dont l'état de santé le justifie.

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

(3) Selon le rapport annuel de performances : « ces soins ont un périmètre restreint, et concernent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie ainsi que les soins des femmes enceintes ou des nouveau-nés, dispensés exclusivement en établissement hospitalier » (page 78).

En 2020, l'exécution budgétaire des différentes composantes de l'AME a été la suivante (en AE et CP) :

EXÉCUTION 2020 DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

(en millions d'euros)

	Crédits ouverts en LFI 2020	Crédits exécutés en 2020	Écart en valeur absolue (et en %)
AME de droit commun	847,3	857	+ 9,7 (+ 1,1 %)
AME soins urgents	70	70	0
Autres formes d'AME	2	1,3	- 0,7 (- 35 %)
Total :	919,3	928,3	+ 9 (+ 0,9 %)

L'exécution de ces crédits appelle les observations suivantes :

► **En 2020, les dépenses d'AME inscrites au budget de l'État ont été exécutées conformément aux prévisions. Cette exécution satisfaisante s'explique cependant plus par la modération de la dépense consécutive à la crise sanitaire que par la justesse de la prévision initiale.** La Cour des comptes observe ainsi que « la crise a mécaniquement entraîné une baisse du recours aux soins, médicaments et prestations hospitalières financés par l'AME » (de 5,6 %) ce qui a permis de respecter un budget initial de l'AME de droit commun caractérisé par une sous-budgétisation imputable à une anticipation trop favorable des économies attendues du renforcement de la lutte contre la fraude (60 millions d'euros). Autrement dit, « **si les dépenses n'ont pas significativement dépassé la budgétisation initiale, le moindre recours aux soins par les bénéficiaires provoqué par la crise sanitaire en paraît la cause principale** »⁽¹⁾.

► **La dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie au titre de l'AME pour soins urgents a été apurée** ce que la rapporteure spéciale note avec satisfaction même si cette évolution résulte moins d'une démarche volontaire que de la moindre consommation induite par la crise sanitaire⁽²⁾.

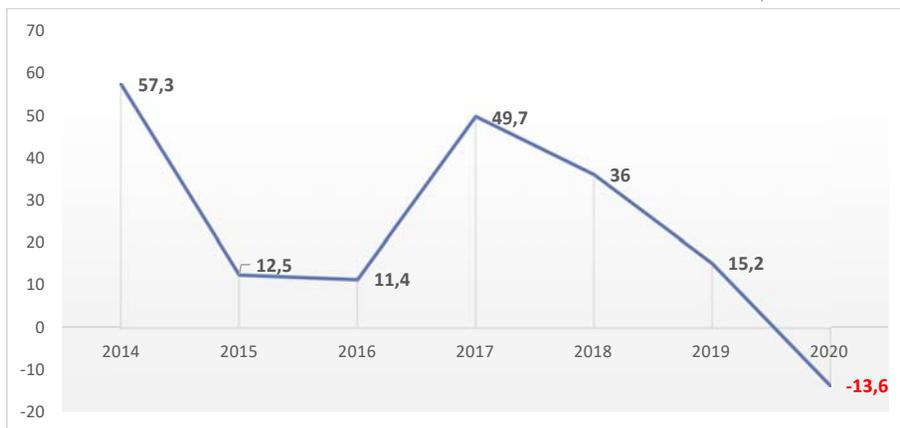
Une créance de 13,6 millions d'euros (de l'assurance maladie en direction de l'État) est même constatée. **La rapporteure spéciale recommande de confirmer cet apurement dans la durée.**

(1) Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020 de la mission Santé, pages 6 et 16. La baisse de la consommation de soins observée en janvier et février 2020, n'était cependant pas imputable à la crise mais tenait aux répercussions d'une grève du codage de certains actes médicaux par des personnels de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

(2) Cette dette est née du décalage entre la dotation de l'État et le coût réel de l'AME soins urgents supporté par l'assurance maladie.

ÉVOLUTION DE LA DETTE DE L'ÉTAT À L'ÉGARD DE L'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DE L'AME SOINS URGENTS

(en millions d'euros)



Source : commission des finances (d'après les données de la Cour des comptes).

► Ces éléments favorables ne masquent pas la permanence de plusieurs points d'incertitude et de friction. L'incertitude concerne la date d'application de l'ensemble de la réforme de l'AME adoptée fin 2019 dont certains aspects ont été reportés en raison du contexte sanitaire (cf. *infra*). Les points de friction intéressent le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. La rapporteure spéciale déplore de nouveau l'absence de document établissant le coût consolidé de l'AME et des autres dépenses des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Cette carence persistante explique que la rapporteure spéciale s'est attachée, dans la seconde partie de ce rapport, à reconstituer une partie de ces dépenses. L'absence de données relatives aux pathologies traitées dans le cadre de l'AME et aux nationalités des bénéficiaires de ces soins est également regrettable.

B. L'EXÉCUTION DES CRÉDITS DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est un établissement public administratif créé 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. Cet opérateur dispose de trois types de ressources :

– une dotation (d'un montant de 260 millions d'euros en 2020) versée par la branche accidents du travail / maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale ;

– des recettes encaissées au titre des actions subrogatoires engagées à l'encontre des responsables de l'exposition à l'amiante (36,6 millions d'euros en 2019) ;

– à titre subsidiaire, une dotation versée par l’État au moyen du programme 204 (8 millions d’euros en 2020) et affectée au financement des dépenses de gestion de l’établissement (personnel, frais de fonctionnement et dépenses d’investissement).

Les crédits exécutés en 2020 au titre de cette dotation se sont élevés à 7,7 millions d’euros et n’appellent pas d’observation particulière.

C. LES DÉPENSES FISCALES

Trois dépenses fiscales sont associées au programme 183 :

DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183 ET ESTIMATION DE LEUR COÛT

(en millions d’euros)

Intitulé	Chiffre 2020
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	480 millions d’euros
Exonération des indemnités versées aux victimes de l’amiante	7 millions d’euros
Déduction de l’actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie	Dépense non chiffrable

Source : Cour des comptes.

Si la dépense fiscale d’exonération des indemnités versées aux victimes de l’amiante est stable depuis 2018, la dépense fiscale d’exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d’accidents du travail et de maladies professionnelles croît régulièrement (375 millions d’euros 2015, 415 millions d’euros en 2018). Comme la Cour des comptes, la rapporteure spéciale considère que l’objet de ces dépenses fiscales est cohérent avec celui de la mission mais déplore l’absence d’évaluation récente de leur efficacité.

II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS : UN OUTIL DE GESTION INDIRECT DE LA CRISE SANITAIRE

Doté en LFI 2020 de **197,1 millions d'euros en AE** et de **200,9 millions d'euros en CP**, le programme 204 comprend **six actions** relatives au pilotage de la politique de santé publique (action n° 11), à la santé des populations (action n° 12), à la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades (action n° 14), à la prévention des risques liés à l'environnement et l'alimentation (action n° 15), à la veille et la sécurité sanitaire (action n° 16), à la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins (action n° 17), aux projets régionaux de santé (action n° 18 non dotée de crédits) et à la modernisation de l'offre de soins (action n° 19).

L'exercice 2020 a été marqué par une très forte sur-consommation (+ 632,3 millions d'euros en AE, soit + 319,9 % et + 587 millions d'euros en CP, soit + 292,2 %) directement liée à la crise sanitaire.

L'épidémie de Covid 19 a **très fortement pesé sur l'exécution de ces crédits en quadruplant les dépenses du programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins**. Ces dépenses se sont ainsi réparties entre les différentes actions :

EXÉCUTION 2020 DES CRÉDITS DU PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

(en millions d'euros)

	Crédits ouverts en LFI 2020		Crédits exécutés en 2020		Écart en valeur absolue (et en %)	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
11 – Pilotage de la politique de santé publique	63,7	63,7	46,8	39	- 16,9 (- 26,5 %)	- 24,7 (- 38,8 %)
12 – Santé des populations	1	1	1,1	1,2	+ 0,1 (+ 10%)	+ 0,2 (+ 20 %)
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	51,6	53,6	50,3	52,4	- 1,3 (- 2,5 %)	- 1,2 (- 2,2%)
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	25,6	25,5	25,6	25,5	0	0
16 – Veille et sécurité sanitaire	1,6	1,6	649,7	613,3	+ 648,1 (+ 40 506,3%)	+ 611,7 (+ 38 231,3 %)
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	4,2	4,2	4,2	4,1	0	- 0,1 (- 2,4 %)
18- Projets régionaux de santé	0	0	0	0	0	0
19 – Modernisation de l'offre de soins	49,9	51,3	52,2	52,4	+ 2,3 (+ 4,6%)	+ 1,1 (+ 2,1 %)
Total :	197,6	200,9	829,9	787,9	+ 632,3 (319,9 %)	+ 587 (+ 292,2%)

Source : rapport annuel de performances et Cour des comptes.

L'examen de l'exécution budgétaire conduit à distinguer les dépenses rattachées à la crise sanitaire de celles qui en sont détachées.

A. LE PROGRAMME 204, UN SUPPORT INDIRECT DE LA GESTION FINANCIÈRE DE LA CRISE SANITAIRE CONCERNÉ PAR UNE INTENSE RÉGULATION BUDGÉTAIRE

1. Un support indirect de la gestion financière de la crise sanitaire

Comme la rapporteure spéciale l'a indiqué au moment de l'examen du projet de loi de finances pour 2021 ⁽¹⁾, la gestion financière des aspects sanitaires de la crise du Covid 19 a reposé sur les crédits de l'assurance maladie et non sur le budget de l'État. **En 2020, aucun crédit n'a été ouvert en faveur de la mission Santé en loi de finances rectificative à l'exception d'un crédit de 5 millions d'euros dédié au financement d'un dispositif d'indemnisation des professionnels de santé libéraux** contaminés par le SARS-CoV2 ⁽²⁾. L'achat des matériels utiles pour lutter contre la pandémie de Covid 19 (médicaments, masques, respirateurs, blouses, *etc.*) a relevé de **Santé publique France** sur la base d'une **dotatation exceptionnelle de 4 milliards d'euros** accordée à cet opérateur en mars 2020.

Durant cet exercice, le ministère des solidarités et de la santé a cependant activement participé à la gestion financière de la crise puisque Santé publique France a reversé **une partie (700 millions d'euros)** de cette dotatation exceptionnelle à un **fonds de concours** (intitulé *Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins*) qui **a servi à abonder en cours d'exercice l'action 16 Veille et sécurité sanitaire du programme 204**. Quatre arrêtés de rattachement de fonds de concours ont procédé aux ouvertures de crédits correspondantes ⁽³⁾ et ces crédits ont servi à l'achat et à la distribution de différents matériels (masques, tests, respirateurs, automates, consommables, réactifs, *etc.*), de services (transports aériens, fret, colisage, numéro vert, développement de systèmes d'information [Stop covid puis Tous Anti-covid], *etc.*), de prestations intellectuelles (études) et de vaccins.

(1) *Assemblée nationale, commission des finances, rapport n° 3399 (annexe n° 38) sur le projet de loi de finances pour 2021, Mme Véronique Louwagie, pages 14 et suivantes.*

(2) *L'article 73 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 a créé un dispositif d'indemnisation des professionnels de santé libéraux contaminés par le SARS-CoV2 et qui ne bénéficient pas d'une couverture obligatoire au titre des risques « accidents du travail » et « maladies professionnelles ». Le crédit de 5 millions d'euros a été ouvert par l'article 28 (état B) de cette même loi.*

(3) *Ces 700 millions d'euros ont été ouverts par les quatre arrêtés suivants :*

- arrêté du 27 mars 2020 portant ouverture de crédits de fonds de concours (231 millions d'euros) ;*
- arrêté du 3 avril 2020 portant ouverture de crédits de fonds de concours (269 millions d'euros) ;*
- arrêté du 15 avril 2020 portant ouverture de crédits de fonds de concours (100 millions d'euros) ;*
- arrêté du 27 avril 2020 portant ouverture de crédits de fonds de concours (100 millions d'euros).*

**DÉPENSES IMPUTÉES EN 2020 SUR LE FONDS DE CONCOURS PARTICIPATIONS DIVERSES
AUX POLITIQUES DE PRÉVENTION, DE SÉCURITÉ SANITAIRE ET D'OFFRE DE SOINS**

(en euros)

Thème	Consommation AE	Consommation CP
Matériel médical	317 501 409,04	312 205 425,57
Vaccins	132 439 686,00	132 439 686,00
Transports	128 613 160,94	123 441 161,58
Distribution masques	23 475 735,08	23 475 735,08
Systèmes d'information	21 460 591,18	16 625 801,98
Consortium approvisionnement EPI	13 763 202,00	-
Prestations de conseil	8 849 473,38	2 935 512,30
Recherche	6 538 684,29	6 538 684,29
Communication	5 020 098,90	2 756 526,18
Dotations agences de santé	1 557 093,00	1 553 156,00
Total général	659 219 133,81	621 971 688,98

Source : rapport annuel de performances, page 35.

Une convention signée le 14 septembre 2020 entre la direction générale de la santé et Santé publique France a institué le fonds de concours *Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d'offre de soins* jusqu'au 31 décembre 2021. Au 31 décembre 2020, le reliquat des crédits non consommés s'élevait selon la Cour des comptes à 78 millions d'euros en CP et à 41 millions d'euros en AE et « le report de 38,25 millions d'euros en AE et 75,55 millions d'euros en CP non consommés en 2020 sur ce fonds de concours a été réalisé par arrêté du 29 janvier 2021 »⁽¹⁾.

En 2020, le programme 204 a donc servi de support indirect à la gestion financière de la crise sanitaire.

Dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire 2020, la **Cour des comptes** fait part de premières **interrogations** sur cette organisation budgétaire. Elle note ainsi qu'en raison « de contraintes de gestion, le débours de toutes les dépenses liées à la crise sur la mission *Santé* ne s'est toutefois pas rattaché à ce fonds de concours, et, partant, n'a pas été imputé sur des fonds en provenance de l'assurance maladie, ce qui nuit à la cohérence recherchée »⁽²⁾. Un bilan plus complet sera présenté à l'été 2021 dans le cadre de l'enquête sur « l'évolution des dépenses publiques pendant la crise sanitaire et le bilan opérationnel de leur utilisation » réalisée à la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale.

(1) Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020 de la mission Santé, page 44.

(2) Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020 de la mission Santé, page 25. La Cour note aussi (page 32) que « plusieurs dépenses de crise exécutées par d'autres programmes ont été financées par les crédits du programme, mais ne sont pas retracées par le fonds de concours » et qu'« au total, des crédits de 8,45 M€ en AE et de 8,52 M€ en CP ont été pris sur le programme 204 en lien avec la gestion de la crise Covid sans être imputés sur les crédits du fonds de concours ».

2. Une crise sanitaire à l'origine d'une intense régulation budgétaire

La crise sanitaire est à l'origine d'une **intense régulation budgétaire** qui, en complément des arrêtés précités de rattachement de fonds de concours, s'est traduite par :

– deux décrets de virement (4 millions d'euros) du programme 204 vers le programme 124 *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* dans le but de financer des outils numériques (dont « Mes conseils Covid ») en lien avec la crise sanitaire ;

– une ouverture de crédit de 5 millions d'euros en cours d'exercice pour financer un dispositif d'indemnisation de certains professionnels de santé (cf. *infra*) ;

– des transferts de crédits de 4,6 millions d'euros en AE et 4,8 millions d'euros en CP en faveur du programme 161 *Sécurité civile* destinés à financer des tests virologiques aux frontières ;

– un report de crédits (de 27 millions d'euros) imputable à l'absence de consommation des crédits attachés à l'indemnisation des victimes de la Dépakine. Ce report de crédits est la seule mesure de régulation sans lien avec la crise sanitaire ;

– l'annulation, par la loi n° 2020-1473 du 30 novembre 2020 de finances rectificative pour 2020, de 31,6 millions d'euros d'AE et de 32,3 millions d'euros de CP non consommés.

B. L'EXÉCUTION DES AUTRES ACTIONS DE LA MISSION SANTÉ EST PROCHE DES PRÉVISIONS ET SE DISTINGUE PAR UN EFFORT DE SINCÉRITÉ DU FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DU TERRITOIRE DES ÎLES WALLIS-ET-FUTUNA

► En 2020, les autres actions du programme 204 ont été exécutées de manière globalement satisfaisante à l'exception de l'action n° 11 *Pilotage de la politique de santé publique* qui a été fortement sous consommée. Sur les six autres actions de la mission dotées de crédits, cinq présentent une consommation proche des crédits ouverts. Le seul point saillant concerne l'importante sous-consommation de l'action n° 11 *Pilotage de la politique de santé publique* : sur les 63,7 millions d'euros de crédits ouverts en AE et en CP, 46,8 millions d'euros ont été consommés en AE (– 16,9 millions d'euros, soit – 26,5 %) et 39 millions d'euros ont été consommés en CP (– 24,7 millions d'euros, soit – 38,8 %). Selon la Cour des comptes, cette situation « est concentrée essentiellement sur les 40,2 millions d'euros de crédits prévus pour l'indemnisation des victimes de la Dépakine, dont seulement 4,7 millions d'euros ont été consommés »⁽¹⁾. Les erreurs de prévision de versement en faveur des victimes de la Dépakine sont récurrentes et s'expliquent par les difficultés rencontrées par le dispositif d'indemnisation. **La rapporteure spéciale recommande d'améliorer la prévision et l'exécution des dépenses d'indemnisation en faveur des victimes de la Dépakine** et espère que

(1) Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020 de la mission Santé, page 25.

la mise en œuvre, depuis la fin 2020, de la réforme de ce dispositif permettra d'améliorer l'indemnisation des victimes et de leurs ayants droit ⁽¹⁾.

► **Un effort budgétaire important a été accompli en faveur de l'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna** dont la sous-budgétisation était dénoncée depuis plusieurs années. Les dépenses observées sont proches des crédits ouverts (42,5 millions d'euros en AE et 43,8 millions d'euros en CP) qui étaient en hausse de 7 millions d'euros par rapport à 2019. La rapporteure spéciale se félicite de cette évolution appelée à être confortée en 2021 ⁽²⁾.

► L'exécution budgétaire 2020 des crédits ouverts en faveur des deux opérateurs rattachés à la mission (l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) appelle peu d'observations. L'INCa a reçu une subvention pour charges de service public de 39,8 millions d'euros (en AE et en CP légèrement inférieure aux crédits ouverts [41,27 millions d'euros]) représentant 47 % de ses ressources. L'ANSES a reçu une subvention pour charges de service public de 21,5 millions d'euros (en AE et en CP) conforme aux crédits ouverts et représentant 20,5 % de ses ressources. Ce dernier montant était en progression de 8 millions d'euros par rapport à 2019 pour compenser la suppression de la contribution sur les produits de vapotage. Le montant de ces subventions a ainsi évolué au cours de ces derniers exercices :

2016-2020 - ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS POUR CHARGES DE SERVICE PUBLIC VERSÉES À L'ANSES ET À L'INCA

(en millions d'euros)

	Exécution 2016	Exécution 2017	Exécution 2018	Exécution 2019	Exécution 2020
ANSES	12,8	13,3	14,2	14,3	21,5
INCa	31,4	41,1	41,2	41,1	39,8
Total	44,2	54,4	55,4	55,4	61,3

Source : commission des finances d'après les données de la Cour des comptes.

(1) La loi de finances pour 2020 a modifié en trois points le dispositif d'indemnisation des victimes de la Dépakine :

- le collège d'experts et le comité d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) précédemment constitués sous forme de deux instances distinctes ont été fusionnés en une entité unique,
- une présomption d'imputabilité des dommages à un manque d'information de la mère a été instituée,
- le délai imparti à l'ONIAM pour présenter une offre d'indemnisation à la victime a été abaissé de trois à un mois lorsque l'ONIAM soumet une offre en substitution du responsable des dommages.

L'entrée en vigueur de cette réforme a été retardée par la crise sanitaire. Le nouveau collège unique ne s'est réuni pour la première fois que le 23 septembre 2020.

(2) La loi de finances pour 2021 a prévu un effort exceptionnel en faveur de cette agence : un crédit de 91,5 millions d'euros en AE et de 92,8 millions d'euros en CP a été adopté dans le cadre d'un plan d'investissement destiné à soutenir notamment la reconstruction de l'hôpital de Futuna et la rénovation de l'hôpital de Wallis.

C. LES DÉPENSES FISCALES

Huit dépenses fiscales sont associées au programme 204 pour un coût estimé à 551 millions d’euros :

DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204 ET ESTIMATION DE LEUR COÛT

(en millions d’euros)

Intitulé	Chiffrage 2020
Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	460 millions d’euros
Taux de 10 % pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés	31 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	25 millions d’euros
Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	18 millions d’euros
Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés	11 millions d’euros
Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés	6 millions d’euros
Exonération de taxe sur la publicité télévisée sur les messages passés pour le compte d’œuvres d’utilité publique à l’occasion de grandes campagnes nationales	Dépense non chiffrable

Source : projet annuel de performances.

Le montant de ces dépenses fiscales est globalement stable par rapport à 2019 à l’exception du coût de l’exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses » qui représentait 375 millions d’euros en 2015, 420 millions d’euros en 2018 et 460 millions d’euros en 2020.

Comme pour les dépenses fiscales du programme 183, la rapporteure spéciale observe, avec la Cour des comptes, que si leur objet est cohérent avec celui de la mission, leur efficacité est en attente d’une évaluation actualisée.

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉVALUATION DU COÛT DES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Cette étude vise à **évaluer le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière**, c'est-à-dire le coût des soins dispensés aux étrangers présents sur le territoire national sans disposer d'un document autorisant, de manière provisoire ou durable, leur séjour.

Contrairement à une croyance répandue, **les soins dispensés aux intéressés ne se limitent pas aux soins prodigués dans le cadre de l'aide médicale de l'État** dont le financement relève du programme 183 de la mission *Santé* et a représenté 928,3 millions d'euros en 2020 (cf. *supra*). Plusieurs autres dispositifs existent dont le recensement et le coût n'ont pas fait l'objet, à la connaissance de la rapporteure spéciale, d'une publication récente.

Ce rapport entend remédier à cette carence en rassemblant les éléments disponibles sur ce sujet ainsi que ceux réunis après interrogation de plusieurs administrations et de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette étude entend également **répondre aux conditions insatisfaisantes dans lesquelles la dernière réforme de l'aide médicale de l'État s'est déroulée à l'Assemblée nationale** le jeudi 7 novembre 2019. Les propositions gouvernementales de modification des articles du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatifs à l'AME ont été présentées au moyen d'**amendements déposés très tardivement**.

Ces amendements, **dénués d'étude d'impact**, ont été communiqués la veille de la séance publique et, pour certains d'entre eux, « dans la nuit, quelques heures à peine avant leur examen en séance »⁽¹⁾. Par ailleurs, le **volumineux rapport** (204 pages) **sur l'AME établi par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales**⁽²⁾ ne fut porté à la connaissance des parlementaires que le mardi 5 novembre 2019 alors qu'il avait été remis au Gouvernement dès le mois d'octobre 2019.

Faute d'éléments, le **débat sur les amendements du Gouvernement ne fut pas à la hauteur de ce qu'il aurait dû être** et la ministre des solidarités et de la santé confirma ce manque de transparence en s'opposant à l'adoption d'un amendement proposant l'établissement d'un rapport portant « sur l'évolution du coût total de la couverture de soins des étrangers en situation irrégulière »⁽³⁾.

(1) *Assemblée nationale, compte rendu intégral de la première séance du jeudi 7 novembre 2019, intervention de Mme Véronique Louwagie.*

(2) *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019.*

(3) *Amendement n° II-1702 de Mme Véronique Louwagie et plusieurs de ses collègues.*

Cette position de principe se répéta lors de l'examen de la mission Santé du projet de loi de finances pour 2021. Le 2 novembre 2020, l'Assemblée nationale rejeta ainsi, à la demande du Gouvernement, un amendement de la rapporteure spéciale visant à autoriser le recueil de données portant sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME et sur les pathologies prises en charge au titre de ce dispositif ⁽¹⁾.

La présente étude entend répondre à l'insuffisance d'éléments publics sur ce sujet mais conserve à l'esprit la **difficulté d'appréhender précisément le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France** qui, selon des estimations récentes, serait compris entre **350 000 et 400 000 personnes**.

L'étude réalisée s'appuie sur les travaux de la rapporteure spéciale mais également sur une **étude comparative effectuée au premier trimestre 2021 par le Centre européen de recherche et de documentation parlementaire** ⁽²⁾.

Au terme de ses travaux, la rapporteure spéciale a recensé **onze dispositifs différents dispensant des soins aux étrangers en situation irrégulière**. Si l'AME constitue la clé de voûte de cette organisation, celle-ci repose également sur d'autres mesures parfois peu connues et dont l'ampleur peut être importante. Le coût de ces différents dispositifs a représenté 1,5 milliard d'euros en 2019 et leur étendue témoigne d'une **exception française en attente d'une réelle réforme**.

*

(1) Amendement n° II-995 de Mme Véronique Louwagie et plusieurs de ses collègues.

(2) Une synthèse de cette étude réalisée par le service des affaires européennes de l'Assemblée nationale figure en annexe I.

I. LES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REPOSENT SUR ONZE DISPOSITIFS DIFFÉRENTS

Les soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière s'articulent autour de onze dispositifs différents. Si l'AME constitue le dispositif de base (A), le mécanisme du maintien des droits expirés à la protection universelle maladie (PUMA) et à la complémentaire santé solidaire (C2S) occupent une place importante (B) devant d'autres dispositifs spécifiques et généralistes d'ampleur plus limitée (C).

A. L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT, CLÉ DE VOÛTE DES SOINS DISPENSÉS AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Créée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, l'aide médicale de l'État constitue la clé de voûte des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Ce dispositif a fait l'objet d'une réforme récente mais limitée dont la mise en œuvre est affectée par la crise sanitaire.

1. Les bénéficiaires et les soins pris en charge

a. Les bénéficiaires

Le dispositif de l'AME comporte trois éléments distincts : l'AME de droit commun, le dispositif dédié aux soins urgents et l'AME « humanitaire » (cf. *supra*). Le nombre de bénéficiaires de ces trois composantes s'établit à :

● **368 890 bénéficiaires pour l'AME de droit commun** (au 30 septembre 2020)⁽¹⁾,

● **au moins 10 000 à 12 000 bénéficiaires au titre de l'AME Soins urgents en 2019**⁽²⁾ étant entendu que ce nombre sera sensiblement plus élevé en 2020 puisque, depuis le 1^{er} janvier 2020, ce dispositif est ouvert aux demandeurs d'asile majeurs durant un délai de 3 mois suivant le dépôt de leur demande d'asile⁽³⁾ ;

● **aux environs de 500 à 1 500 bénéficiaires pour « l'AME humanitaire »**⁽⁴⁾.

(1) Rapport annuel de performances de la mission Santé, page 76.

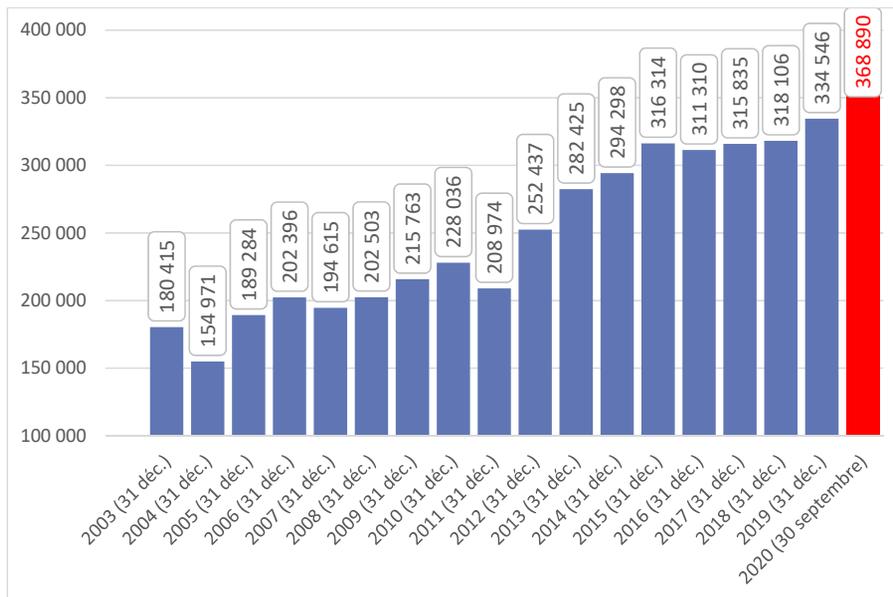
(2) Le rapport annuel de performances de la mission Santé indique (page 78) que s'il « n'est [...] pas possible d'effectuer un suivi des personnes bénéficiant de soins dans le cadre. Toutefois, cette donnée peut être approchée par le biais du nombre d'hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique : 11 965 séjours et séances ont ainsi été pris en charge en 2019 dans 237 établissements publics de santé (hors Mayotte), soit +10 % par rapport à 2018 ».

(3) Interrogée par la rapporteure spéciale, la direction de la sécurité sociale a indiqué ne pas être « en mesure de dénombrer les demandeurs d'asile ayant bénéficié de ce dispositif » Un crédit de 20 millions d'euros a cependant été prévu dans la loi de finances pour 2020 pour financer la prise en charge de ces nouveaux publics.

(4) Cette estimation repose sur les éléments suivants :

En 2019, dans ses différentes formes, l'AME a donc concerné au moins 380 000 bénéficiaires ⁽¹⁾ dont le plus grand nombre relève de l'AME de droit commun qui connaît une hausse importante et régulière de ses effectifs depuis dix ans :

2011-2020, ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT DE DROIT COMMUN



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

- ⇒ les soins hospitaliers prodigués sur décision du ministre de la santé concernant « 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.

(1) Dans cet ensemble, une fraction n'est pas constituée d'étrangers en situation irrégulière. Ainsi, les étrangers éligibles à « l'AME garde à vue » et les personnes bénéficiant de soins hospitaliers prodigués sur décision du ministre de la santé, accèdent à ce dispositif qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière. De la même façon, et comme l'a rappelé récemment la Défenseure des droits, « les mineurs étrangers peuvent bénéficier de l'AME en leur nom propre, dès leur arrivée sur le territoire français et ce, même si leur arrivée est concomitante à celle d'un parent qui ne remplirait pas les conditions d'éligibilité à ce dispositif » (Défenseure des droits, décision n° 2020-174 du 14 octobre 2020, page 3). Enfin, à compter du 1^{er} janvier 2020, les demandeurs d'asile (non comptés dans l'estimation de 380 000 bénéficiaires) relèveront de l'AME Soins urgents durant les trois mois suivant l'enregistrement de leur demande d'asile (cet enregistrement donnant lieu à la remise d'un document provisoire autorisant leur séjour régulier sur le territoire français durant l'instruction de leur dossier).

b. Les soins pris en charge : un panier de soins beaucoup plus large que dans les autres pays européens

L'AME de droit commun 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**. Les bénéficiaires de l'AME sont exonérés des dispositifs de participation forfaitaire et de franchise médicale. Pour une consultation chez un médecin traitant d'un montant de 25 euros, un bénéficiaire de l'AME sera pris en charge à hauteur de 17,50 euros (16,50 euros de part remboursée par la Sécurité sociale + 1 euro dû à la non-application de la part forfaitaire)⁽¹⁾. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour un an et son renouvellement doit être demandé chaque année. Le panier de soins fait l'objet d'adaptations ponctuelles, comme cela est par exemple le cas depuis le 1^{er} janvier 2021 pour les prothèses auditives.

Un exemple de prise en charge par l'AME dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale : les prothèses auditives

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la prise en charge des prothèses auditives a évolué dans le cadre de la réforme du « 100 % santé ».

Comme la direction de la sécurité sociale l'a indiqué à la rapporteure spéciale : « les bénéficiaires de l'AME bénéficient de l'application des prix limite de vente prévus dans le cadre de cette réforme mais la prise en charge des frais leur est garantie à hauteur du tarif de remboursement de la sécurité sociale uniquement. Ils auront donc un reste à charge sur les équipements du panier 100 % Santé. Autrement dit, une aide auditive de classe I (panier 100 % Santé) vendue au maximum à 950 euros à compter du 1^{er} janvier 2021 (pour les patients de plus de 20 ans) sera prise en charge au titre de l'AME à hauteur de 400 euros (tarif de responsabilité de la sécurité sociale) soit un reste à charge de 550 euros pour le bénéficiaire de l'AME ».

Source : direction de la sécurité sociale.

Ce panier de soins comporte un **nombre limité de restrictions**. Ainsi, et en application de l'article R. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, les frais relatifs aux **cures thermales**, les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à **l'assistance médicale à la procréation** (ainsi que les médicaments et produits nécessaires à leur réalisation) et les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (et pour lesquels la participation de l'assuré est fixée dans les limites prévues au 14^o de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale) sont **exclus** du champ de l'AME. Par ailleurs, **depuis le 1^{er} janvier 2021, 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⁽²⁾.

(1) Le détail des soins pris en charge est défini par l'article L. 251-2 du CASF.

(2) Cf. articles R. 251-3, R. 251-4 et R. 251-5 du code de l'action sociale et des familles créés par le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020. Sont ainsi définis :

Cependant, en dépit de ces quelques restrictions, l'étendue des soins pris en charge est beaucoup plus large que dans les autres pays européens. En 2019, le rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales 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⁾. L'étude réalisée à la demande de la rapporteure spéciale par le Centre européen de recherche et de documentation parlementaire corrobore cette analyse. **L'AME constitue une exception en Europe.**

D'un point de vue financier, l'AME bénéficie d'un programme budgétaire dédié mais, comme l'ont souligné, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales, le coût réel de l'AME est « probablement sous-évalué » ⁽²⁾ et imparfaitement retracé par ce programme.

2. Une réforme récente limitée dont la mise en œuvre est affectée par la crise sanitaire

a. La réforme engagée en 2019

À la suite de la publication du rapport précité de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, l'AME de droit commun a fait l'objet d'une réforme limitée en 2019. Les principales mesures mises en œuvre visaient à subordonner l'accès à l'AME à une durée ininterrompue de résidence en France de plus de trois mois, à imposer un dépôt de la première demande d'AME par le demandeur et à subordonner la réalisation de certaines prestations ne revêtant pas un caractère d'urgence à un délai d'ancienneté du bénéficiaire de l'AME ne pouvant pas excéder neuf mois. Le tableau suivant présente un état actualisé de la mise en application de cette réforme :

-
- *seize prestations réalisées en établissement de santé et liées à des pathologies non sévères, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées : libération du médian au canal carpien, rhinoplasties, interventions pour oreilles décollées, prothèses de genou, interventions sur la hanche et le fémur (sauf traumatismes récents), gastroplasties pour obésité, etc. ;*
 - *deux actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville : transports sanitaires et actes de masso-kinésithérapie prescrits en lien avec les seize prestations hospitalières précitées.*

(1) *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, pages 14 et 20.*

(2) *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, page 2. Selon cette étude, « la complexité des règles de facturation empêche [...] les hôpitaux d'imputer à l'AME ou aux soins urgents l'intégralité des soins aux étrangers en situation irrégulière. Ceci conduit à une sous-évaluation de la dépense hospitalière que la mission estime supérieure à 8 %, à quoi s'ajoutent des frais de gestion de l'ordre de 8 % ».*

ÉTAT ACTUALISÉ DE LA MISE EN APPLICATION DE LA RÉFORME DE L'AME

Mesure prise	Conditions de mise en œuvre et observations
Principales mesures (art. 264 de la LFI 2020 et mesures d'application)	
Subordination de l'accès à l'AME à une durée ininterrompue de résidence en France de plus de trois mois	Disposition effective depuis le 1 ^{er} janvier 2020
Dépôt de la première demande d'AME effectué par le demandeur auprès d'un organisme d'assurance maladie qui en assure l'instruction pour le compte de l'État. Un décret détermine les conditions dans lesquelles il peut être dérogé à cette règle notamment pour les mineurs isolés et les personnes à mobilité réduite. Par exception, la demande peut être déposée auprès d'un établissement de santé dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge.	Disposition rendue inopérante par la crise sanitaire (en dépit de la publication du décret prévu : décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France).
Subordination de la réalisation des « prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence » à un délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME qui ne peut excéder neuf mois (principe du « délai de carence pour les soins non-urgents »). Un décret en Conseil d'État doit définir les frais concernés, le délai d'ancienneté et les conditions de mise en œuvre de ces dispositions.	Disposition effective depuis le 1 ^{er} janvier 2021. Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020.
Autres mesures	
Renforcement du contrôle des attestations d'hébergement	Mesure effective depuis l'été 2019
Regroupement de l'instruction des demandes d'AME dans trois CPAM (Paris, Bobigny et Marseille)	Mesure effective depuis décembre 2019
Redéfinition des caractéristiques de la carte AME	Mesure effective (arrêté du 31 décembre 2019)
Accès de certains agents des CPAM au fichier « Visabio » ⁽¹⁾ du ministère de l'intérieur	Mesure effective depuis septembre 2020
Renforcement du contrôle des « liens financiers préalables » (dettes hospitalières antérieures au bénéfice de l'AME)	En cours de déploiement

b. Une réforme affectée par la crise sanitaire

La crise sanitaire a apporté certaines modifications au dispositif de l'AME de droit commun et des soins urgents.

(1) Le fichier Visabio est un traitement de données à caractère personnel intéressant les étrangers sollicitant la délivrance d'un visa. L'accès de certains agents des CPAM à ce fichier doit permettre de renforcer la lutte contre la fraude en identifiant les étrangers entrés régulièrement en France sous couvert d'un visa et qui, durant la période de validité de ce visa, sollicitent indûment le bénéfice de l'AME ou des soins urgents.

S'agissant de l'AME de droit **commun**, et en application de l'article 11 (I – 6°) de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 et de l'article premier (III et IV) de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux, les conditions d'accès et de bénéfice de l'AME ont été assouplies pendant l'état d'urgence sanitaire :

– les personnes dont le droit à l'AME est arrivé à expiration entre le 12 mars 2020 et le 31 juillet 2020 ont bénéficié d'une **prolongation de leur droit** de trois mois à compter de la date d'échéance de ce droit ; cette prolongation ayant ensuite été renouvelée de 3 mois pour les personnes dont le droit à AME est arrivé à expiration entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021 ;

– les dossiers instruits depuis le 16 mars 2020 qui n'ont pas pu donner lieu à la délivrance d'une carte ont donné lieu à l'envoi au bénéficiaire d'un courrier d'information servant de justificatif à ces droits ;

– Jusqu'au 31 juillet 2020, la **première demande** d'AME a pu être **déposée par courrier** et non plus physiquement auprès d'un organisme d'assurance maladie. La circulaire n° CIR-7/2021 du 8 mars 2021 de la CNAM indique que cette disposition a été reconduite jusqu'au 1^{er} juin 2021 ⁽¹⁾.

S'agissant des **soins urgents**, les **formalités** de prise en charge ont été **allégées** et le **panier des soins** a été temporairement **étendu**. Dans le cadre de la facturation des soins prodigués, les établissements de santé ont été dispensés de déposer une demande préalable d'AME tandis que le panier de soins a été élargi pour inclure les frais de transport des personnes concernées des centres d'hébergement Covid vers des établissements de santé et des établissements de santé vers les centres d'hébergement ou le domicile. La note d'information interministérielle n° DSS/2A/DB/2021/44 du 17 février 2021 indique que ces dispositions sont renouvelées jusqu'au 1^{er} juin 2021.

Ainsi organisée et partiellement réformée, l'AME constitue la clé de voûte des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. En complément, d'autres dispositifs assurent le même objectif dont le mécanisme, relativement peu connu, du maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire.

(1) Il est notamment indiqué que : « l'obligation de dépôt physique auprès de la caisse d'assurance maladie [...] devait être appliquée le 1^{er} janvier 2021, avec l'entrée en vigueur des dernières dispositions du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 [...]. Toutefois, compte tenu de la crise sanitaire et des mesures de limitation des déplacements prises pour endiguer la propagation de la Covid-19 les caisses ont continué d'accepter et d'instruire les premières demandes d'AME qui ne seraient pas déposées physiquement auprès d'une caisse d'assurance maladie entre le 1^{er} janvier 2021 et la fin de l'état d'urgence sanitaire, soit le 16 février 2021 inclus. En raison de la prolongation de l'état d'urgence jusqu'au 1^{er} juin 2021 et du maintien des mesures de restrictions des déplacements, les caisses vont continuer d'accepter et d'instruire les premières demandes d'AME reçues entre le 17 février 2021 et le 1^{er} juin 2021, quelles que soient les modalités de dépôt de ces demandes » (page 2).

B. LE MAINTIEN DES DROITS EXPIRÉS À LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ET À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : UN DISPOSITIF INITIALEMENT NON CONÇU POUR LES ÉTRANGERS DURABLEMENT EN SITUATION IRRÉGULIÈRE MAIS BÉNÉFICIAIRE À UN NOMBRE IMPORTANT D'ENTRE EUX

Pris sur le fondement de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale 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, ex-CMU-C) 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 ⁽¹⁾. **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 récents ont montré qu'il a également bénéficié à, au moins, 30 000 étrangers en situation irrégulière qui auraient dû relever de l'AME ; ce chiffre étant appelé à être relevé à l'issue des contrôles en cours.**

1. Un dispositif initialement conçu pour éviter des ruptures temporaires de droit à des étrangers en instance de renouvellement de leur titre de séjour

a. L'objectif initial

En application de l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾, et selon la direction de la sécurité sociale, « les ressortissants hors Union européenne affiliés à l'assurance maladie dont le titre de séjour est échu bénéficient d'un maintien de droits à la protection universelle maladie, et le cas échéant à la complémentaire santé solidaire, durant une période de six mois (à compter de la date d'expiration du titre) ». Quatre catégories d'étrangers sont exclues du périmètre de cet article ⁽³⁾. Un arrêté du 10 mai 2017 détermine une liste de 20 documents autorisant le séjour en France et permettant de bénéficier de cet article ⁽⁴⁾.

(1) Cette durée a été réduite à six mois par le décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

(2) Le texte de l'article R. 111-4 figure en annexe 2.

(3) Cette prolongation de droit ne s'applique pas dans les quatre situations visées aux 1^o, 2^o, 3^o et 4^o de l'article R. 111-4 qui concernent, respectivement, l'étranger signalant qu'il ne réside plus en France (1^o) ; l'étranger ne relevant plus de la législation de sécurité sociale française (2^o) ; l'étranger ayant obtenu frauduleusement un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (3^o) et l'étranger faisant l'objet d'une mesure d'éloignement administrative devenue définitive (4^o). Ce dernier cas (dans lequel la date de prolongation des droits est réduite de six à deux mois) a été ajouté par le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020.

(4) Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La protection universelle maladie et la complémentaire santé solidaire

Accessible gratuitement pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière (c'est-à-dire depuis plus de trois mois), la protection universelle maladie constitue la protection sociale de base du régime français. La PUMA garantit à chaque bénéficiaire le droit à la prise en charge de ses frais de santé de manière continue tout au long de sa vie.

Accessible gratuitement après au moins trois mois de résidence en France, la complémentaire santé solidaire (C2S) est destinée à faciliter l'accès aux soins aux personnes aux faibles ressources résidant en France de façon stable et régulière. La C2S permet :

- de ne pas avoir à payer les sommes restant habituellement à la charge de l'assuré, les dépassements de tarifs pour les frais les plus courants relatifs aux lunettes, prothèses dentaires et prothèses auditives, à concurrence d'un certain montant ;
- de ne pas avoir à faire l'avance des frais lors des consultations chez le médecin, à la pharmacie pour les médicaments sur prescription, au laboratoire d'analyses médicales pour les analyses sur prescription, *etc.*

Source : site internet de l'assurance maladie

La direction de la sécurité sociale a précisé à la rapporteure spéciale que l'article R111-4 concerne « la prise en charge des frais de santé lors d'une maladie ou d'une maternité (prestations en nature) » mais n'inclut pas « la prise en charge des frais de santé liés à un accident du travail et les indemnités journalières attribuées en cas de maladie ». Durant la période de maintien de droit, les intéressés disposent d'une carte Vitale.

Toujours selon la direction de la sécurité sociale, **ce maintien de droit vise à permettre « l'accomplissement des démarches de renouvellement de titres de séjour sans rupture dans l'accès aux soins ». Il s'adresse donc à des étrangers temporairement en situation irrégulière qui, en raison d'une demande tardive de renouvellement d'un titre de séjour, d'un retard de traitement de leur demande par une préfecture ou d'un retard de l'actualisation de leur dossier par les CPAM, pourraient perdre le bénéfice de leur affiliation à la PUMA et à la C2S. Le maintien de droit leur permet de conserver leur couverture santé durant cette période et leur évite de faire des allers-retours entre la PUMA et l'AME.** Ce dispositif vise également à limiter la gestion de ces mouvements par les CPAM. En 2019, le Défenseur des droits a confirmé cette double finalité en soulignant que ce dispositif évitait « de subir des alternances répétées entre l'assurance maladie et l'AME avec pour conséquence, non seulement de nuire à la continuité des soins des intéressés mais également d'alourdir de façon notable la charge de travail des CPAM » ⁽¹⁾.

(1) *Défenseur des droits, Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer, mai 2019, pages 20 et 21.*

b. Un objectif desservi par des conditions d'accès trop souples et par la rénovation tardive des méthodes de contrôle

La rapporteure spéciale comprend l'intérêt du maintien de droit mais déplore la largesse de ses conditions d'accès ainsi que la rénovation tardive des méthodes en assurant le contrôle.

i. Des conditions d'accès trop souples

Le bénéfice du maintien de droit est subordonné à une simple affiliation antérieure à la protection universelle maladie qui repose elle-même sur l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une résidence stable et régulière en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Aucune autre condition n'est posée. **Le bénéfice de ce maintien de droit n'est ainsi pas subordonné à l'engagement d'une démarche de renouvellement du titre de séjour précédent alors même que ce dispositif est censé permettre l'accomplissement des démarches de renouvellement d'un titre de séjour sans rupture dans l'accès aux soins.**

Sur ce point, le régime de l'article R. 111-4 est bien plus souple que le régime 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.

Le dispositif de maintien des droits sociaux prévu par l'article L. 433-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda)

L'article L. 433-3 (précédemment L. 311-4) du Ceseda prévoit que :

« Lorsque l'étranger titulaire d'une carte de séjour pluriannuelle d'une durée de quatre ans, d'une carte de résident ou d'un titre de séjour d'une durée supérieure à un an prévu par une stipulation internationale en **demande le renouvellement**, il peut justifier de la régularité de son séjour entre la date d'expiration de ce document et la décision prise par l'autorité administrative sur sa demande par la présentation de la carte ou du titre expiré, **dans la limite de trois mois** à compter de cette date d'expiration. [...]

Pendant les périodes définies au présent article, **l'étranger conserve l'intégralité de ses droits sociaux** ainsi que son droit d'exercer une activité professionnelle ».

Cette disposition concerne certains résidents étrangers qui sollicitent mais n'obtiennent pas le renouvellement d'un titre de séjour avant la date d'expiration de ce document. Dans cette hypothèse, les intéressés peuvent justifier de la régularité de leur présence sur le territoire en présentant leur ancien titre de séjour dans la limite de trois mois à compter de son expiration et conserver, durant cette période, l'intégralité de leurs droits sociaux.

Si la notion de « droits sociaux » n'est pas définie par le Ceseda, Pôle emploi et la Caisse nationale d'allocations familiales ont indiqué à la rapporteure spéciale que celle-ci s'appliquait aux prestations versées par ces organismes ⁽¹⁾. Le nombre de personnes concernées par ce dispositif n'est pas connu avec précision : si Pôle emploi estime que « plus ou moins 20 000 demandeurs d'emploi demeurent toujours inscrits au-delà de leur date d'expiration de titre de séjour », la CNAF n'a pas pu déterminer le nombre effectif de bénéficiaires ⁽²⁾. La CNAF a indiqué ne pas appliquer ce dispositif (seul le régime du maintien des droits relevant de l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale étant appliqué).

La rapporteure spéciale souligne qu'à la **différence du maintien des droits prévu par l'article R. 111-4, l'application de l'article L. 433-3 est subordonnée à :**

– **la possession antérieure d'un titre de séjour d'une certaine durée** : une carte de séjour pluriannuelle d'une durée de quatre ans, une carte de résident (d'une durée de dix ans) ou un titre de séjour d'une durée supérieure à un an prévu par une stipulation internationale (par exemple l'accord franco algérien du 27 décembre 1968 modifié) ;

– **l'existence d'une demande de renouvellement de ce titre de séjour** ;

Par ailleurs, la **durée du maintien des droits sociaux est de trois mois et non de six mois** comme pour le maintien de droits prévu à l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale.

La rapporteure spéciale s'étonne, d'une part, de la **contradiction existant entre les objectifs affichés du dispositif de maintien des droits à la PUMA et à la C2S** (sécuriser l'accomplissement des démarches de renouvellement d'un document autorisant le séjour d'un étranger) **et sa réalité juridique** (l'absence d'obligation d'engagement effectif des démarches de renouvellement de ce document), **et regrette**, d'autre part, **la faible durée antérieure de présence régulière sur le territoire** (plus de 3 mois) **exigée pour prétendre à ce maintien de droits.**

Ce régime juridique autorise par exemple un étranger ayant reçu un unique titre de séjour de quatre mois et dont il ne sollicite pas le renouvellement (ou dont le renouvellement lui a été refusé) **à bénéficier d'une extension gratuite de sa couverture santé pendant six mois.** De la même façon, **la rédaction actuelle de cet article autorise un demandeur d'asile débouté à bénéficier d'un maintien de droit à la PUMA et à la C2S durant 6 mois même s'il s'agit d'un ressortissant d'un pays dont les nationaux ont très peu de chances de se voir octroyer l'asile.**

(1) Également interrogée, la Caisse nationale d'assurance vieillesse n'a pas répondu à la rapporteure spéciale.

(2) La CNAF a indiqué qu'il n'est « pas possible d'indiquer le nombre de personnes ayant effectivement tiré bénéfice de cette mesure. En effet, dès lors que l'allocataire a pu fournir un nouveau titre de séjour pendant cette période de maintien de 3 mois, la saisie informatique de ce nouveau titre (qui la plupart du temps débute le jour suivant l'expiration du précédent) a pour effet de faire disparaître la trace de l'application d'un maintien de 3 mois. Il n'y a pas de 'Top' signifiant que cette personne a bénéficié d'un maintien même temporaire. Autrement dit, parmi les bénéficiaires visés, certains ont eu leurs droits maintenus grâce à la mesure - sans celle-ci ils auraient subi une suspension de droit ; d'autres y sont dénombrés mais n'ont pas eu « besoin » de la mesure ».

Les demandeurs d’asile géorgiens, moldaves ou pakistanais dont le taux d’admission des demandes d’asile par l’OFPRA en 2019 était inférieur à 3,5 % ⁽¹⁾ peuvent ainsi bénéficier de ce régime dans les six mois suivant le rejet définitif de leur demande d’asile.

ii. La rénovation tardive des méthodes de contrôle

Depuis l’automne 2020, la CNAM a mis en production de nouvelles méthodes de contrôle de la régularité des titres de séjour reposant sur l’exploitation d’échanges automatisés de données avec le ministère de l’intérieur. Cette nouvelle politique prend la suite de moyens de contrôle jugés « artisanaux » par la CNAM lors de son audition. Plus moderne, la nouvelle procédure est définie par la lettre réseau (non publiée) n° LR-DDO-111/2020 du 13 août 2020 à laquelle la rapporteure spéciale a eu accès dans le cadre de ses échanges avec la CNAM.

Les grands principes de ce contrôle sont les suivants ⁽²⁾ :

⇒ la CNAM récupère automatiquement des données dans l’application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF) relevant du ministère de l’intérieur ;

⇒ les dates de renouvellement des titres de séjour figurant dans AGDREF enrichissent automatiquement les applications de gestion des CPAM ;

⇒ les dossiers non actualisés automatiquement sont identifiés par les CPAM au moyen de requêtes spécifiques puis pris en charge par les agents des CPAM. Des recherches complémentaires sont effectuées dans AGDREF et dans les applications de gestion de l’assurance maladie ;

⇒ en cas d’absence de résultat 3 mois et demi après l’expiration du titre de séjour, un courrier est adressé à l’étranger concerné pour l’inviter à transmettre toute pièce permettant d’actualiser son dossier ;

⇒ à 5 mois et demi une nouvelle vérification est effectuée par les CPAM ;

⇒ six mois après l’expiration du titre de séjour, et en l’absence de réponse, ou en cas de communication d’une réponse non probante, les droits sont fermés. Cette décision de fermeture n’a cependant pas d’effet immédiat.

(1) Selon l’annexe 3 du rapport d’activité 2019 de l’OFPRA, le pourcentage d’admission des demandes d’asile s’élève à :

- 0,2 % pour les ressortissants moldaves (une demande d’asile satisfaite sur 433 décisions),
- 3 % pour les ressortissants géorgiens (279 demandes d’asile satisfaites sur 7 378 décisions),
- 3,2 % pour les ressortissants pakistanais (65 demandes d’asile satisfaites sur 2 062 décisions).

(2) Cette procédure de contrôle est présentée en détail en annexe 3.

Une fermeture effective des droits à 7 mois et demi et non 6 mois

La décision de fermeture des droits prise au bout de six mois par une CPAM ouvre un délai de 45 jours (prévu par l'article R114-10-1 du code de la sécurité sociale) permettant à l'assuré de présenter ses observations. **La décision de fermeture n'a donc pas d'effet immédiat mais n'est effective qu'à l'issue d'un délai de « six mois + 45 jours », soit 7,5 mois** ⁽¹⁾.

Cette **interprétation** des articles R. 111-4 et R. 114-10-1 est cependant **contestable** puisque ce dernier article (II) n'impose pas explicitement que le délai de 45 jours débute à compter du délai de six mois ⁽²⁾. Cet article permet effectivement d'inclure le délai de 45 jours dans les six mois et non de le rajouter à celui-ci. **Les articles R. 111-4 et R. 114-10-1 permettent ainsi de clore les droits 4,5 mois après l'expiration du titre de séjour, puis d'ouvrir un délai de 45 jours afin que la clôture des droits soit effective au bout de six mois (4,5 mois + 45 jours).**

La CNAM a admis ce point lors de son audition et a indiqué que l'**orientation** retenue (6 mois = 7,5 mois) lui avait été **imposée par la direction de la sécurité sociale** dans le but d'assurer le respect du principe du contradictoire. Cet argument ne convainc cependant pas la rapporteure spéciale puisque le principe du contradictoire serait tout autant respecté si la décision intervenait à 4,5 mois et était suivie d'un délai contradictoire de 45 jours.

Si la rapporteure spéciale regrette la rénovation tardive de ces méthodes de contrôle, elle souligne néanmoins leur intérêt.

2. Un dispositif bénéficiant à de nombreux étrangers en situation irrégulière qui devraient relever de l'AME

Les contrôles engagés à l'automne 2020 ont permis d'identifier de nombreux étrangers en situation irrégulière qui bénéficiaient du maintien de droit alors qu'ils auraient dû relever de l'AME. La poursuite de ces contrôles est nécessaire tout comme leur affinement.

a. Des contrôles en cours suggèrent que de 30 000 à 50 000 étrangers en situation irrégulière ont bénéficié du dispositif de maintien de droits alors qu'ils auraient dû relever de l'AME

Les contrôles engagés de septembre 2020 à février 2021 ont permis d'identifier et de fermer les droits à la PUMA de plus de 30 000 étrangers en situation irrégulière qui bénéficiaient à tort du régime de maintien des droits.

(1) La lettre réseau n° LR-DDO-111/2020 de la CNAM en date du 13 août 2020 est sans ambiguïté sur ce point. Ce document indique ainsi que « la date d'effet de la fermeture de régime et de la mise en fin de vie de la carte Vitale correspond à la date de fin du maintien de droit majorée de 45 jours » (page 12).

(2) Le II de l'article R114-10-1 dispose ainsi que :

« [...] II. - Lorsque les conditions de stabilité de la résidence ne sont plus remplies, la date à laquelle les droits à la prise en charge des frais de santé sont fermés ne peut être antérieure au quarante-cinquième jour suivant la date d'expédition, par tout moyen permettant de conférer date certaine, de la décision de fermeture des droits [...]. Lorsque les personnes concernées résident encore en France et relèvent de la législation de sécurité sociale française, la fermeture des droits ne peut intervenir avant cette même date ou avant la date mentionnée à l'article R. 111-4 si elle est postérieure ».

La poursuite de ces contrôles est susceptible de permettre l'identification de 30 000 autres étrangers en situation irrégulière placés dans cette même situation.

Ainsi, de septembre 2020 à février 2021 ⁽¹⁾ :

- ⇒ 402 661 dossiers d'assurés dont le titre de séjour était expiré depuis au moins 3 mois ont été identifiés ⁽²⁾,
- ⇒ sur ces 402 661 dossiers, 228 841 ont été clôturés après instruction et décision des caisses et 173 820 n'ont pas encore été clôturés ⁽³⁾ ;
- ⇒ sur les 228 841 dossiers clôturés, 25 000 décisions de fermeture des droits ont été prononcées après que les étrangers concernés n'aient pas pu attester de la régularité de leur situation, soit un taux proche de 11 %,
- ⇒ sur les 173 820 dossiers restant à clôturer ou à traiter :
 - 5 069 dossiers concernent des étrangers en situation irrégulière qui ont précédemment travaillé de manière régulière mais dont le titre de séjour n'a pas été renouvelé. Les étrangers concernés sont dans un entre-deux : ils ne peuvent en principe plus prétendre à la PUMA (puisque'ils ne sont plus en situation régulière) mais ne peuvent pas non plus prétendre à l'AME (puisque'ils dépassent les conditions de revenus permettant d'y prétendre) et devraient, en principe, souscrire une assurance santé individuelle. La CNAM a interrogé sa tutelle (le ministère des solidarités et de la santé) pour savoir si ces étrangers en situation irrégulière devaient faire l'objet d'une fermeture de leur droit à la PUMA ou non. En l'attente d'une réponse, les droits des intéressés sont maintenus ;
 - 43 530 dossiers sont en traitement par les CPAM et les étrangers concernés ont reçu un courrier leur demandant d'apporter toute pièce utile permettant d'instruire leur dossier ;
 - 79 725 dossiers sont en cours d'étude préalable dans les CPAM mais n'ont pas encore fait l'objet d'un courrier adressé aux personnes concernées,
 - 45 496 dossiers demeurent à contrôler complètement par les CPAM.

(1) Ces extractions statistiques ont été effectuées par la CNAM à la demande de la rapporteure spéciale qui remercie l'assurance maladie pour sa diligence.

(2) 46 644 dont le titre de séjour est expiré depuis trois mois et demi, 7 574 dont le titre de séjour est expiré depuis 5 mois et demi, 71 454 dont le titre de séjour est expiré depuis 6 mois, 71 923 dont le titre de séjour est expiré depuis 9 mois et 205 066 dont le titre de séjour est expiré depuis 12 mois (ou plus).

(3) Un dossier « clôturé » est un dossier pour lequel l'instruction est allée à son terme et a conduit :

⇒ Soit à une décision de reprise d'une affiliation normale (l'étranger étant bien en situation régulière et quitte la situation transitoire de maintien de droit pour revenir à une affiliation « normale ») ;

⇒ Soit à une décision de fermeture des droits.

Pour l'heure, le nombre d'étrangers en situation irrégulière ayant bénéficié de la procédure de maintien de droit alors qu'ils auraient dû relever de l'AME s'établit à 30 069 (25 000 + 5 069), soit une proportion de près de 13 % des dossiers contrôlés. Si ce ratio est appliqué à la totalité des 402 061 dossiers dont le contrôle a été engagé, le nombre d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant indûment de la procédure de maintien de droit serait légèrement supérieur à 52 000 (52 267).

b. Des contrôles à poursuivre, des méthodes à affiner

Les contrôles engagés doivent être poursuivis et affinés.

Les contrôles engagés doivent être poursuivis pour achever l'examen des 173 820 dossiers dont le traitement n'est pas encore terminé. Sur ce point, la rapporteure spéciale approuve le souhait de la CNAM de faire porter principalement l'effort sur les dossiers les plus anciens. En **septembre 2020, 205 066 dossiers d'affiliés dont le titre de séjour était expiré depuis plus de 12 mois ont été identifiés. Six mois plus tard, 117 608 d'entre eux ont été clôturés et 87 458 dossiers demeurent à instruire.**

Une fois ce stock apuré et l'examen de l'ensemble des 402 661 premiers dossiers effectué, la nouvelle procédure de contrôle trouvera son rythme de croisière et permettra, au fil de l'eau, l'examen de nouveaux dossiers.

La méthodologie définie en septembre 2020 doit cependant être affinée pour gagner en efficacité. La rapporteure spéciale considère ainsi que le nombre de dossiers à contrôler est trop élevé et témoigne des limites des échanges automatiques de données entre le ministère de l'intérieur et les CPAM. Ainsi, près de 150 000 dossiers (154 916) intéressent des étrangers dont le titre de séjour est échu depuis plus de trois mois et moins de six mois. Si une partie de ces dossiers sont affectés par un retard de traitement dans les préfectures, d'autres ont été traités dans les délais par ces administrations et n'ont pas été identifiés lors de l'échange automatique de données existant entre le ministère de l'intérieur et les CPAM. Lors de son audition l'assurance maladie a convenu de cette difficulté et a indiqué avoir mis en production une deuxième version de son système d'information afin de limiter le nombre de dossiers identifiés, à tort, comme n'ayant pas bénéficié d'un renouvellement d'un titre de séjour.

La rapporteure spéciale a également relevé que **les échanges d'information entre le ministère de l'intérieur et l'assurance maladie ne permettent pas aux CPAM de connaître les dates de rejet des demandes d'asile alors même que ces décisions sont renseignées dans AGDREF.** Pour l'heure, l'assurance maladie exploite uniquement les dates prévisionnelles d'expiration des attestations de demande d'asile. Ce point est regrettable puisque la fin prévisionnelle d'une attestation de demande d'asile peut être très postérieure à la date de décision de l'OFPRA ou, en cas de contestation, de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). De ce fait, la date de démarrage du maintien de droits est mal renseignée et permet à un demandeur d'asile débouté de bénéficier indûment de ce maintien de droit pendant une durée supplémentaire.

Enfin, la rapporteure spéciale insiste sur la **nécessité d'améliorer la connaissance des dossiers ayant conduit à une fermeture de droits**. À l'heure actuelle, la CNAM connaît le nombre global de dossiers fermés mais n'a été en mesure d'en présenter la décomposition par nationalité, par sexe, par âge, par titre de séjour ou par pathologie alors même que ces éléments pourraient être exploités pour identifier d'éventuels « profils à risques » sur lesquels un contrôle renforcé pourrait ensuite être effectué.

Destiné, dans son esprit, aux étrangers en instance de renouvellement de leur titre de séjour, le dispositif du maintien de droits répond certes à cet objectif mais bénéficie également à de nombreux étrangers en situation irrégulière qui devraient relever de l'AME. Cette situation est hautement regrettable, d'une part, puisque le périmètre de la PUMA et de la C2S est plus large que celui de l'AME et, d'autre part, puisqu'elle revient à faire supporter par l'assurance maladie des dépenses de soins qui devraient en principe relever de l'AME et donc du budget de l'État.

C. LES AUTRES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ET GÉNÉRALISTES DE SOINS EN FAVEUR DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE SONT D'AMPLEUR PLUS LIMITÉE

Outre l'AME et la procédure de maintien des droits expirés, l'organisation des soins aux étrangers en situation irrégulière repose sur neuf autres dispositifs, spécifiques ou généralistes, de moindre importance.

1. Les dispositifs spécifiques réservés aux étrangers en situation irrégulière

Trois dispositifs spécifiques ouverts aux seuls étrangers en situation irrégulière ont été recensés : l'admission au séjour pour soins, les soins dispensés dans les centres de rétention administrative et les soins dispensés en faveur des étrangers en situation irrégulière à Mayotte.

a. L'admission au séjour pour soins : une autre exception française

Prévue à l'article L. 425-9 du Ceseda (anciennement L. 313-11 (11°)), la procédure d'admission au séjour pour soins 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 » (article L. 411-4 (11°) du Ceseda). Les étrangers en situation irrégulière ainsi admis au séjour ne relèvent pas de l'AME mais de la protection sociale de droit commun (PUMA + C2S). Leur qualité « d'étranger malade en situation irrégulière » leur permet d'accéder à un séjour régulier.

Cette procédure (communément appelée « étranger malade ») constitue une autre exception française puisque, au sein de l'Union européenne, seule la Belgique dispose d'une législation comparable. L'accès à ce dispositif n'est subordonné à aucune durée d'ancienneté minimale de présence sur le territoire français et est ouvert à l'ensemble des étrangers en situation irrégulière, notamment les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs et déboutés de leur demande d'asile.

La demande d'asile et les pays d'origine sûrs

L'article L. 531-25 du Ceseda dispose qu'un « pays est considéré comme un pays d'origine sûr lorsque, sur la base de la situation légale, de l'application du droit dans le cadre d'un régime démocratique et des circonstances politiques générales, il peut être démontré que, d'une manière générale et uniformément pour les hommes comme pour les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle, il n'y est jamais recouru à la persécution, ni à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants et qu'il n'y a pas de menace en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle dans des situations de conflit armé international ou interne ». La dernière modification de cet article résulte de la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie (qui a ajouté la référence à l'orientation sexuelle).

En application des articles L. 531-4 et R. 531-23 du Ceseda, les demandes d'asile déposées par les ressortissants de pays d'origine sûrs font l'objet d'un examen en **procédure accélérée** dans un délai (normalement) fixé à quinze jours à compter de l'introduction de la demande auprès de l'OFPRA. Cependant, en 2019, le délai médian de traitement des demandes d'asile placées en procédure accélérée était de 72 jours ⁽¹⁾.

La liste des pays d'origine sûrs est déterminée par le conseil d'administration de l'OFPRA. La liste actuelle résulte d'une décision du 9 octobre 2015 et comprend 16 pays ⁽²⁾, soit un nombre se situant dans la moyenne des États européens ayant établi un tel document ⁽³⁾. Le 29 septembre 2020, le conseil d'administration de l'OFPRA a cependant suspendu le Bénin de cette liste pour une durée de douze mois. Un recours devant le Conseil d'État est en cours d'examen contre le contenu de cette liste.

(1) OFPRA, rapport d'activité 2019, page 60.

(2) Il s'agit de l'Albanie, de l'Arménie, du Bénin, de la Bosnie-Herzégovine, du Cap-Vert, de la Géorgie, du Ghana, de l'Inde, de l'ancienne République yougoslave de Macédoine, de Maurice, de la Moldavie, de la Mongolie, du Monténégro, du Sénégal, de la Serbie et du Kosovo.

(3) En 2018, sur 24 États membres de l'Union européenne ayant répondu à une enquête, 14 avaient dressé une liste de pays d'origine sûrs. L'Allemagne a déterminé une liste de 8 pays, l'Autriche une liste de 20 pays, le Royaume-Uni une liste de 24 pays et les Pays-Bas une liste de 32 pays (Safe Countries of origin, European commission, European migration network, 2018). Depuis cette étude, l'Italie s'est notamment dotée d'une liste de pays d'origine sûr.

En 2019, sur les 132 826 demandes d’asile déposées auprès de l’OFPRA, 30 146 ont été présentées par des ressortissants de pays d’origine sûrs (Bénin compris), soit 22,7 %⁽¹⁾. Toujours en 2019, le taux moyen de protection OFPRA des demandes d’asile présentées par des ressortissants de pays d’origine sûrs est plus de trois inférieur au taux moyen de protection OFPRA (6,96 %⁽²⁾ contre 23,7 %).

Depuis la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 précitée et le décret n° 2019-151 du 28 février 2019 pris sur ce fondement, une demande d’admission au séjour pour soins doit être formulée par un demandeur d’asile dans un délai de trois mois suivant l’enregistrement de sa demande d’asile⁽³⁾.

L’évolution récente des demandes d’admission au séjour pour soins suscite certaines interrogations sur la nature de ce dispositif. Ainsi, le dernier rapport publié par l’Office français de l’immigration et de l’intégration (OFII) souligne certaines **incongruités. Les demandes de titres de séjour pour soins présentées par des ressortissants géorgiens ont par exemple crû de 98,4 % entre 2018 et 2019** (pour représenter 1 357 demandes en 2019) **tandis que celles des ressortissants comoriens ont progressé de 58,5 % sur la même période** (pour représenter 1 157 demandes en 2019)⁽⁴⁾. Par ailleurs, sur les 29 406 demandes présentées en 2019, **plus de 5 000 l’ont été par des ressortissants de pays d’origine sûrs** (Géorgie [1 357 demandes], Albanie [1 059 demandes], Sénégal [1 013 demandes], Arménie [984 demandes] et Kosovo [598 demandes])⁽⁵⁾.

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** (18 555 titres de séjour et 11 153 documents provisoires) sur l’ensemble du territoire. En 2019, 14 611 titres de séjour de ce type ont été délivrés sur ce fondement dont 5 375 en première admission au séjour et 9 236 en renouvellement ou en changement de statut⁽⁶⁾.

(1) OFPRA, annexe 3 du rapport d’activité 2019. Des statistiques sur les demandes d’asile déposées par l’ensemble des ressortissants de pays d’origine sûrs (nombre de demandes d’asile déposées, nombre de décisions OFPRA et, taux d’admission OFPRA) figurent en annexe 4.

(2) Ce taux est calculé hors Maurice compte tenu du faible nombre de décisions intéressant ce pays (2 décisions, 1 admission).

(3) Les conditions d’application de ces dispositions sont précisées par l’instruction n° INTV190632&J du 28 février 2019.

(4) Office français pour l’immigration et l’intégration, procédure d’admission au séjour pour soins, rapport au Parlement, année 2019, page 29.

(5) Office français pour l’immigration et l’intégration, rapport d’activité 2019, page 101.

(6) Sur ces 14 611 titres de séjour, 13 352 ont été délivrés en métropole (4 900 titres en première admission et 8 452 en renouvellement) et 1 259 outre-mer (475 titres en première admission et 784 en renouvellement).

b. Les soins dans les centres de rétention administrative

Les centres de rétention administrative (CRA) sont des établissements fermés dans lesquels sont placés des étrangers en situation irrégulière faisant l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire français. Au 30 juin 2020, le parc de rétention était constitué de 25 centres d'une capacité de 1 891 places. En 2019, les CRA ont reçu 50 486 personnes pour une durée moyenne de rétention de 17,5 jours en métropole et 2,4 jours outre-mer⁽¹⁾.

L'article R. 744-18 du Ceseda dispose que « pendant la durée de leur séjour en rétention, les étrangers sont hébergés et nourris à titre gratuit. Ils sont soignés gratuitement. S'ils en font la demande, ils sont examinés par un médecin de l'unité médicale du centre de rétention administrative, qui assure, le cas échéant, la prise en charge médicale durant la rétention administrative ». Sur cette base, chaque CRA dispose d'une équipe médicale composée de médecins et d'infirmiers dont le rôle est défini par la circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999. L'intervention de ces unités médicales fait l'objet, pour chaque centre, d'une convention conclue entre le ministère de l'intérieur et un établissement de santé de proximité public ou privé participant au service hospitalier⁽²⁾.

Le financement de ces unités médicales est pris en charge par le ministère de l'intérieur au titre de l'action n° 3 *Lutte contre l'immigration irrégulière* du programme 303 *Immigration et asile* du budget de l'État. En complément, les personnes retenues peuvent bénéficier de l'AME, soit parce qu'ils la possédaient en entrant au CRA, soit parce qu'ils ont ouvert ce droit durant leur rétention.

c. Les soins dispensés à Mayotte aux étrangers en situation irrégulière

Selon les derniers rapports sur les étrangers en France transmis au Parlement par le ministère de l'intérieur, la population de Mayotte est estimée, au 31 décembre 2019, à 270 000 habitants dont 34 500 étrangers en situation régulière. En 2012, le nombre d'étrangers en situation irrégulière était estimé à environ 75 000 personnes (aucune actualisation récente de ce nombre n'est connue)⁽³⁾. L'AME n'est pas applicable dans ce territoire.

Interrogé par la rapporteure spéciale, le centre hospitalier de Mayotte a indiqué que trois types de soins étaient dispensés en faveur des étrangers en situation irrégulière :

⇒ des soins dispensés aux personnes interpellées lors de leur arrivée irrégulière sur le territoire par voie maritime :

(1) *Assemblée nationale, commission des finances, rapport n° 3399 (annexe 28) sur le projet de loi de finances pour 2021, M. Jean-Noël Barrot et Mme Stella Dupont, page 33.*

(2) *Pour des développements plus complets sur la santé en rétention, la rapporteure spéciale renvoie à l'avis n° 3404 (tome II) sur le projet de loi de finances pour 2021 présenté par Mme Élodie Jacquier-Laforge en octobre 2020 devant la commission des lois de l'Assemblée nationale (pages 17 et suivantes).*

(3) *Ministère de l'intérieur, rapports sur les étrangers en France 2018 et 2019, pages 188 (rapport 2018) et 176 (rapport 2019).*

- un examen médical (3 651 personnes en 2019),
 - d'éventuels soins urgents (248 personnes ont été transférées vers la permanence de soins de Dzaoudzi et 34 femmes vers la maternité en 2019) ;
- ⇒ des soins dispensés aux personnes en situation irrégulière déjà présentes sur le territoire (ou, si leur état le nécessite, aux personnes interpellées lors de leur arrivée sur le territoire par voie maritime) :
- tout type de soins (16 047 hospitalisations de patients non-affiliés et 137 787 consultations externes délivrées à des patients non affiliés en 2019 ; une même personne pouvant avoir bénéficié de plusieurs consultations ou séjours en hospitalisation) ;
 - des évacuations sanitaires vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole (365 personnes en 2019).
- ⇒ des soins dispensés aux personnes retenues au CRA de Mayotte.

Le financement de ces soins est assuré par le centre hospitalier de Mayotte.

2. Les dispositifs généralistes notamment ouverts aux étrangers en situation irrégulière

Cinq dispositifs généralistes dispensent également des soins aux étrangers en situation irrégulière : les soins en détention, les permanences d'accès aux soins de santé, la mission d'intérêt général « Précarité », les équipes mobiles psychiatrie précarité, le Samu social et les centres d'accueil, de soins et d'orientation. Ces différents dispositifs ne s'adressent pas uniquement aux étrangers en situation irrégulière mais ces derniers en bénéficient également dans des proportions significatives.

a. Les soins en détention

Les étrangers en situation irrégulière écroués sont éligibles à l'AME et peuvent accéder aux structures de soins existant dans les établissements pénitentiaires.

Comme le rappelle M. Bruno Questel dans son avis sur les crédits de la mission *Justice* du projet de loi de finances pour 2020, l'organisation des soins en détention repose sur trois niveaux. Les soins de premier niveau sont réalisés dans les unités sanitaires implantées dans chaque établissement pénitentiaire. Les soins de deuxième niveau sont dispensés dans des chambres sécurisées implantées dans les établissements hospitaliers de rattachement et les soins de troisième niveau sont réalisés dans certains établissements de santé ⁽¹⁾.

(1) Cet élément et les suivants sont extraits de l'avis n° 2306 (tome IV) sur le projet de loi de finances pour 2020 présenté par M. Bruno Questel en octobre 2019 devant la commission des lois de l'Assemblée nationale (page 19 et suivantes).

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le financement des dépenses de santé des détenus est assuré directement par l'assurance maladie.

Si le nombre d'étrangers écroués est connu (17 521 étrangers sont écroués au 1^{er} janvier 2020, ce qui présente 21,3 % des 82 260 personnes écrouées) ⁽¹⁾, **le ministère de la justice a indiqué ne pas connaître le nombre d'étrangers en situation irrégulière écroués.**

b. Les permanences d'accès aux soins de santé, la mission d'intérêt général « Précarité » et les équipes mobiles psychiatrie précarité

Les permanences d'accès aux soins de santé, la mission d'intérêt général « Précarité » et les équipes mobiles psychiatrie précarité s'adressent également aux étrangers en situation irrégulière.

i. Les permanences d'accès aux soins de santé

En application de l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier « mettent en place [...] des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

Ces PASS visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. L'assurance maladie finance les établissements de santé qui en sont porteurs : 483 PASS sont en fonction.

Selon un récent rapport de l'Académie nationale de médecine, « aujourd'hui la patientèle des PASS est composée en majorité de migrants » ⁽²⁾ dont, très probablement, des étrangers en situation irrégulière.

ii. La mission d'intérêt général « Précarité »

Organisée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, la mission d'intérêt général « Précarité » « finance les surcoûts associés à la présence importante de patients en situation de précarité au sein de la population prise en charge dans certains établissements de santé. Ces surcoûts peuvent être de différentes natures : durées de séjours supérieures, temps médical et non médical nécessaire plus important, difficultés de recouvrement » [...] « Sont considérés comme séjours de patients en situation de précarité les séjours (hors séances) réalisés pour des patients : en situation de soins urgents, en situation d'aide médicale d'État ou bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire » ⁽³⁾.

(1) Ministère de la justice. *Les chiffres-clés de la Justice 2020*, page 17.

(2) Académie nationale de médecine, mars 2020. *Bulletin de l'académie nationale de médecine (2020) page 460. Rapport 20-01. L'immigration en France : situation sanitaire et sociale. M. Gentilini, D. Kerouedan, au nom d'un groupe de travail.*

(3) Ministère des solidarités et de la santé, Fiche U01 : *Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_u01_fiche_mig_precarite_2019.pdf.

iii. Les équipes mobiles psychiatrie précarité

Créées en 2005 dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont une double mission : répondre aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et soutenir les professionnels sanitaires et sociaux.

La direction générale de l'offre de soins a indiqué à la rapporteure spéciale qu'en 2019, 140 EMPP étaient réparties sur l'ensemble du territoire et qu'environ 75 % de ces structures comptabilisaient près de 140 500 patients. Il a aussi été précisé que « plusieurs équipes soulignent une hausse de leur activité, qui a concerné principalement des personnes migrantes, dans les territoires des métropoles mais aussi péri-urbains. Les personnes migrantes sans droit au séjour sont particulièrement vulnérables dans la mesure où ces populations sont généralement invisibles ou peu visibles des institutions, par crainte d'être interpellées et reconduites dans leur pays d'origine ».

c. *Le Samu social*

À la suite de la création du Samu social de Paris en 1993, de nombreuses structures de ce type ont été ouvertes en faveur des personnes sans-abri en détresse. La fédération nationale des Samu sociaux recense des dispositifs de ce type à Paris, Bordeaux, Caen, Cannes, Lille, Lyon, Marseille, Nantes ou Nice.

Les Samu sociaux s'adressent notamment aux personnes migrantes dont des étrangers en situation irrégulière. Le Samu social de Paris comporte par exemple une « mission migrants » ayant réalisé 12 000 bilans infirmiers en 2019 ⁽¹⁾ à la suite notamment d'évacuations de campements.

d. *Les centres d'accueil, de soins et d'orientation et les autres initiatives privées soutenues par des dépenses fiscales*

Des dépenses fiscales soutiennent également les soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. L'article 200 du code général des impôts accorde ainsi une réduction d'impôt égale à 75 % du montant des dons effectués (dans la limite de 20 % du revenu imposable) en faveur d'organismes sans but lucratif procédant, à titre principal, à la fourniture gratuite de soins à des personnes en difficulté.

Ces dépenses fiscales soutiennent par exemple le financement par Médecins du monde, de centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) qui « sont des dispositifs de facilitation de recours aux soins et à la prévention, et d'accès aux droits pour les personnes en grande difficulté qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir » ⁽²⁾. En 2019, 23 048 personnes ont été accueillies dans les CASO dont 50,6 % étaient en situation irrégulière au regard du séjour ⁽³⁾.

(1) *Samu social de Paris, rapport d'activité 2019, page 15.*

(2) *Médecins du monde, Les CASO : centres d'accès aux soins et d'orientation : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/centres-accueil-soins-orientation-caso>.*

(3) *Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde et en France, rapport 2019, page 6.*

Le taux de réduction d'impôt est de 66 % pour les œuvres ou organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, social ou humanitaire. Les 29 associations composant l'observatoire du droit à la santé des étrangers (destiné à promouvoir le « droit à la santé » des personnes étrangère) relèvent de ce dispositif.

*

L'organisation des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière repose donc sur l'AME, sur le « maintien des droits expirés » et sur au moins neuf autres dispositifs spécifiques ou généralistes. Si ce recensement n'est pas exhaustif, il comprend néanmoins les principales composantes de cette organisation.

II. 1,5 MILLIARD D'EUROS PAR AN : LE COÛT D'UNE EXCEPTION FRANÇAISE EN ATTENTE D'UNE RÉELLE RÉFORME

Le coût des onze dispositifs de soins en faveur des étrangers en situation irrégulière ne peut pas être estimé avec précision. Cependant, la rapporteure spéciale a pu évaluer à **1,5 milliard d'euros le coût de six de ces onze dispositifs en 2019. Ce montant élevé, dont les perspectives d'évolution sont préoccupantes, plaide pour une profonde remise en cause de l'organisation des soins dispensée aux étrangers en situation irrégulière. L'exception française doit être corrigée.**

A titre de comparaison, 1,5 milliard d'euros par an, cela représente une dépense supérieure au budget annuel du troisième ensemble hospitalier de France, l'assistance publique des hôpitaux de Marseille composée de 4 hôpitaux et de 14 000 salariés (1,4 milliard d'euros) ⁽¹⁾.

A. UN COÛT NE POUVANT PAS ÊTRE CHIFFRÉ PRÉCISÉMENT MAIS DONT LE MONTANT EST ESTIMÉ, AU MINIMUM, À 1,5 MILLIARD D'EUROS EN 2019

Les dépenses dont le coût a été identifié seront distinguées de celles dont l'estimation n'a pas pu être effectuée.

1. Les dépenses chiffrées par la rapporteure spéciale

La rapporteure spéciale a pu évaluer, de manière complète ou partielle, le **coût des six dispositifs** suivants : l'aide médicale de l'État, le maintien des droits à l'assurance maladie, les soins dispensés à Mayotte, les soins dispensés dans les centres de rétention administrative, la mission d'intérêt général « précarité » et les permanences d'accès aux soins de santé.

a. Une dépense d'environ 1,5 milliard d'euros

Le montant des dépenses associées est estimé à 1,5 milliard d'euros en 2019 soit un coût supérieur de près de 60 % au coût de l'AME exécuté en 2019 (939,4 millions d'euros) ⁽²⁾ qui constituait jusqu'à présent le seul indicateur retenu pour estimer le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Les dépenses publiques supportées à cet effet sont donc très supérieures à celles qui étaient affichées jusqu'à présent.

(1) <http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Plaqueette%20pr%C3%A9sentation%20APHM%202020.pdf>.

(2) Ce coût est celui de l'AME de droit commun, de l'AME Soins urgents et de l'AME « humanitaire » constaté en 2019.

Ce coût de 1,5 milliard d’euros est ainsi décomposé :

**COÛT ESTIMÉ DE SIX DES ONZE DISPOSITIFS DISPENSANT DES SOINS
AUX ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE**

(en millions d’euros)

Dispositif		Coût retenu
Aide médicale de l’État	AME de droit commun	1 042
	AME Soins urgents	40
	AME humanitaire	1
	<i>Total AME :</i>	<i>1 083</i>
Maintien des droits à l’assurance maladie		165,8
Mission d’intérêt général précarité		126,5
Soins dispensés à Mayotte		67,25
Permanences d’accès aux soins de santé		46,1
Soins dispensés en centres de rétention administrative		8,6
Total :		1 497,25

Source : *commission des finances.*

b. La méthodologie retenue

L’estimation établie repose sur les bases suivantes :

S’agissant de l’**aide médicale de l’État** :

– la dépense d’AME de droit commun prise en compte (1 042 millions d’euros) correspond à la dépense d’AME de droit commun constatée en 2019 (898 millions d’euros) majorée de 16 % pour tenir compte des observations de l’inspection générale des finances et de l’inspection générale des affaires sociales (cf. *supra*) ;

– la dépense d’AME Soins urgents prise en compte (40 millions d’euros) correspond à la dépense constatée en 2019 ;

– la dépense d’AME humanitaire prise en compte (1 million d’euros) correspond à une partie de la dépense constatée en 2019 (1,4 million d’euros) pour tenir compte du fait que certains bénéficiaires de cette forme d’AME ne sont pas des étrangers en situation irrégulière (cf. *supra*).

S’agissant du **maintien de droits à l’assurance maladie** : la dépense prise en compte (165,8 millions d’euros) correspond à une estimation basse du coût des soins dispensés en faveur des 52 267 étrangers ayant bénéficié du maintien de droit alors qu’ils auraient dû relever de l’AME. Le montant retenu est le résultat du produit entre ce nombre et le coût moyen d’un bénéficiaire à l’AME de droit commun en 2019 ⁽¹⁾.

(1) Coût moyen d’un bénéficiaire à l’AME de droit commun en 2019 = 1 042 millions / nombre moyen de bénéficiaires de l’AME de droit commun en 2019 = 3 171,67 euros. Ce chiffre est précautionneux puisque le coût unitaire moyen de l’AME de droit commun pris comme référence est probablement inférieur à la

S'agissant de la **mission d'intérêt général « Précarité »** : la circulaire n° DGOS/R1/2020/60 du 20 avril 2020 indique que cette mission a bénéficié d'un crédit de 190,3 millions d'euros en 2019 ⁽¹⁾. Compte tenu de la nature de cette mission (cf. *supra*), la rapporteure spéciale a retenu les deux-tiers de ce coût soit 126,5 millions d'euros ⁽²⁾.

S'agissant des soins dispensés à **Mayotte**, deux estimations différentes existent. En 2020, la Cour des comptes a estimé ce coût à 51,5 millions d'euros hors évacuations sanitaires ⁽³⁾. Cette évaluation a été confirmée à la rapporteure spéciale par le centre hospitalier de Mayotte. Cependant, lors de la deuxième séance du 2 novembre 2020, Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie auprès du ministre des solidarités et de la santé, a déclaré à l'Assemblée nationale, qu'à Mayotte, « la part dans le total des soins de santé des dépenses relatives aux non-assurés sociaux, parmi lesquelles figurent principalement des personnes en situation irrégulière, mais aussi des personnes en situation régulière mais qui ne remplissent pas les critères d'affiliation au régime de sécurité sociale, [...] représenterait un tiers du budget du centre hospitalier de Mayotte, soit environ 83 millions d'euros ». La rapporteure spéciale a retenu la moyenne de ces deux chiffres, soit 67,25 millions d'euros même si aucune de ces deux estimations n'intègre les dépenses d'évacuation sanitaire.

S'agissant des **permanences d'accès aux soins de santé**, la direction générale de l'offre de soins a indiqué que le coût des PASS s'est élevé à 69,16 millions d'euros en 2019. Compte tenu des actions de ces structures (cf. *supra*), la rapporteure spéciale a retenu les deux tiers de ce coût soit 46,1 millions d'euros ⁽⁴⁾.

S'agissant des soins dispensés en **centres de rétention administrative**, l'estimation prise en compte correspond au montant communiqué par le ministère de l'intérieur.

Si la méthodologie retenue comporte certaines limites, elle repose néanmoins sur des estimations globalement prudentes.

réalité (le panier de soin du maintien de droits étant plus large que celui de l'AME de droit commun). Cette estimation repose également sur le postulat que les résultats des contrôles engagés en septembre 2020 sont identiques aux résultats qui auraient été obtenus si ces contrôles avaient été diligentés en 2019

(1) Circulaire n° DGOS/R1/2020/60 du 20 avril 2020 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2020 des établissements de santé, page 44.

(2) La direction générale de l'offre de soins a été invitée à se prononcer sur cette proportion mais n'a pas répondu à la sollicitation de la rapporteure spéciale.

(3) Cour des comptes, *L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères*, mai 2020, page 124.

(4) La direction générale de l'offre de soins a été invitée à se prononcer sur cette proportion mais n'a pas répondu à la sollicitation de la rapporteure spéciale.

2. Les dépenses n'ayant pas pu être chiffrées par la rapporteure spéciale

La rapporteure spéciale n'a pas pu évaluer le **coût des cinq dispositifs suivants : l'admission au séjour pour soins, les soins en détention, les équipes mobiles « psychiatrie précarité », les Samu sociaux et la dépense fiscale soutenant les soins en faveur des étrangers en situation irrégulière**. Néanmoins, certains premiers éléments ont été réunis.

S'agissant de l'**admission au séjour pour soins**, l'Office français de l'immigration et de l'intégration a indiqué que le **coût administratif de traitement** de cette procédure s'établissait à **3,3 millions d'euros par an**. Ce montant ne comprend qu'une partie du coût administratif de traitement de cette procédure puisqu'il n'inclut pas les dépenses d'instruction des demandes d'admission au séjour pour soins supportées par les préfectures. **Cette estimation n'inclut surtout pas les dépenses des soins dispensés en faveur des étrangers en situation irrégulière** accédant à ce titre de séjour en raison de leur état de santé. Ce montant est certainement très significatif puisque les **pathologies** concernées sont **lourdes**.

Dans son dernier rapport annuel au Parlement, l'OFII précise ainsi que « depuis 2017, **près de 77 % des avis favorables transmis au préfet indiquent une durée prévisible des soins supérieure ou égale à 12 mois** »⁽¹⁾. Le coût de traitement de certaines de ces maladies est élevé. Toujours selon l'OFII, « le coût annuel d'un maintien en dialyse est de l'ordre de 80 000 euros / an (source assurance maladie) sans les transports »⁽²⁾.

S'agissant des soins en **détention**, l'absence d'élément sur le nombre d'étrangers en situation irrégulière écroués (cf. *supra*) ne permet pas d'estimer le montant des soins dispensés. La rapporteure spéciale rappelle simplement que le coût de l'ensemble des soins en détention a été estimé à 136 millions d'euros en 2018 par la commission des lois de l'Assemblée nationale⁽³⁾.

S'agissant des **équipes mobiles « psychiatrie précarité » (EMPP)**, la direction générale de l'offre de soins a indiqué ne pas disposer d'informations sur le coût des EMPP qui sont financées par une dotation annuelle globale de fonctionnement couvrant l'ensemble des activités de psychiatrie des établissements publics et privés non lucratifs de santé. Cependant, il a été précisé que des « mesures nouvelles à hauteur de 10 millions d'euros ont été déléguées en troisième circulaire budgétaire 2020 pour le renforcement des EMPP et des PASS psychiatriques »⁽⁴⁾.

(1) Office français de l'Immigration et de l'Intégration, *Procédure d'admission au séjour pour soins, rapport au Parlement, année 2019*, page 23.

(2) Réponse au questionnaire de la rapporteure spéciale.

(3) Assemblée nationale, commission des lois, avis n° 2306 (tome IV) sur le projet de loi de finances pour 2020 présenté par M. Bruno Questel, octobre 2019, page 24.

(4) Réponse au questionnaire de la rapporteure spéciale.

S'agissant des **Samu sociaux**, des informations existent sur leur budget total mais l'activité de ces structures ne peut pas être suffisamment décomposée pour évaluer le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Le rapport d'activité 2019 du Samu social de Paris fait ainsi état d'un budget total de 42,9 millions d'euros dont 9,8 millions d'euros étaient dédiés au pôle « médical et soins » qui inclut notamment les dépenses de la « mission migrants » dont une partie de l'activité concerne les soins apportés aux personnes en situation irrégulière ⁽¹⁾.

S'agissant des **dépenses fiscales**, le ministère de l'économie, des finances et de la relance chargé des comptes publics ne sait pas identifier les dépenses soutenant les associations dispensant des soins aux étrangers en situation irrégulière. À titre d'exemple, la rapporteure spéciale souligne cependant qu'en 2019, Médecins du monde a disposé d'un budget de 102,7 millions d'euros dont 39,27 millions d'euros étaient constitués de ressources issues de la générosité du public en France ouvrant droit au crédit d'impôt prévu à l'article 200 du CGI ⁽²⁾. Le coût des centres d'accueil, de soins et d'orientation étant estimé à 4 millions d'euros, une part de ce coût est indirectement financée par le budget de l'État. Cet exemple ne suffit cependant pas pour proposer une estimation fiable du montant des dépenses fiscales soutenant l'ensemble des associations dispensant des soins en faveur des étrangers en situation irrégulière.

Aucune de ces dépenses n'a pu être estimée de manière fiable. La rapporteure spéciale ne les a donc pas prises en compte dans son calcul alors même que leur montant agrégé est probablement très significatif et majorerait sensiblement le montant précité de 1,5 milliard d'euros.

3. Des perspectives financières préoccupantes

Plusieurs éléments suggèrent qu'à court et moyen terme, les dépenses de soins en faveur des étrangers en situation irrégulière devraient sensiblement s'accroître.

À court terme, les conséquences de la crise sanitaire sont susceptibles de provoquer un surcroît de dépenses. Ainsi, dans sa note sur l'exécution budgétaire 2020 de la mission *Santé*, la Cour des comptes observe qu'un « effet rebond de certains soins reportés pourrait être observé » en 2021 ⁽³⁾. Par ailleurs, en complément du rattrapage attendu en 2021 des soins non effectués en 2020, les étrangers en situation irrégulière sont (comme le reste de la population) susceptibles de recourir de manière accrue aux soins en santé mentale.

(1) *Samu social de Paris, rapport d'activité 2019, page 75.*

(2) *Médecins du monde 2019, rapport financier 2019, page 40.*

(3) *Cour des comptes, note d'exécution budgétaire 2020 de la mission Santé, page 44. Lors du quatrième trimestre 2020, la consommation des soins relevant de l'AME a crû de 1,5 % après avoir baissé lors du deuxième (- 10,9 %) et du troisième (- 0,6 %) trimestres 2020.*

La demande d’asile adressée à la France est également susceptible de connaître un rebond après une année 2020 marquée par une forte diminution de ce flux migratoire (– 40 % en guichets uniques de demandes d’asile et – 28 % à l’OFPRA)⁽¹⁾. Cet élément a une importance particulière puisque la **demande d’asile nourrit l’AME en amont et en aval**. En amont, les demandeurs d’asile relèvent (depuis janvier 2020) de l’AME Soins urgents durant les trois premiers mois suivant l’introduction de leur demande. En aval, les demandeurs d’asile définitivement déboutés relèvent du dispositif de maintien de droits puis basculent dans l’AME de droit commun (théoriquement au bout de 6 mois mais en pratique au bout d’au minimum 7,5 mois, cf. *supra*). Le flux des demandeurs d’asile définitivement déboutés est important puisque **moins d’une demande d’asile présentée sur quatre est acceptée par l’OFPRA** (ce taux remontant aux environs d’une demande d’asile sur trois après examen des recours par la CNDA)⁽²⁾. Le poids des intéressés sur les dépenses de soins est significatif puisque les déboutés du droit d’asile ne font que très rarement l’objet d’un éloignement effectif du territoire français. En 2015, la Cour des comptes considérait ainsi que **plus de « 96 % des personnes déboutées » restent en France**⁽³⁾.

Enfin, le **résultat des contrôles engagés par l’assurance maladie sur le dispositif de maintien de droit devrait conduire à basculer des populations supplémentaires dans l’AME**.

La loi de finances pour 2021 tient compte de ces risques puisqu’elle a prévu un crédit de 1 056 millions d’euros pour l’AME en **croissance de plus de 125 millions d’euros par rapport au montant exécuté en 2020** (928,3). Il n’est cependant pas certain que ce crédit complémentaire suffise à faire face aux besoins.

À moyen terme, deux facteurs sont susceptibles d’accroître sensiblement les dépenses de soins en faveur des étrangers en situation irrégulière.

Le premier élément tient à l’**absence de maîtrise des flux d’immigration irrégulière** illustrée notamment par l’évolution récente du nombre de bénéficiaires de l’AME de droit commun. **Depuis 2017**, ce dispositif a enregistré **55 000 bénéficiaires supplémentaires**, soit environ **1 000 bénéficiaires supplémentaires par mois**⁽⁴⁾.

(1) Selon le ministère de l’intérieur : « en 2020, on dénombre 81 669 premières demandes (– 41,0 %) et 11 757 réexamens (– 8,6 %), présentés au sein des guichets uniques de demandes d’asile ainsi que 22 462 demandes formulées en dehors des GUDA. [...] En 2020, 95 584 demandes d’asile ont été enregistrées à l’OFPRA soit une baisse de 28,0 % par rapport à 2019 ». Ministère de l’intérieur, *L’essentiel de l’immigration, Les demandes d’asile, janvier 2021, page 1*.

(2) En 2019, le taux de protection de l’OFPRA était de 23,7 % (OFPRA, *rapport d’activité 2019, page 56*).

(3) Cour des comptes, *référé au Premier ministre sur l’accueil et l’hébergement des demandeurs d’asile, 30 juillet 2015, page 8*.

(4) En janvier 2017, moins de 315 000 étrangers en situation irrégulière disposaient de l’AME. Moins de quatre ans plus tard, en septembre 2020, ce nombre approchait 370 000 (368 890), soit 55 000 de plus.

Le second facteur tient au **possible accroissement du taux de recours à l'AME**. Une récente étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé considérait que « **seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME** »⁽¹⁾. Certes, et même si cette conclusion concernait un échantillon restreint d'étrangers (1 223 personnes), **un accroissement du taux de recours à l'aide médicale de l'État aurait un effet immédiat sur le montant des dépenses supportées**.

Au regard de ces différents éléments, la rapporteure spéciale considère que **les dépenses de soins en faveur des étrangers en situation irrégulière sont sur une trajectoire financière non maîtrisée justifiant l'engagement d'une réforme d'ampleur**.

B. UNE EXCEPTION FRANÇAISE EN ATTENTE D'UNE RÉELLE RÉFORME

L'organisation des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière a fait l'objet d'une **réforme récente** d'ampleur limitée (cf. *supra*). La rapporteure spéciale considère qu'une réforme plus significative doit être engagée en vue de rapprocher les dispositifs existant en France de ceux en vigueur dans les autres pays de l'Union européenne. **L'exception, voire l'anomalie, française doit cesser**. La mise en œuvre de cette nouvelle réforme nécessite au préalable de respecter un certain nombre de prérequis.

1. Les prérequis : affiner l'estimation du nombre d'étrangers en situation irrégulière et mesurer plus finement la nature et le coût des soins leur étant dispensés

a. Affiner l'estimation du nombre d'étrangers en situation irrégulière : les estimations actuelles doivent être relevées

La connaissance du nombre d'étrangers en situation irrégulière est, par nature, difficile mais plusieurs indicateurs invitent à relever les **estimations actuelles** évaluant cette population **entre 350 000 et 400 000 personnes**.

Dans un récent rapport, la Cour des comptes évalue ainsi entre 350 000 et 400 000 le nombre d'étrangers en situation irrégulière présents en France métropolitaine⁽²⁾. Dans une étude présentée en 2019, le *Pew Research Center* estimait le nombre d'étrangers en situation irrégulière entre 300 000 et 400 000

(1) IRDES, *Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas*, Florence Jusot (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U1219), Équipe Emos), Jawhar Sarhiri (Irdes). *Questions d'économie de la santé*, n° 245 - novembre 2019, page 5. Cette étude repose sur des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de personnes étrangères dépourvues de titre de séjour. Cet échantillon était composé de 1 223 personnes interrogées dans 63 lieux et structures situés à Bordeaux et à Paris.

(2) *Cour des comptes, L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères*, mai 2020, page 36.

personnes en 2017 ⁽¹⁾. Ces estimations récentes sont supérieures au nombre de 300 000 étrangers en situation irrégulière avancé par M. Gérard Collomb, alors ministre de l'intérieur, en novembre 2017 ⁽²⁾.

Deux éléments conduisent cependant à réévaluer ces hypothèses qui reposent principalement sur une estimation majorée du nombre de bénéficiaires de l'AME. En premier lieu, **le nombre de bénéficiaires de l'AME croît tendanciellement** (cf. *supra*). En second lieu, les travaux de la rapporteure spéciale sur le nombre d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant du dispositif de maintien de droits au lieu de relever de l'AME conduisent à relever d'environ **50 000 personnes le nombre de bénéficiaires des différentes formes d'AME** (380 000 en 2019, cf. *supra*).

Selon les estimations de la **rapporteure spéciale, le nombre d'étrangers en situation irrégulière serait, en métropole, plus proche de 400 à 450 000 que de 350 à 400 000. Si cette estimation devait inclure les étrangers en situation irrégulière présents outre-mer, ce nombre serait très sensiblement supérieur à 500 000 personnes** puisqu'en 2012, le ministère de l'intérieur évaluait à 75 000 le nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le seul territoire de Mayotte ⁽³⁾. La très forte croissance du nombre d'étrangers en situation irrégulière dans ce département depuis 2012 et la prise en compte des étrangers en situation irrégulière présents dans les autres territoires ultramarins conduiraient à un chiffre très supérieur à 500 000 étrangers en situation irrégulière.

Sur ces points, la rapporteure invite le Gouvernement à diligenter un travail interministériel ou à solliciter des corps d'inspection pour affiner ces estimations.

b. Mesurer plus finement la nature et le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière

Une meilleure connaissance de la nature et du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière est nécessaire d'un point de vue sanitaire, économique et de maîtrise des flux migratoires.

D'un point de vue sanitaire, il serait utile d'étudier finement (par exemple par nationalité, sexe et âge) **la nature des soins dispensés aux bénéficiaires de l'AME, du maintien de droits et des permanences d'accès aux**

(1) Pew Research Center, Phillip Connor et Jeffrey S. Passel, *Europe's Unauthorized Immigrant Population Peaks in 2016, Then Levels Off*, <https://www.pewresearch.org/global/2019/11/13/europes-unauthorized-immigrant-population-peaks-in-2016-then-levels-off/>, novembre 2019. Pour les statistiques concernant la France : <https://www.pewresearch.org/global/fact-sheet/immigrants-non-autorises-en-france>.

(2) Assemblée nationale, quinzième législature, *compte rendu intégral de la première séance du mercredi 8 novembre 2017*, M. Gérard Collomb : « Il n'y a aucun mystère dans les chiffres de l'immigration clandestine que nous estimons – car, par définition, nous ne les connaissons pas précisément. Nous pensons qu'il y a aujourd'hui environ 300 000 personnes en situation irrégulière. » : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2017-2018/premiere-seance-du-mercredi-08-novembre-2017#1082560>

(3) Ministère de l'intérieur, *rapports sur les étrangers en France 2018 et 2019*, pages 188 (rapport 2018) et 176 (rapport 2019).

soins de santé en vue d'améliorer les politiques de prévention et de prise en charge des intéressés. Comment déterminer efficacement les moyens à allouer à ces publics si on ne les connaît pas les destinataires de ces politiques ? La rapporteure spéciale avait pris une initiative législative en ce sens à l'automne 2020 lors de la discussion de la mission *Santé* du projet de loi de finances pour 2021 ⁽¹⁾. Son amendement n'a cependant pas été adopté par l'Assemblée nationale mais cet amendement, ou un amendement proche, sera probablement de nouveau déposé à l'automne 2021 lors de la discussion de la mission *Santé* du projet de loi de finances pour 2022.

D'un point de vue sanitaire, cette connaissance plus fine des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière permettrait également de savoir si les intéressés font peser certaines tensions sur le système de soins français, notamment sur le système de greffe.

D'un point de vue économique, une meilleure connaissance de la nature et du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière permettrait de **compléter le premier chiffrage établi dans ce rapport** et de connaître le montant des cinq postes de dépense qui n'ont pas pu être évalués (cf. *supra*).

Du point de vue de la maîtrise des flux migratoires, une meilleure connaissance de la nature et du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière permettrait d'appréhender plus finement la question de l'**immigration pour soins** sur laquelle peu de données sont aujourd'hui disponibles, comme l'a regretté la direction centrale de la police aux frontières lors de son audition. Pour l'heure, **un faisceau d'indices concordants soutient l'hypothèse d'une immigration de ce type mais le recueil de données supplémentaires est nécessaire pour mieux cerner ce sujet.**

(1) Assemblée nationale, amendement n° II-995 déposé par Mme Véronique Louwagie et plusieurs de ses collègues.

Les étrangers, notamment en situation irrégulière, mettent-ils sous tension le système de greffe français ?

L'**attention** de la rapporteure spéciale a été **appelée à deux reprises** sur des tensions sur le système français susceptibles d'être imputées aux patients étrangers, notamment en situation irrégulière.

Dans le cadre de ses pouvoirs spéciaux ⁽¹⁾, la rapporteure spéciale a obtenu la communication d'une **note adressée à l'été 2020 par la direction générale de l'offre de soins et la direction de la sécurité sociale au directeur de cabinet** de M. Olivier Véran, **ministre des solidarités et de la santé** ⁽¹⁾. Cette note indique que « l'accueil de patients non-résidents vient parfois heurter les prévisions faites par les ARS [agences régionales de santé] pour calibrer l'activité sur des territoires donnés en réponse aux besoins de leurs populations. Ainsi, dans des domaines comme la greffe ou la dialyse (activités soumises à autorisation), **l'afflux de patients non-résidents met parfois le système en tension et peut donner une impression d'inéquité aux patients résidents en France** (qui sont sur liste d'attente pour les greffes par exemple) et pour qui l'accès aux soins reste vital » ⁽²⁾.

Par ailleurs, en réponse au questionnaire préparatoire à son audition, l'OFII a indiqué à la rapporteure spéciale que « **les étrangers qui viennent pour être greffés (Maghreb ou des anciens pays de l'Est) peuvent peser sur le dispositif français et retarder les greffes pour les résidents**. Suite à l'interpellation des équipes de dialyse et de transplantation, l'OFII a saisi en 2019 l'Agence de la biomédecine sur cette question » ⁽³⁾.

Sur ces bases, la rapporteure spéciale a auditionné l'agence de la biomédecine (ABM) qui est notamment chargée de l'établissement et de la gestion de la liste d'attente nationale de greffe et de la répartition des greffons entre les équipes médicales. Les éléments communiqués par Mme Emmanuelle Cortot-Boucher, directrice générale de l'ABM, font apparaître que :

– Depuis 2015, les **étrangers ont bénéficié de 14,8 % des transplantations** alors que les étrangers résidant en France représentent **7,4 % de la population** ;

– La proportion d'étrangers par nature de greffe est très variable ;

– Si l'agence de la biomédecine reconnaît des tensions locales, elle considère que pour réaliser une comparaison pertinente, il conviendrait de « tenir compte des écarts de prévalence qui existent, entre groupes de population d'origine géographique différente, pour les affections qui, dans leurs formes les plus graves, peuvent rendre nécessaire une transplantation » ⁽⁴⁾.

La rapporteure spéciale note que la proportion d'étrangers ayant bénéficié d'une greffe est deux fois supérieure à leur poids démographique mais considère que ce seul élément ne permet pas de tirer de conclusion définitive. À ce titre, elle souhaite que l'agence de la biomédecine soit autorisée à connaître et enregistrer le statut administratif des étrangers sollicitant ou bénéficiant d'une greffe (étranger en situation irrégulière bénéficiaire ou non de l'AME, demandeur d'asile, titulaire d'un titre de séjour « étranger malade », titulaire d'un autre titre de séjour). Seul le recueil de ces données permettra d'appréhender ce sujet dans sa globalité.

(1) L'article 57 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances reconnaît aux rapporteures spéciales des commissions chargées des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat le pouvoir

Dans leur récent rapport sur l'AME, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales notent que « l'hypothèse d'une migration pour soins, [...] n'est clairement pas un phénomène marginal (plus d'un quart des étrangers en situation irrégulière citeraient les soins parmi les raisons de leur migration) »⁽⁵⁾. Dans une étude de 2015, dont la rapporteure a eu connaissance dans le cadre de ses pouvoirs spéciaux, la **direction de la sécurité sociale** relève l'**existence de « filières organisées pour des venues en France à seule fin de traitement de certaines pathologies »**⁽⁶⁾ et note que « des **patients** atteints de tuberculose multirésistante, en provenance de quelques villes de **Géorgie** bien déterminées et **en situation irrégulière** en France, arrivent dans les différents centres de référence parisiens en matière de tuberculose. » [...] « On constate que nombre de patients géorgiens soignés en France pour tuberculose et hépatite C ont un **passé carcéral** ».

Dans un **rapport de mission établi par l'OFII** à la suite de la visite d'une délégation française en Géorgie en février 2020, il est écrit que « **l'OMS se dit surprise du taux de Géorgiens ayant recours au titre de séjour Étranger malade en France** pour les 2 principales pathologies : la santé mentale (47 % en 2017 versus 24 % en 2019) et les maladies infectieuses VIH, hépatites B et C (environ 30 %) »⁽⁷⁾. Le point 4 de la note précitée adressée à l'été 2020 par la **directrice générale de l'offre de soins** et le **directeur de la sécurité sociale** à Monsieur le directeur de cabinet du ministre des solidarités et de la santé invite à « mieux réguler les entrées sur le territoire [pour] **éviter la formation de « filières » ou le détournement de procédures – comme celle du droit d'asile par des particuliers voulant accéder au territoire français pour bénéficier de la qualité reconnue de son système de santé** ».

Une amélioration du recueil, du partage et de l'exploitation des données sur l'immigration irrégulière, notamment pour soins, est indispensable et doit accompagner une réforme d'ampleur des principaux dispositifs dispensant des soins aux étrangers en situation irrégulière.

d'obtenir communication de « tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif qu'ils demandent, y compris tout rapport établi par les organismes et services chargés du contrôle de l'administration, réserve faite des sujets à caractère secret concernant la défense nationale et la sécurité intérieure ou extérieure de l'État et du respect du secret de l'instruction et du secret médical ».

(1) Note, non datée, de Madame la directrice générale de l'offre de soins et de Monsieur le directeur de la sécurité sociale à Monsieur le directeur de cabinet, Madame la directrice-adjointe de cabinet et à deux conseillers de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé.

(2) Note précitée, page 5.

(3) Réponse de l'OFII au questionnaire de la rapporteure spéciale.

(4) Réponse de l'ABM au questionnaire de la rapporteure spéciale.

(5) L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, page 2.

(6) Direction de la sécurité sociale, note du 6 octobre 2015, DSS Bureau 2A – DACI. Cette note est reproduite en annexe 5.

(7) OFII, rapport de mission en Géorgie de la délégation française à Tbilissi du 11 au 14 février 2020 (non publié), page 2.

2. Mettre fin à l'exception française et rapprocher les dispositifs nationaux du droit commun européen

La rapporteure spéciale est favorable au rapprochement du système français du droit commun européen ce qui supposerait de recentrer l'AME sur les soins urgents, de resserrer les conditions d'accès et les modalités de gestion du dispositif de maintien des droits, de restreindre les conditions d'accès au dispositif « étrangers malades » et de modifier la protection santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs.

a. Recentrer l'AME sur les soins urgents incluant les soins contre les pandémies ou, au minimum, redéfinir le panier de soins

La rapporteure spéciale souhaite que l'AME de droit commun soit limitée aux soins urgents afin d'aligner la situation française sur celle des autres pays européens.

Le récent rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales sur l'AME note que les huit pays européens étudiés en détail (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède et Suisse), proposent un socle commun de soins reposant sur la prise en charge des pathologies nécessitant des soins urgents, sur la prise en charge des femmes enceintes et des mineurs et sur la prévention des infections (vaccinations obligatoires, tuberculose, VIH...) ⁽¹⁾. La rapporteure spéciale est partisane d'un recentrage de l'AME sur un tel panier de soins qui inclurait les soins contre les pandémies.

À défaut, d'un tel recentrage, il serait nécessaire de **redéfinir le panier de soins pour en exclure certains gestes médicaux**. À l'heure actuelle, et en application de l'article R. 251-1 du CASF, seuls un nombre limité de soins sont exclus du périmètre de l'AME (*cf. supra*). La rapporteure spéciale propose de compléter la liste de ces exclusions pour **écarter la possibilité (actuellement offerte à un bénéficiaire de l'AME après neuf mois « d'ancienneté » dans ce dispositif) de pouvoir disposer d'une intervention pour oreilles décollées**, pour gastroplastie (**pose d'un anneau gastrique**) et pour d'autres interventions liées à l'obésité ⁽²⁾.

En complément, la rapporteure spéciale invite également le Gouvernement à retenir la recommandation n° 5 du rapport précité de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales visant à mettre à disposition des consulats de France et de la police aux frontières une base de données relative aux bénéficiaires présents et passés de l'AME ainsi qu'une base de données relative aux créances hospitalières.

(1) *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019, page 20.*

(2) *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).*

De la même façon, et comme la direction centrale de la police aux frontières en a exprimé le vœu lors de son audition, il est nécessaire de permettre à ce service d'accéder au fonds de dossier déposé par un étranger dans l'application France visa à l'appui de sa demande de visa. Enfin, le recueil de la nationalité des demandeurs de l'AME et de la nature des soins dispensés devrait être autorisé (cf. *supra*).

b. Resserrer les conditions d'accès et les modalités de gestion du dispositif de maintien des droits expirés

Le dispositif de maintien des droits est un dispositif utile qu'il convient de conserver pour tenir compte notamment des difficultés rencontrées par certains étrangers pour renouveler leur titre de séjour et pour ne pas accroître la charge administrative des CPAM. Ce dispositif doit cependant être resserré afin que ses conditions d'accès respectent sa finalité initiale et ne permettent plus à des étrangers en situation irrégulière de bénéficier de ce dispositif au lieu de relever de l'AME.

À ce titre, cinq aménagements sont proposés.

Le premier ajustement vise à **subordonner l'accès à ce dispositif à l'engagement d'une démarche de renouvellement d'un titre de séjour** (comme cela est le cas pour le dispositif de maintien des droits sociaux prévus à l'article L. 433-3 du Ceseda). Un étranger qui n'entreprend pas de démarche de renouvellement de son titre de séjour ne doit pas pouvoir bénéficier d'une prolongation de sa couverture santé.

Le deuxième aménagement vise à **subordonner le bénéfice du maintien des droits à une durée antérieure de présence minimale sur le territoire**. À l'heure actuelle, le bénéfice du maintien de droit est conditionné à une simple affiliation antérieure à la protection universelle maladie qui repose elle-même sur l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une résidence stable et régulière en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. La rapporteure spéciale propose de **limiter le bénéfice de ce dispositif aux étrangers disposant d'une résidence antérieure régulière sur le territoire égale à au moins 6 mois**.

Le troisième aménagement vise à **modifier les modalités de détermination de la date effective de fermeture des droits**. À l'heure actuelle, l'interruption des droits n'intervient qu'au bout de 7,5 mois alors que, juridiquement, elle pourrait tout à fait intervenir **dès le sixième mois** (cf. *supra*). Une interruption effective dès six mois est préconisée.

Le quatrième aménagement suggère d'**exclure les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs du bénéfice du maintien de droit** (cf. *infra*).

Enfin, il est proposé de **réduire, d'ici deux ou trois ans, de 6 à 3 mois la durée de maintien des droits**. Cette proposition se justifie par le souhait d'aligner cette durée sur celle retenue pour le maintien des droits sociaux figurant à l'article L. 433-3 du Ceseda.

Cette réduction ne pourrait cependant pas être mise en place dès à présent en raison, d'une part, des difficultés importantes de fonctionnement rencontrées par les services étrangers des préfectures ⁽¹⁾, et, d'autre part, par les contraintes de mise en œuvre de cette nouvelle disposition pour les CPAM (le nouveau système de contrôle automatique, encore en phase de rodage, ne doit pas être modifié dès à présent de façon substantielle).

Par ailleurs, toute modification du dispositif de maintien des droits figurant à l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale supposerait d'**engager une réflexion sur la conservation, l'adaptation ou la suppression du dispositif concurrent de maintien des droits sociaux figurant à l'article L. 433-3 du Ceseda. L'existence de deux dispositifs différents, situés dans deux codes différents, ne se justifie pas. Une harmonisation entre ces deux dispositifs est, au minimum, souhaitable.**

Le resserrement ainsi opéré recentrerait le dispositif du maintien de droits sur sa finalité initiale, éviterait que des étrangers en situation irrégulière bénéficient du maintien de droits alors qu'ils devraient relever de l'AME et éviterait à la CNAM de prendre en charge indûment des dépenses de santé à la place de l'État.

c. Restreindre la procédure d'admission au séjour pour soins ou, au minimum, en améliorer le fonctionnement

La procédure d'admission au séjour pour soins est une anomalie qui, dans sa forme actuelle, n'a plus lieu d'être. Cette forme de régularisation au fil de l'eau pour des motifs de santé pose un **important problème d'acceptation sociale, mobilise fortement le système hospitalier** (au regard de la lourdeur des pathologies soignées et du nombre de malades pris en charge), a un **coût probablement élevé** et constitue une **incitation manifeste à une immigration pour soins**.

La rapporteure spéciale recommande de **restreindre l'accès à ce dispositif** :

– **en subordonnant son accès à une résidence antérieure minimale de deux ans sur le territoire français ;**

– **en limitant les pathologies pouvant être soignées aux seules pathologies pour lesquelles le système de soins français n'est pas sous tension ;**

– **en excluant les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs de ce dispositif (cf. *infra*).**

(1) La rapporteure spéciale renvoie sur ce point aux travaux de ses collègues Jean-Noël Barrot et Stéphanie Dupont sur les moyens consacrés par les préfectures à l'instruction des demandes de titres de séjour présentés dans le cadre du printemps de l'évaluation 2021.

L'imposition d'une durée minimale de résidence sur le territoire vise à éviter qu'un étranger venu en France dans le cadre d'un visa de courte durée accordé à des fins touristiques puisse, une fois ce visa expiré, solliciter le bénéfice d'une admission au séjour pour soins. Dans cette optique, l'OFII devrait pouvoir accéder au logiciel Visabio ⁽¹⁾. La restriction concernant les pathologies pouvant être prises en charge vise à éviter que des patients français ne puissent pas bénéficier de soins en raison de traitements accordés à des étrangers en situation irrégulière. L'exclusion des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs entend prévenir le dévoiement de la demande d'asile à des fins d'immigration irrégulière à but médical.

Cette réforme de la procédure d'admission au séjour pour soins devrait s'accompagner d'un développement des rapatriements sanitaires. À ce titre, la rapporteure spéciale se félicite que l'OFII et l'Assistance publique des hôpitaux de Paris aient conduit en 2020 une mission de coopération sanitaire avec les autorités géorgiennes dans le but de prévenir la migration pour soins. À la suite de cette mission, un **dispositif d'aide au retour médicalisé volontaire a été mis en place en avril 2021 par l'OFII** en partenariat avec l'Organisation internationale pour les migrations ⁽²⁾. **Des Géorgiens déboutés du titre de séjour Étranger malade peuvent désormais bénéficier d'une aide au retour sur la base du volontariat, avec escorte médicale le cas échéant, et prise en charge médicale au retour.** Cette expérience, qui s'inspire d'opérations similaires conduites précédemment en Allemagne, en Suisse et aux Pays-Bas, en est à ses débuts et n'a pas encore conduit à l'organisation d'un premier rapatriement.

Par ailleurs, **que le dispositif « Étrangers malades » soit resserré ou non, il importe de renforcer les compétences de l'OFII.** À l'heure actuelle, cet établissement public assure l'instruction médicale des dossiers et dispose d'une vue assez large sur les demandes formulées mais ne possède pas de vue d'ensemble sur le dispositif. **L'OFII ne recueille ainsi pas de données sur le statut administratif des demandeurs** (et ne peut donc pas mesurer le nombre de demandeurs d'asile déboutés sollicitant ce titre de séjour) et ne **connaît pas les décisions prises par les préfetures sur les demandes présentées et pour lesquelles les médecins de l'OFII ont rendu un avis.**

La rapporteure spéciale souhaite que l'OFII soit habilitée à recueillir (ou à consulter) des données sur le statut administratif des demandeurs et à connaître les décisions préfectorales rendues en matière d'admission au séjour pour soins afin de rendre compte au Parlement des demandes présentées et des décisions prises dans le cadre de la procédure d'admission au séjour pour soins.

(1) Le fichier Visabio est un traitement de données à caractère personnel intéressant les étrangers sollicitant la délivrance d'un visa.

(2) Cf. brochure de l'OFII en annexe 6.

d. Modifier la protection santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs

En 2019, plus de 30 000 (30 146) demandes d'asile ont été déposées 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 (6,96 %, cf. *supra*) **trois fois inférieur au taux moyen de protection accordé par l'OFPRA (23,7 %)**. Le **dévoisement de la procédure de demande d'asile** est patent et les réelles motivations de ces personnes sont économiques ou sanitaires. En 2019 toujours, **plus de 5 000 ressortissants de pays d'origine sûrs en situation irrégulière ont par ailleurs déposé une demande de titre de séjour pour soins** (le nombre de demandes satisfaites étant inconnu). Une partie de cette population fait peser des tensions sur le système de soins.

La très grande majorité des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs sont des étrangers en situation irrégulière en puissance. Il importe donc de modifier la protection santé des intéressés pour dissuader de « vraies-fausse » demandes d'asile motivées par le souhait de bénéficier de la protection universelle maladie, de la procédure d'admission au séjour pour soins puis, une fois la demande d'asile définitivement rejetée, du dispositif de maintien des droits.

La rapporteure spéciale recommande donc de :

- ⇒ supprimer le bénéfice de la protection universelle maladie accordée aux demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs (après le troisième mois suivant l'enregistrement de leur demande d'asile) et de placer les intéressés sous le régime de l'AME de droit commun durant la période d'instruction de leur demande d'asile ;
- ⇒ exclure les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs de la procédure d'admission au séjour pour soins ;
- ⇒ exclure les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs du maintien des droits et de maintenir les intéressés dans l'AME de droit commun.

La protection santé des autres demandeurs d'asile ne serait en revanche pas modifiée.

**La couverture santé des demandeurs d'asile dans le droit existant
et dans le droit proposé**

Le droit existant assure une couverture santé identique à tous les demandeurs d'asile, qu'ils proviennent de pays d'origine sûrs ou non. Le droit proposé distinguerait la couverture santé des demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs de celle des autres demandeurs d'asile.

LE DROIT EXISTANT (TOUS DEMANDEURS D'ASILE) :

Trois mois suivant l'enregistrement de la demande d'asile	Instruction de la demande d'asile (après les 3 premiers mois)	Après la décision définitive sur la demande d'asile
AME soins urgents + possibilité de déposer une demande d'admission au séjour pour soins	PUMA	En cas d'admission : PUMA
		En cas de rejet définitif : maintien des droits expirés puis AME de droit commun

LE DROIT PROPOSÉ :

	Trois mois suivant l'enregistrement de la demande d'asile	Instruction de la demande d'asile (après les 3 premiers mois)	Après la décision définitive sur la demande d'asile
Demandeur d'asile hors pays d'origine sûr.	Inchangé (AME soins urgents + possibilité de déposer une demande d'admission au séjour pour soins)	Inchangé (PUMA)	En cas d'admission : PUMA (inchangé)
			En cas de rejet définitif : maintien des droits expirés puis AME de droit commun (inchangé)
Demandeur d'asile provenant d'un pays d'origine sûr	AME soins urgents	AME de droit commun	En cas d'admission : PUMA
			En cas de rejet définitif : AME de droit commun

*

Seule une réforme d'ampleur de l'organisation des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière est susceptible de maîtriser le coût de ces soins, de rapprocher la France de la situation des autres pays européens et de renforcer l'acceptation sociale de ces dispositifs.

LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DE LA RAPPORTEUSE SPÉCIALE

1	Diligenter un travail interministériel ou 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	Réformer l'Aide médicale de l'État Recentrer l'AME sur les soins urgents et, à défaut, redéfinir le panier de soins pour en exclure certains gestes médicaux (intervention pour oreilles décollées, pose d'un anneau gastrique et autres interventions liées à l'obésité) Mettre à disposition des consulats de France et de la police aux frontières une base de données relative aux bénéficiaires présents et passés de l'AME Permettre à la direction centrale de la police aux frontières d'accéder au fonds de dossier déposé par un étranger dans l'application France visas à l'appui de sa demande de visa Autoriser le recueil de données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME et sur les pathologies soignées
3	Réformer le dispositif du maintien des droits expirés à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire Achever les contrôles engagés en septembre 2020 Affiner la procédure de contrôle en améliorant la qualité des échanges informatiques avec le ministère de l'intérieur en vue notamment de prendre en compte les dates de rejet définitif des demandes d'asile Resserrer les conditions d'accès : ⇒ subordonner l'accès à ce dispositif à l'engagement d'une démarche de renouvellement d'un titre de séjour ; ⇒ subordonner le bénéfice du maintien des droits à une durée antérieure de présence minimale sur le territoire (6 mois) ; ⇒ modifier les modalités de fermeture effective des droits pour que l'interruption des droits intervienne 6 mois (et non plus 7,5 mois) après l'expiration du titre de séjour ;

	<p>⇒ réduire, d’ici deux ou trois ans, de 6 à 3 mois la durée de maintien de droit.</p>
	<p>Engager une réflexion sur la conservation, l’adaptation ou la suppression du dispositif concurrent 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</p>
4	<p>Réformer la procédure d’admission au séjour pour soins</p>
	<p>Restreindre l’accès à ce dispositif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ subordonner son accès à une résidence antérieure minimale de deux ans sur le territoire français ; ⇒ limiter les pathologies pouvant être soignées aux seules pathologies pour lesquelles le système de soins français n’est pas sous tension ; ⇒ exclure les demandeurs d’asile provenant de pays d’origine sûrs de ce dispositif.
	<p>Renforcer les compétences de l’OFII pour permettre à cet établissement de recueillir (ou de consulter) des données sur le statut administratif des demandeurs et de connaître les décisions préfectorales rendues en matière d’admission au séjour pour soins.</p>
5	<p>Modifier la protection santé des demandeurs d’asile provenant de pays d’origine sûrs</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ supprimer le bénéfice de la protection universelle maladie accordée aux demandeurs d’asile provenant de pays d’origine sûrs (après le troisième mois suivant l’enregistrement de leur demande d’asile) et placer les intéressés sous le régime de l’AME de droit commun durant la période d’instruction de leur demande d’asile ; ⇒ lorsque leur demande d’asile est définitivement déboutée, exclure les demandeurs d’asile provenant de pays d’origine sûrs du maintien de droits et les maintenir dans l’AME de droit commun ; ⇒ exclure les demandeurs d’asile provenant de pays d’origine sûrs de la procédure d’admission au séjour pour soins.
6	<p>Autre proposition</p>
	<p>Autoriser l’agence de la biomédecine à recueillir le statut administratif des étrangers sollicitant ou bénéficiant d’une greffe.</p>

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion de 21 heures, le mercredi 26 mai 2021, la commission des finances, réunie en commission d'évaluation des politiques publiques, a entendu Mme Véronique Louwagie, rapporteure spéciale, sur les crédits de la mission Santé.

La vidéo de cette réunion est disponible sur le portail dédié de l'Assemblée nationale. Le compte rendu sera prochainement lisible en ligne.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE 1 - SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE DU CENTRE EUROPÉEN DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION PARLEMENTAIRE (CERDP) RÉALISÉE PAR LE SERVICE DES AFFAIRES EUROPÉENNES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

SERVICE DES AFFAIRES EUROPÉENNES
DIVISION DES ÉTUDES EUROPÉENNES ET DU DROIT COMPARÉ

Paris, le 22 janvier 2021

Consultation CERDP sur les coûts des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière

Synthèse

Au premier semestre 2021, le rapporteur spécial des crédits de la Mission Santé du budget de l'Etat présentera un rapport sur les systèmes et les coûts des soins dispensés aux immigrés clandestins présents sur le territoire français. Dans ce cadre, elle souhaite comparer les politiques publiques menées en France avec celles des autres Etats.

La présente synthèse s'appuie sur les réponses reçues, dans le cadre d'une consultation effectuée par l'intermédiaire du CERDP¹, des assemblées parlementaires des États suivants : Albanie, Angleterre, Autriche, Belgique, Canada, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.

Les États consultés ont répondu, de manière plus au moins développée, au questionnaire repris comme plan de ce document.

¹ Le Centre européen de recherche et de documentation parlementaires (CERDP) est un réseau documentaire géré par le Conseil de l'Europe et l'Union européenne.

1- Dans quelles conditions les étrangers en situation irrégulière ont-ils accès aux soins de santé ?

En Albanie, l'article 16 de la Constitution dispose que « *Les droits et libertés fondamentaux et les devoirs prévus dans la présente Constitution pour les citoyens albanais sont également valables pour les étrangers et les apatrides sur le territoire.* »

Ainsi, tout immigrant irrégulier se voit reconnaître l'accès aux soins de santé lors de sa demande d'asile, sa présence dans un camp de rétention, mais aussi lors de sa présence sur le territoire (article 106 de la loi n° 108/2013).

En **Angleterre**, certains types de visiteurs étrangers sont exemptés de la facturation des services du NHS. Outre les personnes qui se voient accorder l'asile (réfugiés) et les demandeurs d'asile (demandeurs d'asile, de protection humanitaire ou de protection temporaire dont la demande, y compris les recours, n'a pas encore été examinée), ainsi que les personnes à leur charge, la liste comprend également les "demandeurs d'asile déboutés".

En **Autriche**, tous les migrants irréguliers sont couverts par l'assurance maladie obligatoire autrichienne dans le cadre de soins basiques.

En **Belgique**, l'aide médicale urgente est octroyée à toute personne qui séjourne illégalement en Belgique. Cette dernière prend la forme d'une intervention financière du Centre Public d'Action Sociale (CPAS). Le critère d'urgence médicale est exclusivement déterminé par un médecin et peut avoir trait à un examen médical, un traitement chez un kinésithérapeute tout comme une simple visite chez le médecin généraliste.

Au **Canada**, pour ce qui trait à la santé, la compétence est partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Concernant l'accès aux soins, c'est aux provinces et territoires que revient la responsabilité de l'administration et de la prestation des services de soins de santé à la population.

Les immigrants illégaux sont admissibles aux soins de santé sous la Loi canadienne sur la santé. Toutefois, certaines provinces imposent aux nouveaux arrivants une période d'attente pouvant aller jusqu'à 90 jours avant d'être admissibles. Durant cette période d'attente, les provinces et les territoires offrent des services médicaux d'urgence gratuits (soins aux victimes de violence conjugale ou familiale, grossesse, l'accouchement ou à l'interruption de grossesse, mais des restrictions peuvent s'appliquer selon le statut d'immigration).

En dehors de ces soins d'urgence, les nouveaux arrivants doivent assumer eux-mêmes leurs frais médicaux ou se procurer une assurance privée.

En **Espagne**, l'accès universel au système de santé est garanti aux étrangers en situation irrégulière dans les mêmes conditions que les citoyens espagnols (article 3 ter de la loi 16/2003). Ces derniers bénéficient donc d'une prise en charge du système de santé par les fonds publics.

En **Estonie**, conformément à l'article 6 de la loi sur l'organisation des services de santé, les soins médicaux d'urgence sont garantis à toute personne en Estonie, qu'elle séjourne dans le pays de manière légale ou illégale, et qu'elle soit ou non assurée. Aussi, en cas de problèmes de santé mineurs ou inattendus, il est possible de demander l'avis de médecins de famille estoniens à partir d'une ligne de conseil à l'échelle de l'État.

Selon l'article 5 de la loi sur l'assurance maladie, un assuré est un résident permanent de la République d'Estonie ou une personne vivant en Estonie en vertu d'un permis de séjour temporaire ou d'un droit de résidence permanente qui paie l'impôt social pour lui-même ou pour qui le payeur de l'impôt social est tenu de payer l'impôt social. Les personnes non assurées peuvent soit demander une assurance publique volontaire auprès du Fonds estonien d'assurance maladie, soit acheter une assurance auprès d'un prestataire privé.

En **Finlande**, les étrangers en situation irrégulière n'ont droit qu'aux soins urgents fournis par le système de santé public et à leurs propres frais. Les coûts du traitement sont remboursés à la municipalité par le gouvernement central si la personne en situation irrégulière n'est pas en mesure de les payer. Les soins urgents n'incluent pas le suivi d'une grossesse ou d'un nouveau-né, ni le traitement de maladies chroniques.

En **Grèce**, les étrangers en situation irrégulière ont le droit d'accéder au système de santé publique à condition qu'ils aient demandé l'asile et jusqu'à ce que leur demande soit examinée, ou s'ils appartiennent à un groupe vulnérable (*mineurs jusqu'à 18 ans, femmes enceintes, personnes ayant un handicap de 67 % ou plus, personnes souffrant de malignités, de maladies chroniques, incurables ou rares, demandeurs de protection internationale, prisonniers*) selon l'article 33 de la loi 4368/2016.

L'article 55 de la loi 4636/2019 dispose à cet effet que pour que les demandeurs d'asile aient accès aux soins de santé, ils doivent être titulaires d'un numéro temporaire d'assurance et de soins de santé pour étrangers. Ce numéro est fourni par le service d'asile lors de leur demande d'asile et est valable pendant toute la durée de l'examen de leur demande en vertu de la décision ministérielle conjointe 199/B/31-01-2020. L'éventuel rejet de la demande d'asile implique sa désactivation automatique, tandis qu'en cas d'acceptation de la demande, il est transformé en numéro d'enregistrement à la sécurité sociale.

En **Hongrie**, tout ressortissant de pays tiers qui est détenu ou placé dans un foyer en raison d'un séjour illégal, s'il n'est pas couvert par un régime de sécurité sociale, bénéficie gratuitement des services de soins de santé suivants : traitements épidémiologiques comme par exemple la vaccination obligatoire, test de dépistage, quarantaine, accouchement.

Tout autre soin médical est payé par le bureau d'assistance et d'entretien du foyer ou de la zone de transit au prestataire de soins de santé.

En **Italie**, les demandeurs d'asile et les bénéficiaires d'une protection internationale sont tenus de s'inscrire auprès du Service national de santé. Ils bénéficient de l'égalité de traitement et de la pleine égalité des droits et obligations avec les citoyens italiens en ce qui concerne l'assistance contributive obligatoire fournie par le Service national de santé en Italie.

Il n'y a pas de distinction entre les demandeurs d'asile bénéficiant des conditions matérielles d'accueil et ceux qui sont en dehors du système d'accueil, puisque tous les demandeurs d'asile bénéficient du Système national de santé.

En attendant leur inscription, les demandeurs d'asile ont accès aux traitements médicaux garantis par l'article 35 TUI aux migrants en situation irrégulière : ils ont accès aux soins d'urgence et aux traitements essentiels et ils bénéficient de programmes de traitement médical préventif visant à préserver la santé individuelle et publique.

En **Lettonie**, selon la loi sur l'asile, tout demandeur d'asile a le droit de recevoir une assistance médicale d'urgence, des soins de santé primaires et une assistance psychiatrique ambulatoire et hospitalière en cas de troubles mentaux graves.

En **Lituanie**, les étrangers illégaux sont placés, sous décision de justice, au Centre d'enregistrement des étrangers du Service national des gardes-frontières.

Selon le règlement intérieur du Centre, ces étrangers ont le droit de demander l'aide du médecin du Centre. Ce dernier fournit, en outre, des services médicaux d'urgence ainsi que des services de soins de santé primaires, y compris la vaccination dans le cadre du programme national d'immunisation.

Au **Luxembourg**, il résulte de l'article 62 de la loi du 18 décembre 2015 relative à la protection internationale et à la protection temporaire que les bénéficiaires de la protection internationale ont accès aux prestations sociales, au logement, à l'éducation et aux soins de santé dans les mêmes conditions que les citoyens luxembourgeois.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes en attente d'une réponse et dont la procédure est encore en cours.

En **Norvège**, une distinction est opérée entre les mineurs et les majeurs. Les mineurs en situation irrégulière ont droit à tous les types de soins de santé, sans aucun paiement. Les majeurs en situation irrégulière ont droit, quant à eux, seulement aux soins aux soins d'urgence.

Le patient doit payer le coût des soins d'urgence et des soins nécessaires qui ne peuvent attendre.

Toutefois, il n'est pas autorisé à demander un paiement à l'avance. Le patient peut recevoir une facture après le traitement, mais si le patient ne peut pas payer, l'hôpital doit prendre en charge le coût. Les avortements et les soins de santé en rapport avec les maladies infectieuses sont gratuits.

En **Pologne**, les personnes en séjour irrégulier sur le territoire ne sont pas couvertes par l'assistance médicale. L'aide sociale et les soins médicaux sont toutefois fournis aux demandeurs et aux personnes visées par la demande de protection internationale pendant la procédure d'octroi de la protection internationale, à partir de la date de déclaration au centre pour les étrangers.

Au **Portugal**, il résulte de l'article 15 de la Constitution Portugaise ainsi que de l'article 21 de la loi-cadre de la santé que les étrangers, même en situation irrégulière, ont accès à tous les soins de santé dispensés par le Service National de Santé (SNS) et dans les mêmes conditions que le citoyen national.

En **Roumanie**, conformément aux dispositions de la loi n° 122/2006 sur l'asile les étrangers en situation irrégulière ont accès aux soins de santé pendant toute la durée de la procédure d'asile. L'accès aux soins comprend notamment le droit de recevoir gratuitement une aide médicale primaire et une aide hospitalière d'urgence, ainsi qu'une aide médicale et un traitement gratuit, en cas de maladie aiguë ou chronique mettant sa vie en danger de façon imminente.

En **République Tchèque**, selon l'article 31 de la Charte tchèque des droits et libertés fondamentaux, toute personne a droit à la protection de sa santé. Les citoyens ont droit, sur la base d'une assurance publique, à des soins médicaux gratuits et à des aides médicales dans les conditions prévues par la loi.

Conformément à la loi n° 48/1997, l'assurance maladie est obligatoire pour toutes les personnes ayant droit à une résidence permanente sur le territoire de la République tchèque et pour toutes les personnes sans résidence permanente sur le territoire de la République tchèque travaillant pour un employeur ayant son siège social ou sa résidence permanente en République tchèque. La loi inclut également d'autres catégories spécifiques d'étrangers ayant accès à l'assurance maladie publique. Toutefois, elle ne mentionne pas les étrangers en situation irrégulière.

En **Slovaquie**, en vertu de l'article 11 de la loi n° 576/2004, toute personne a droit à des soins de santé conformément au principe de l'égalité de traitement.

Au-delà de l'assurance maladie, l'État fournit des soins de santé aux catégories suivantes de ressortissants étrangers : demandeurs d'asile, un ressortissant étranger qui s'est vu accorder l'asile temporaire, un ressortissant étranger qui a obtenu la protection subsidiaire (dans certains cas).

Toutefois, le ministère peut décider que le demandeur soit tenu de rembourser les dépenses liées à son séjour dans un centre d'asile ou un centre d'intégration ou les dépenses pour les soins de santé fournis, si ses relations financières ou patrimoniales sont telles qu'il peut être exigé un remboursement au moins partiel des dépenses liées à ce séjour.

En **Slovénie**, les étrangers en situation irrégulière ont accès aux services médicaux d'urgence (article 7 de la loi sur les soins de santé et l'assurance maladie). Pour ceux hébergés dans un centre pour étrangers, un clinique ambulatoire est mise à leur disposition. Si nécessaire, des médecins généralistes et un psychiatre se rendent également

à la clinique ambulatoire du Centre pour les étrangers afin de fournir un traitement préventif ou curatif.

En **Suède**, depuis le 1^{er} juillet 2013, les conseils régionaux sont tenus de subventionner les soins de santé médicaux, dentaires mais aussi de maternité des immigrants en situation irrégulière. Certains frais demeurent toutefois à la charge du patient.

Pour ce qui concerne les mineurs, ils bénéficient du même accès aux soins de santé que les résidents. Par exemple, en Suède, les soins médicaux et dentaires sont en grande partie gratuits pour les enfants de moins de 18 ans.

En **Suisse**, au même titre que les résidents suisses, les étrangers en situation irrégulière demeurent soumis à l'obligation de souscrire à l'assurance maladie afin de pouvoir bénéficier de soins de santé. Ainsi, les étrangers sans autorisation de séjour ou requérants d'asile déboutés peuvent choisir librement un assureur autorisé à pratiquer dans le domaine de l'assurance-maladie. Les assureurs-maladie doivent accepter les assurés, quels que soient leur âge et leur état de santé, et ceci, sans réserve ni délai d'attente. Ils n'ont pas le droit de dénoncer des personnes séjournant en Suisse sans autorisation. Dans les faits, la majeure partie des immigrants irréguliers vivants en Suisse n'a pas souscrit d'assurance-maladie.

Toutefois, et à défaut de moyens pour souscrire à une assurance maladie, certaines prestations médicales jugées nécessaires demeurent subventionnées par les pouvoirs publics. En ce sens, la Constitution fédérale (art. 12) garantit que quiconque, en Suisse, se trouve dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé.

2- Pour la dernière année connue, quel est le nombre d'étrangers en situation irrégulière qui ont eu accès aux soins de santé ?

Dans les pays consultés, le nombre exact d'étrangers en situation irrégulière ayant eu l'accès aux soins de santé en 2020 n'est pas connu. Nous disposons toutefois d'un chiffre.

En **Belgique**, en 2019, 25020 étrangers en situation irrégulière ont eu accès aux soins de santé.

3- Pour la dernière année connue, quel est le coût des soins fournis aux immigrants illégaux supporté par les finances publiques et sociales ?

Dans la majorité des pays consultés, le coût des soins fournis aux immigrants illégaux supporté par les finances publiques et sociales en 2020 n'est pas connu. Nous disposons toutefois de quelques chiffres.

En **Belgique**, en 2019, 74.584.203,84 euros ont été déboursés par les finances publiques et sociales.

En **Finlande**, selon un rapport établi par l'Institut national pour la santé et le bien-être en 2014, les coûts des soins de santé publique pour les sans-papiers étaient de 400 000 euros par an dans la région métropolitaine d'Helsinki.

En **Suède**, il est estimé à 300 millions de couronnes par an.

En **Grèce**, selon les données fournies par le ministère de la santé, le coût est estimé à 53 400 000 euros en 2019 mais ne vaut uniquement que pour les prestations de santé des hôpitaux.

En **Slovénie**, en 2019, 26 798,02 euros de fonds publics pour les soins de santé ont été dépensés par le Centre pour les étrangers (pour un accueil de 1423 migrants illégaux).

4- En France, un demandeur d'asile dont la demande d'asile a été rejetée a accès au système de santé "classique" pendant une durée maximale de six mois après la décision de rejet définitif de sa demande d'asile.

Existe-t-il une disposition équivalente dans votre pays ? Dans la négative, quelle est la durée de maintien des droits aux soins appliquée après la décision de rejet définitif d'une demande d'asile ?

Tous les pays consultés ne contiennent pas de disposition équivalente à la France

En **Albanie**, la durée de maintien des droits aux soins appliquée après la décision de rejet définitif d'une demande d'asile n'est pas précisée. Toutefois, il est précisé dans la loi n° 121/2014 qu'« *Un étranger dont la demande d'asile a été rejetée par l'autorité responsable de l'asile et des réfugiés ne peut être expulsé ou refoulé du territoire de la République d'Albanie avant d'avoir exercé ou d'avoir eu la possibilité d'exercer les droits et garanties procédurales prévus par la présente loi, sauf disposition contraire de la présente loi* ».

En **Angleterre**, les demandeurs d'asile dont la demande a été rejetée et qui ne font pas actuellement appel, ne sont exemptés de frais pour les services du NHS que s'ils reçoivent un soutien du ministère de l'intérieur ou d'une autorité locale

En **Autriche**, le système de santé prévoit l'égalité de traitement entre les ressortissants et les migrants irréguliers. Selon la loi de 2005 sur les soins de base, le droit à l'accueil commence avec la demande d'asile et se termine avec l'octroi de l'asile plus 4 mois de répit supplémentaire ou, en cas de décision négative, jusqu'au moment de l'expulsion ou du retour volontaire.

En **Belgique**, le demandeur d'asile dont la demande de protection internationale a été rejetée et qui s'est vu notifier un ordre de quitter le territoire peut prétendre au droit à l'aide médicale urgente à l'expiration de cet ordre de quitter le territoire.

Au **Canada**, dans le cas où une demande d'asile est acceptée, la couverture au titre du PFSI expire automatiquement 90 jours après la date de la décision. Entre temps, la personne doit de fait et le plus rapidement possible, présenter une demande d'inscription au régime d'assurance maladie de sa province ou de son territoire de résidence.

En **Espagne**, un demandeur d'asile dont la demande a été rejetée reçoit un ordre de départ obligatoire du territoire espagnol dans un délai déterminé. Une fois ce délai écoulé, le demandeur d'asile perd normalement les droits qui lui sont reconnus, dont l'assistance médicale. Toutefois, cette procédure rentre en contradiction avec l'accès universel aux soins de santé prévu à l'article 3 ter de la loi 16/2003. En pratique donc, un demandeur d'asile irrégulier peut se voir accorder des soins de santé tant qu'il reste sur le territoire espagnol.

En **Estonie**, une personne dont la demande de protection internationale a été rejetée, mais qui n'est pas encore définitive, reçoit des soins médicaux. Selon le paragraphe 11 de la loi sur l'octroi de la protection internationale aux étrangers, les demandeurs de protection internationale doivent payer les soins, à l'exception des soins d'urgence, s'ils disposent de ressources suffisantes, mais en pratique, il n'y a pas eu de cas de ce genre.

Toutefois, si une décision négative a déjà pris effet, c'est une personne illégale qui reçoit des soins d'urgence jusqu'à ce que l'obligation de quitter le territoire soit remplie.

En **Finlande**, un demandeur d'asile dont la demande d'asile a été rejetée a accès au système de santé "classique" ainsi que des services d'accueils pendant une durée maximale de trente jours après la décision de rejet définitif de sa demande d'asile.

En **Grèce**, le droit de libre accès aux soins de santé cesse immédiatement après le rejet d'une demande d'asile, mais continue d'être accordé aux personnes appartenant à un groupe vulnérable.

En cas de recours ayant un effet suspensif, le numéro temporaire d'assurance et de soins de santé pour les étrangers est réactivé et avec lui l'accès aux services de soins de santé.

En **Hongrie**, les réfugiés et les personnes admises au titre de la protection subsidiaire ont accès au système de soins de santé pendant six mois au maximum à compter de la décision positive, s'ils ne sont pas assurés. Cela s'applique également aux personnes bénéficiant de la protection temporaire.

En cas de décision négative, il n'y a pas de dispositions explicites sur leurs soins de santé, donc les dispositions générales mentionnées sont appliquées.

En **Italie**, les services de santé continuent à être garantis aux étrangers en situation irrégulière grâce à l'attribution du code STP.

En **Lettonie**, les soins médicaux d'urgence sont garantis à tous, qu'ils séjournent dans le pays de manière légale ou illégale.

En **Lituanie**, tout demandeur d'asile, dont la demande d'asile a été rejetée, est obligé de quitter la Lituanie ou doit être expulsé.

Toutefois, l'exécution de l'expulsion peut être suspendue lorsque l'étranger a besoin d'une aide médicale de base, dont la nécessité est confirmée par le comité médical consultatif de l'établissement de soins de santé

Au **Luxembourg**, il n'est pas fait mention, dans la loi, des personnes dont la demande d'asile a été rejetée et qui, de ce fait, résident illégalement sur le territoire.

En **Norvège**, le droit à des services de santé s'applique à toutes les étrangers en situation irrégulière, sans aucune limite de temps. Le droit des enfants à tous les types de soins de santé s'applique jusqu'à l'âge de 18 ans.

En **Pologne**, les personnes en séjour irrégulier sur le territoire ne sont pas couvertes par l'assistance médicale.

Toutefois, l'assistance sociale et les soins médicaux sont fournis jusqu'à 14 jours à compter du prononcé de la décision finale de classement sans suite d'une demande de protection internationale.

Au **Portugal**, la durée de maintien des droits aux soins appliquée après la décision de rejet définitif d'une demande d'asile n'est pas explicitée.

En **République Tchèque**, une fois la demande d'asile rejetée, le demandeur d'asile doit quitter le pays dans un délai déterminé par une ordonnance de départ. Le demandeur d'asile devient alors un immigrant clandestin.

Cependant, et indépendamment de la légalité de son séjour, la Charte tchèque des droits et libertés fondamentaux mentionnée garantit à toute personne le droit à la protection de sa santé.

En **Roumanie**, l'article 9 de la loi n° 122/2006 sur l'asile en Roumanie dispose que : « *Le statut de réfugié et la protection subsidiaire sont accordés pour une durée indéterminée. La protection humanitaire temporaire est accordée pour une période déterminée, qui ne peut pas dépasser 2 ans.* »

En **Slovaquie**, les soins de santé de base sont garantis pendant toute la durée du séjour d'un ressortissant de pays tiers en situation irrégulière sur le territoire de la République slovaque, à condition que le ressortissant de pays tiers bénéficie d'un statut spécial (statut de réfugié ou de demandeur d'asile) ou qu'il soit détenu.

En **Slovénie**, les personnes dont la demande d'asile a été rejetée ont également accès aux services médicaux d'urgence (article 7 de la loi sur les soins de santé et l'assurance maladie) pendant toute la durée de leur séjour en République de Slovénie.

En **Suède**, les demandeurs d'asile reçoivent une carte dite LMA de l'Agence des migrations, qui permet de vérifier si ces derniers sont bien demandeurs d'asile et peuvent par conséquent rester en Suède en attendant une décision. Toutefois, en cas de rejet définitif de sa demande d'asile, la personne en situation irrégulière perd le bénéfice de maintien des droits aux soins.

En **Suisse**, les requérants d'asile déboutés ou à l'égard desquels les autorités ont rendu une décision de non-entrée en matière sont soumis à l'assurance obligatoire aussi longtemps qu'ils séjournent en Suisse

Nonobstant, le droit aux soins médicaux d'urgence est garanti par l'article 12 de la Constitution fédérale en cas de situation de détresse. La responsabilité de cette aide d'urgence appartient aux cantons. Suivant ceux-ci, les patients sans assurance-maladie ont accès à des institutions de santé spécifiques.

Dans certains cantons, des centres gérés par des organisations sans but lucratif, proposent des traitements à des tarifs spéciaux ou assortis de modèles de financement différents.

5- En France, un étranger dont le titre de séjour est expiré bénéficie de l'accès au système de santé "classique" pendant une durée maximale de six mois après l'expiration de son titre de séjour.

Existe-t-il une disposition équivalente dans votre pays ? Dans la négative, quelle est la durée du maintien des droits aux soins de santé appliqués ?

Tous les pays consultés ne contiennent pas de disposition équivalente à la France

En **Albanie**, la durée de maintien de droits aux soins de santé appliquée après expiration d'un titre de séjour n'est pas précisée.

En **Angleterre**, les demandeurs d'asile dont la demande a été rejetée, et qui ne font pas actuellement appel, ne sont exemptés de la facturation des services du NHS que s'ils reçoivent un soutien du ministère de l'intérieur ou d'une autorité locale.

En **Autriche**, les immigrants sans droit de séjour en raison du rejet de la demande d'asile qui ne peuvent être expulsés pour des raisons factuelles ou juridiques et peuvent bénéficier du système de santé.

En **Belgique**, tout étranger séjournant illégalement peut prétendre au droit à l'aide médicale urgente auprès du CPAS. Il n'existe pas durée maximale tant que toutes les conditions sont encore remplies.

Au **Canada**, un étranger dont le titre de séjour est arrivé à expiration ne peut bénéficier d'un accès au système de soins « classique » après l'expiration de son titre de séjour.

En **Espagne**, un demandeur d'asile irrégulier peut se voir accorder des soins de santé tant qu'il reste sur le territoire espagnol. Là encore, ces personnes continueront à bénéficier de l'assistance sanitaire jusqu'à ce qu'elles abandonnent l'Espagne ou qu'elles régularisent leur situation administrative en vertu de la loi 16/2003 réglementant la cohésion et la qualité du système national de santé.

En **Estonie**, un étranger dont le titre de séjour est expiré bénéficie de l'accès au système de santé "classique" pendant une durée maximale de deux mois après l'expiration de son titre de séjour.

Toutefois, si l'étranger titulaire d'un permis de séjour n'a pas d'assurance maladie publique, il doit de ce fait souscrire un contrat d'assurance privé.

En **Finlande**, après l'expiration d'un permis de séjour, une personne n'a droit qu'aux soins urgents fournis par le système public de soins de santé à ses propres frais.

En **Grèce**, il existe seulement un droit d'accès aux soins de santé pour ceux qui appartiennent à un groupe vulnérable.

En plus de ce qui précède, le ministère de la santé souligne qu'il existe actuellement un processus de révision des prestations aux étrangers qui ne sont pas assurés.

En **Hongrie**, la couverture d'assurance commence et se termine généralement en même temps que le début et la fin du permis de séjour. Toutefois, il existe une période d'assurance passive c'est-à-dire d'accès aux soins de santé de 45 jours après la fin de celui-ci.

Dans le cas de soins médicaux limités (en cas de besoin urgent de soins immédiats), la loi CLIV de 1997 sur les soins de santé s'applique également aux personnes qui séjournent en Hongrie.

En **Italie**, le droit à l'assistance n'expire pas lors du processus de renouvellement du permis de séjour.

Toutefois, lorsque les demandeurs d'asile n'ont pas de domicile pour renouveler leur permis de séjour, par exemple parce que leur droit au logement a été révoqué, ils ne peuvent renouveler la carte de santé.

En **Lettonie**, les soins médicaux d'urgence sont garantis à tous, qu'ils séjournent dans le pays de manière légale ou illégale.

En **Lituanie**, tout demandeur d'asile, dont la demande d'asile a été rejetée, est obligé de quitter la Lituanie ou doit être expulsé.

Toutefois, l'exécution de l'expulsion peut être suspendue lorsque l'étranger a besoin d'une aide médicale de base, dont la nécessité est confirmée par le comité médical consultatif de l'établissement de soins de santé.

Au **Luxembourg**, il n'est pas fait mention, dans la loi, des personnes dont la demande d'asile a été rejetée et qui, de ce fait, résident illégalement sur le territoire.

En **Norvège**, le droit à des services de santé s'applique à toutes les étrangers en situation irrégulière, sans aucune limite de temps. Le droit des enfants à tous les types de soins de santé s'applique jusqu'à l'âge de 18 ans.

En **Pologne**, les personnes en séjour irrégulier sur le territoire ne sont pas couvertes par l'assistance médicale.

Au **Portugal**, en tant que bénéficiaires du SNS, les demandeurs d'une protection internationale (asile et protection subsidiaire) bénéficient de soins de santé dispensés dans le cadre du SNS.

Aucun critère juridique ne régit la limitation temporelle ou pécuniaire du droit à la protection de la santé, ou plutôt de l'accès aux soins de santé dans le SNS.

En **République Tchèque**, selon la Charte tchèque des droits et libertés fondamentaux, toute personne a droit à la protection de sa santé, donc les immigrés clandestins (à l'expiration d'un titre de séjour notamment) bénéficient également du droit à la protection de la santé.

En **Roumanie**, l'article 9 de la loi n° 122/2006 sur l'asile dispose notamment que : *« Le statut de réfugié et la protection subsidiaire sont accordés pour une durée indéterminée. La protection humanitaire temporaire est accordée pour une période déterminée, qui ne peut pas dépasser 2 ans. »*

En **Slovaquie**, les soins de santé de base sont exclusivement garantis pendant toute la durée du séjour d'un ressortissant de pays tiers en situation irrégulière sur le territoire de la République slovaque, à condition que le ressortissant de pays tiers bénéficie d'un statut spécial (statut de réfugié, demandeur d'asile) ou qu'il soit détenu.

En **Slovénie**, les personnes dont le permis de séjour a expiré ont également accès aux services médicaux d'urgence (article 7 de la loi sur les soins de santé et l'assurance maladie) pendant toute la durée de leur séjour en République de Slovénie.

En **Suède**, un étranger qui souhaite prolonger son permis de séjour doit en faire la demande avant l'expiration du permis actuel. En attendant la décision, les mêmes conditions s'appliquent que pour le permis de séjour.

En **Suisse**, le droit aux soins médicaux d'urgence sont garantis par l'article 12 de la Constitution fédérale en cas de situation de détresse, ce, indépendamment du titre de séjour.

*

* *

ANNEXE 2 - ARTICLE R. 111-4 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article R. 111-4

Sous réserve des dispositions du II de l'article R. 114-10-1, le droit aux prestations mentionnées aux articles L. 160-1 et L. 861-1 des personnes qui ne sont pas ressortissantes d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ne peut être fermé avant la fin du sixième mois qui suit la date d'expiration des titres ou documents justifiant qu'elles remplissent les conditions mentionnées à l'article R. 111-3, sauf si :

- 1° le bénéficiaire signale qu'il ne réside plus en France ;
- 2° le bénéficiaire ne relève plus de la législation de sécurité sociale française ;
- 3° le droit a été fermé dans les conditions prévues par l'article L. 114-12-3 ;
- 4° le bénéficiaire a fait l'objet d'une mesure d'éloignement administrative devenue définitive. Dans ce cas, le droit ne peut être fermé qu'après la fin du deuxième mois suivant la date d'expiration des titres ou documents mentionnés au premier alinéa.

ANNEXE 3 - MODALITÉS D'ORGANISATION DU CONTRÔLE DE LA RÉGULARITÉ DU SÉJOUR PAR LES CPAM

Selon la lettre réseau CNAM n° LR-DDO-111/2020 du 13 août 2020, un « suivi de l'échéance du titre ou document de séjour doit être mis en place tous les mois pour organiser le contrôle de régularité de séjour ». Ce « contrôle de régularité de séjour doit être organisé pour l'ensemble des assurés » à l'exception « [des] pensionnés vieillesse, [des] bénéficiaires de l'allocation d'invalidité [des] bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, [des] rentiers AT [ie : accidents du travail] et [des] personnes rattachées au régime des détenus »⁽¹⁾.

Les procédures de contrôle de la régularité du séjour mises en œuvre reposent sur des échanges automatisés avec le ministère de l'intérieur, sur le travail des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et sur des échanges avec les étrangers concernés. Ces contrôles sont ainsi diligentés :

1- un échange automatique d'informations entre la CNAM et le ministère de l'intérieur est organisé tous les mois⁽²⁾. Pour les assurés dont le titre est identifié comme étant échu, une demande d'informations est adressée à AGDREF dès le mois suivant l'échéance pour obtenir des informations sur la démarche de prolongation (récépissé de demande, titre renouvelé ou nouvelle nature de titre) ;

2- À 3 mois et demi, les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une mise à jour sont sélectionnés et pris en charge par les agents en caisse. Une recherche complémentaire est effectuée dans les outils de gestion interne des CPAM et par consultation manuelle de la base AGDREF. Sans résultat, un courrier de demande de pièces justificatives est transmis à l'étranger concerné pour obtenir une photocopie du titre de séjour ou de tout document de séjour justifiant d'une démarche ; l'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour présenter ses observations et fournir les pièces justificatives nécessaires. Dans l'intervalle, le dossier reste confronté en automatique la base AGDREF pour capter toutes mises à jour.

3- À 5 mois en demi : les dossiers toujours en attente sont sélectionnés à nouveau et pris en charge par les agents. Une nouvelle vérification est effectuée dans les outils

4- À 6 mois après l'échéance, en cas de non-réponse ou de fourniture d'un document insuffisant pour justifier de la poursuite du droit à la PUMA, une notification de fermeture est envoyée à l'assuré qui dispose d'un délai de 45 jours pour faire valoir ses observations.

(1) CNAM, lettre réseau n° LR-DDO-111/2020, pages 10 et 8.

(2) Ces échanges permettent la consultation de la base Agdref (application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France) du ministère de l'intérieur. Un échange complémentaire d'informations a été ajouté début 2021 en matière de mesures d'éloignement administratives devenue définitives pour tenir compte du décret ° 2020-1325 du 30 octobre 2020 modifiant l'article R. 111-4.

ANNEXE 4 - STATISTIQUES RELATIVES AUX RESSORTISSANTS PROVENANT DE PAYS D'ORIGINE SÛRS (NOMBRE DE DEMANDES D'ASILE DÉPOSÉES EN 2019, NOMBRE DE DÉCISIONS RENDUES PAR L'OFPRA ET TAUX DE PROTECTION OFPRA)

	Nombre de demandes d'asile enregistrées par l'OFPRA	Nombre de décisions OFPRA	Taux de protection OFPRA*
Albanie	9 251	7 731	5,50 %
Arménie	1 916	1 442	4,80 %
Bénin	234	96	21,70 %
Bosnie-Herzégovine	865	415	7,40 %
Géorgie	8 314	7 378	3 %
Ghana	137	88	6,90 %
Inde	484	305	3,50 %
Ancienne République yougoslave de Macédoine	920	592	2,10 %
Maurice	16	2	50 % (mais seules 2 décisions ont été rendues)
Moldavie	1 318	468	0,20 %
Mongolie	218	168	13,90 %
Monténégro	71	74	1,40 %
Sénégal	2 450	1 670	10,10 %
Serbie	2 009	1 150	5,40 %
Kosovo	1 943	1 618	11,50 %
Total	30 146	23 197	Taux moyen de protection OFPRA (hors Maurice) : 6,96 %

*Il est rappelé que les décisions de rejet prises par l'OFPRA peuvent être contestées devant la Cour nationale du droit d'asile. Le taux d'admission OFPRA ne constitue donc pas le taux définitif d'examen des demandes d'asile.

Source : rapport d'activité 2019 de l'OFPRA.

ANNEXE 5 - EXEMPLE DE FRAUDE À L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT - EXTRAIT D'UN DOCUMENT DU 6 OCTOBRE 2015 DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le document suivant a été obtenu en décembre 2020 par Mme Véronique Louwagie sur la base des pouvoirs spéciaux reconnus aux rapporteurs spéciaux de la commission des finances par l'article 57 la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Fraudes à l'Aide Médicale d'Etat | 23/09/2015

Lutte contre des filières organisées pour des venues en France à seule fin de traitement de certaines pathologies

Cas des Géorgiens atteints de tuberculose - GIP Esther¹

Des patients atteints de tuberculose multirésistante, en provenance de quelques villes de Géorgie bien déterminées et en situation irrégulière en France, arrivent dans les différents centres de référence parisiens en matière de tuberculose (Salpêtrière et Lariboisière notamment). Les soins de suite de ces Géorgiens sont assurés par Bligny (qui traitent 20 cas) et Taverny (qui traitent 5 cas).

Cela représente 40 patients par an avec un coût de traitement d'1 million € par an pour Bligny et la Pitié, outre le coût du traitement contre l'hépatite C.

Le GIP ESTHER a été missionné avec pour objectif de mettre fin à la « filière », étant donné :

- le risque accru de venues compte tenu de l'accord d'association conclu entre l'UE et la Géorgie le 27 juin 2014 et qui facilite la délivrance des visas.
- L'augmentation des coûts de traitement maintenant que le laboratoire Janssen facture la molécule qu'il fournissait gratuitement auparavant au titre de l'expérimentation

Une mission exploratoire a eu lieu en Géorgie du 3 au 7 novembre 2014 pour appréhender la réalité de la prise en charge médicale des patients atteints de tuberculose (traitements dispensés, modalités d'accès aux soins, organisation des soins et suivi). Les possibilités de coopération ont été explorées tant avec les centres de soins et laboratoires civils qu'avec les institutions pénitentiaires dans la mesure où l'on constate que nombre de patients géorgiens soignés en France pour tuberculose et hépatite C ont un passé carcéral.

*

* *

ANNEXE 6 - DISPOSITIF D'AIDE AU RETOUR MÉDICALISÉ VOLONTAIRE (BROCHURE DE L'OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION ET DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS)



QUI SOMMES-NOUS ?

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) fait partie des Nations Unies et apporte un soutien aux migrants à travers le monde depuis plus de 70 ans. Son siège est situé à Genève, en Suisse. Grâce à sa présence dans plus de 170 Etats, dont la France et la Géorgie, l'OIM promeut le développement économique et social à travers les migrations, et œuvre au respect de la dignité humaine et au bien-être des migrants.

NOUS CONTACTER

OIM France - Bureau de Paris

☎ 06 16 08 63 69

✉ MAVRFrance@iom.int

🌐 <https://france.iom.int/>

📍 L'accès au bureau de Paris se fait uniquement sur rendez-vous.

OFII

🌐 <http://www.retourvolontaire.fr/>

Le dispositif de retour volontaire médicalisé vers la Géorgie est financé par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration.



AIDE AU RETOUR VOLONTAIRE MÉDICALISÉ VERS LA GÉORGIE

Vous pensez à rentrer en Géorgie ?

Vous souffrez d'une pathologie nécessitant une prise en charge spécifique ?



L'AIDE AU RETOUR MÉDICALISÉ

Voyager avec des besoins médicaux nécessite une prise en charge spécifique et une préparation adéquate.

Selon l'avis de votre médecin et vos besoins individuels, nous pouvons vous proposer :

- Une évaluation, par les équipes médicales de l'OIM, de votre situation personnelle et l'élaboration d'un plan de prise en charge médicale en Géorgie ;
- Une aide financière pour couvrir vos frais médicaux en Géorgie sur une période de 6 mois après votre retour ;
- Une assistance à l'aéroport adaptée à vos besoins lors du départ, du transit et/ou de l'arrivée en Géorgie ;
- Un accompagnement médical et/ou opérationnel pendant le trajet, si nécessaire, depuis votre hébergement en France jusqu'à votre hébergement en Géorgie.



L'OIM prend aussi en charge l'organisation et les frais de voyage des membres de votre famille nucléaire, si besoin.



Vous et votre famille nucléaire pouvez également accéder, sous conditions, à une aide au retour volontaire et au dispositif d'aide à la réinsertion géré par l'OFII en Géorgie (<http://www.retourvolontaire.fr/>).

COMMENT BÉNÉFICIER DE L'AIDE ?

Contactez l'OFII ou l'OIM pour obtenir plus d'informations et vérifier votre éligibilité.

Une conseillère retour de l'OIM, bilingue français-géorgien, est à votre disposition pour répondre à vos questions au numéro suivant :



06 16 08 63 69

Service ouvert lundi, mardi, jeudi, vendredi : 10h - 12h / 14h - 16h

Vous pouvez également nous contacter par email à l'adresse suivante : MAVRFrance@iom.int

Important !

L'assistance fournie par l'OIM est **gratuite**.

Toutes les discussions sur votre projet de retour ont lieu dans le respect strict de règles de **confidentialité**.

Vous pouvez **changer de décision** à tout moment.



RETOUR VOLONTAIRE MÉDICALISÉ EN GÉORGIE

Ligne d'appel confidentielle de l'OIM : 

06 16 08 63 69



*
* *

ANNEXE 7 - COMPARAISON DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ET DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Champ de la couverture	AME	C2S
Prestations de ville et hospitalières	Prise en charge dans la limite du TRSS, hors cures thermales et PMA. Dépassements d'honoraires autorisés et à la charge du bénéficiaire de l'AME.	Prise en charge dans la limite du TRSS*, y compris cures thermales et PMA. Dépassements d'honoraires interdits.
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale.	Prise en charge intégrale.
Médicaments	Prise en charge des médicaments remboursables, hors médicaments à 15 % et des princeps.	Prise en charge de tous les médicaments remboursables.
Soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale	Prise en charge dans la limite du TRSS Dépassements à la charge du bénéficiaire de l'AME.	Prise en charge au-delà du TRSS, à hauteur des tarifs plafonds définis pour la C2S.
Optique	Prise en charge dans la limite du TRSS Dépassements à la charge du bénéficiaire de l'AME.	Prise en charge au-delà du TRSS, à hauteur des tarifs définis pour la C2S (équivalent au 100 % Santé).
Audiologie	Prise en charge dans la limite du TRSS Dépassements à la charge du bénéficiaire de l'AME.	Prise en charge au-delà du TRSS, à hauteur des tarifs plafonds définis pour la C2S (équivalent au 100 % Santé).
Dispositifs médicaux (hors optique et audiologie)	Prise en charge dans la limite du TRSS Dépassements à la charge du bénéficiaire de l'AME.	Prise en charge dans la limite du TRSS, avec tarifs maximum imposés à hauteur du TRSS pour certains dispositifs.
Dispense d'avance de frais	Oui.	Oui.
Exonération pour les participations forfaitaires et franchises médicales	Oui.	Oui.

* tarif de responsabilité de sécurité sociale

Source : direction de la sécurité sociale.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE SPÉCIALE

Personnes auditionnées

– Agence de la biomédecine : Mme Emmanuelle Cortot-Boucher, directrice générale, M. Yves Perel, professeur, directeur général adjoint, M. François Kerbaul, professeur, directeur du prélèvement et des greffes d'organes et de tissus ;

– Assurance maladie :

⇒ Déplacement à la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris (11 mars 2021) : M. Pierre Albertini (directeur général CPAM de Paris), M. Yann Rouault (directeur adjoint, CPAM de Paris), Mme Carine Perrin (responsable du département Accès aux droits, CPAM Paris), Mme Joyce Makuiza, technicienne experte (CPAM Paris), Mme Sandra Reynaud, cabinet du directeur général de la CNAM, Mme Fanny Richard (directrice de l'Intervention sociale et de l'accès aux soins, CNAM) et M. Pierig Pouliquen (manager opérationnel Gestion des bénéficiaires, CNAM) ;

⇒ Audition du 5 mai 2021 : Mme Fanny Richard (directrice de l'Intervention sociale et de l'accès aux soins, CNAM), Mme Isabelle Iem, responsable du département de la gestion des bénéficiaires (maîtrise d'ouvrage) et Mme Véronique Serret (département de la gestion des bénéficiaires, aspect métiers) ;

– Cour des comptes, Mme Anne Fichen, rapporteure, M. Thibault Perrin, rapporteur, M. François de la Guéronnière, président de section et contre-rapporteur ;

– Direction centrale de la police aux frontières : Mme Lydie Aragnouet, inspectrice générale, sous directrice de l'immigration et de l'éloignement et M. Xavier Delrieu, commissaire divisionnaire ;

– Direction de la sécurité sociale : M. Laurent Gallet, chef de service adjoint au directeur de la sécurité sociale, Mme Stéphanie Gilardin, Mme Sarah Donati et Mme Caroline Coz ;

⇒ Inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales : M. Christophe Hemous, inspecteur des finances ;

M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, et Mme Fabienne Bartoli, inspectrice générale des affaires sociales.

- Office français de l’immigration et de l’intégration : M. Didier Leschi, directeur général ;
- La Cimade et Médecins du monde ont été invités à une audition mais n’ont pas souhaité donner suite à cette proposition.

Questionnaires transmis

- Assistance Publique des hôpitaux de Marseille ;
- Centre hospitalier de Mayotte ;
- Direction générale des étrangers en France ;
- Direction générale de l’offre de soins.

SOURCES UTILISÉES

- Académie nationale de médecine, mars 2020. Bulletin de l'académie nationale de médecine (2020) page 460. Rapport 20-01. L'immigration en France : situation sanitaire et sociale. M. Gentilini, D. Kerouedan, au nom d'un groupe de travail.
- Assemblée nationale :
 - ⇒ Commission des finances, rapport n° 3399 (annexe n° 38) sur le projet de loi de finances pour 2021, Mme Véronique Louwagie ;
 - ⇒ Commission des finances, rapport n° 3399 (annexe 28) sur le projet de loi de finances pour 2021, M. Jean-Noël Barrot et Mme Stella Dupont ;
 - ⇒ Commission des lois, avis n° 2306 (tome IV) sur le projet de loi de finances pour 2020, M. Bruno Questel ;
- Caisse nationale d'assurance maladie, lettre réseau n° LR-DDO-111/2020 ;
- Cour des comptes :
 - ⇒ Notes d'exécution budgétaire 2019 et 2020 de la mission *Santé* ;
 - ⇒ L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères, mai 2020 ;
- Défenseur des droits, Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer, mai 2019 ;
- Inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales, L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions, octobre 2019 ;
- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas, Florence Jusot (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U1219), Équipe Emos), Jawhar Sarhiri (Irdes). Questions d'économie de la santé, n° 245 - novembre 2019 ;
- Médecins du monde :
 - ⇒ Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France, rapport 2019 ;
 - ⇒ Rapport financier 2019 ;

- Ministère de l'intérieur, rapports sur les étrangers en France 2018 et 2019 ;
- Office français pour l'immigration et l'intégration :
 - ⇒ Procédure d'admission au séjour pour soins, rapport au Parlement, année 2019 ;
 - ⇒ Rapport de mission en Géorgie de la délégation française à Tbilissi du 11 au 14 février 2020 (non publié) ;
- *Pew Research Center*, Phillip Connor et Jeffrey S. Passel, *Europe's Unauthorized Immigrant Population Peaks in 2016, Then Levels Off* ; novembre 2019 ;
- Samu social de Paris, rapport d'activité 2019.