

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale

- Table ronde, ouverte à la presse, réunissant MM. Nicolas Pouvreau-Monti, directeur général de l'Observatoire de l'immigration et de la démographie, Grégoire Daubigny, directeur des relations institutionnelles, Lionel Ragot, professeur d'économie à l'université Paris Nanterre et conseiller scientifique au Centre d'études prospectives et d'informations internationales (CEPII), et Jean-Christophe Dumont, chef de la division des migrations internationales au sein de la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'Organisation de coopération et de développement économiques..... 2
- Présences en réunion..... 17

Mercredi
25 février 2026
Séance de 12 heures 15

Compte rendu n° 30

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
Mme Annie Vidal,
Présidente de la
commission**



La séance est ouverte à douze heures quinze.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.

La commission d'enquête auditionne, sous la forme d'une table ronde ouverte à la presse, MM. Nicolas Pouvreau-Monti, directeur général de l'Observatoire de l'immigration et de la démographie, Grégoire Daubigny, directeur des relations institutionnelles, Lionel Ragot, professeur d'économie à l'université Paris Nanterre et conseiller scientifique au Centre d'études prospectives et d'informations internationales (CEPII), et Jean-Christophe Dumont, chef de la division des migrations internationales au sein de la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Mme la présidente Annie Vidal. Mes chers collègues, nous achevons nos travaux avec une table ronde dont l'organisation a été souhaitée par Madame la rapporteure sur les incertitudes budgétaires que font peser sur la Sécurité sociale les facteurs migratoires. Elle fait suite à nos échanges avec, notamment, le Centre national des soins à l'étranger, le Service administratif national d'identification des assurés, et l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

C'est donc avec plaisir que j'accueille devant la commission d'enquête MM. Pouvreau-Monti et Daubigny, de l'Observatoire de l'immigration et de la démographie ; M. Ragot, professeur à l'Université Paris Nanterre et conseiller scientifique au Centre d'études prospectives et d'informations internationales (CEPII) et M. Dumont, chef de la division des migrations internationales au sein de l'OCDE. Messieurs, je vous remercie d'avoir répondu favorablement à notre invitation.

Un questionnaire vous a été transmis par notre rapporteure Joëlle Mélin. Les questions qu'il contient ne pourront pas être évoquées oralement de manière exhaustive. Je vous invite par conséquent à communiquer ultérieurement les éléments de réponse écrits, ainsi que toute autre information que vous jugeriez utile de porter à la connaissance de la commission d'enquête.

Il revient traditionnellement à la présidence d'introduire les échanges, ce que je vais faire en vous posant une question à laquelle je vous inviterai à répondre à tour de rôle de façon à présenter, le cas échéant, un bref propos liminaire. Ma première question est volontairement très générale : diriez-vous que pèsent sur notre système de protection sociale des incertitudes budgétaires spécifiquement liées aux dynamiques migratoires, par rapport aux autres facteurs démographiques ou économiques ? Dans l'affirmative, s'agit-il d'incertitudes sur les recettes, sur les dépenses sociales ou sur la soutenabilité à long terme, et comment les dissiper ?

Avant de vous donner la parole, je vous remercie de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations. L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « *Je le jure* ».

MM. Nicolas Pouvreau-Monti, Daubigny, Ragot et Dumont prêtent serment.

M. Nicolas Pouvreau-Monti, directeur général de l'Observatoire de l'immigration et de la démographie. Afin de répondre à vos interrogations, deux éléments me semblent particulièrement essentiels à mentionner. Le premier est le suivant : les difficultés

financières et les problèmes d'accès aux soins auxquels notre système de santé est aujourd'hui confronté n'ont pas pour cause racine l'immigration en tant que telle. C'est une évidence, qu'il est toujours utile de rappeler. Le second élément, tout aussi certain, est que l'état actuel de nos politiques migratoires ajoute, sur certains pans d'un système de santé déjà en crise, un degré de pression qui, à bien des égards, n'est pas souhaitable.

Cette situation s'explique par plusieurs particularités propres au cas français. La première tient à l'ensemble des dispositifs dont bénéficient, en France, les étrangers extraeuropéens non cotisants, qu'il s'agisse des étrangers en situation irrégulière ou des demandeurs d'asile. Je mets volontairement de côté la question des étrangers en situation régulière cotisants, pour lesquels l'accès aux prestations de l'assurance maladie relève d'une logique assurantielle parfaitement légitime. Ce premier volet se caractérise par un ensemble de dispositifs de soins qui n'ont pas d'équivalent en Europe. L'aide médicale d'État (AME) en est l'exemple le plus emblématique. Réservée aux étrangers en situation irrégulière après trois mois de présence sur le territoire et sous condition de ressources, elle constitue une exception européenne, dans la mesure où elle prévoit un panier de soins quasiment intégral, sans reste à charge, sans autorisation préalable de l'administration et sans mécanisme de responsabilisation des prescripteurs.

Dans un registre proche, quoique moins médiatisé, figure le dispositif des titres de séjour pour soins. L'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) accomplit d'ailleurs un travail estimable en matière de gestion et de transparence, même si sur ce dernier point, des progrès demeurent à réaliser. À cela s'ajoute la protection universelle maladie (Puma), dispositif qui ne concerne pas exclusivement les étrangers, mais qui constitue le régime de soins habituel des demandeurs d'asile après trois mois de présence, alors que le droit européen n'impose, en principe, que la prise en charge des soins urgents et vitaux. La Puma offre un accès très large au panier de soins, avec des niveaux de remboursement équivalents à ceux de l'assurance maladie.

Un deuxième volet, indirectement lié à la santé, mais aux effets sanitaires bien réels, concerne la structure géographique de notre immigration. En 2023, selon les données d'Eurostat, la France a accueilli une proportion particulièrement élevée de nouveaux immigrés originaires de pays à faible niveau de développement humain, une proportion trois fois supérieure à la moyenne de l'Union européenne (UE). Cette situation conduit nécessairement le système de santé français à internaliser certaines défaillances des systèmes de santé des pays d'origine, ce qui se traduit notamment par la surprévalence de certaines pathologies.

Enfin, un troisième volet tient aux incertitudes comptables persistantes dans nos relations avec certaines caisses de Sécurité sociale étrangères, dans le cadre de conventions bilatérales dont l'application laisse souvent à désirer.

M. Jean-Christophe Dumont, chef de la division des migrations internationales au sein de la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Vous nous interrogez sur l'incertitude budgétaire liée à la migration. Il existe effectivement une incertitude sur l'ampleur et la nature des flux migratoires, dans la mesure où une partie de ces flux dépend d'événements extérieurs qui ne relèvent pas directement de choix de politique publique ou de décisions économiques internes. C'est particulièrement vrai en matière de demande d'asile : il existe une incertitude sur l'intensité des flux, ces dernières années enregistrant une augmentation.

En revanche, je ne pense pas qu'il existe une incertitude majeure sur le coût budgétaire de l'immigration. C'est une question qui a été très largement analysée, dans le cadre français comme en comparaison internationale. Les constats sont assez clairs : sans aller jusqu'à dire que l'immigration aurait un impact budgétaire positif, ses effets sont globalement faibles. Comme l'a rappelé M. Pouvreau-Monti dans son introduction, l'immigration n'est ni la cause du déficit de la Sécurité sociale, ni celle du budget de l'État.

Il existe toutefois des dispositifs spécifiques au cas français. Vous avez entendu M. Didier Leschi évoquer les visas pour soins, qui constituent effectivement un dispositif très particulier. En ce qui concerne l'AME, la discussion est plus nuancée. Dans sa forme française, elle est singulière, notamment parce qu'elle repose sur un budget séparé et parfaitement identifiable, ce qui présente des avantages comme des inconvénients. Cela ne signifie pas pour autant que les autres pays ne disposent pas de dispositifs permettant l'accès aux soins des étrangers, y compris en situation irrégulière. La question du calibrage du panier de soins relève, à mon sens, davantage du débat sanitaire que de l'analyse économique.

M. Lionel Ragot, professeur d'économie à l'université Paris Nanterre et conseiller scientifique au Centre d'études prospectives et d'informations internationales. Je me limiterai à évoquer trois points qui me paraissent essentiels, en m'appuyant ici exclusivement sur les travaux académiques que je connais, c'est-à-dire ceux réalisés par des enseignants-chercheurs ou des chercheurs et publiés dans des revues scientifiques, après passage par le filtre des rapporteurs. Je ne fais pas référence à la littérature « grise », aux documents de travail ou autres productions intermédiaires.

Un premier résultat fait l'objet d'un consensus relatif : la migration engendre des effets globalement modérés sur les finances publiques. Les travaux disponibles portent en effet sur l'ensemble des finances publiques ; il est ensuite très complexe d'isoler des effets spécifiques à la seule protection sociale. Nous avons mené des analyses couvrant la période allant de 1979 à 2011, cette borne étant liée à la disponibilité des sources statistiques nécessaires à ce type d'exercice. Sur cette période, seules deux années font apparaître une contribution légèrement positive, tandis que, pour les autres années, la contribution était légèrement négative, soit 0,2 point de PIB.

Lorsque l'on aborde la question des politiques migratoires, trois éléments doivent être pris en compte, à commencer par les flux dans leur ensemble. Nous avons conduit des travaux pour estimer la contribution de la politique migratoire au financement de la protection sociale, à l'aide de modèles d'équilibre général calculable. Ces travaux montrent une contribution légèrement positive, dépendant principalement de deux facteurs : la structure par âge des immigrés à l'entrée sur le territoire et leur niveau de qualification. Inversement, une politique migratoire plus restrictive dégraderait les comptes de la protection sociale, notamment par un effet mécanique de baisse de la population active et de détérioration du ratio de dépendance, auxquels s'ajoutent des effets d'équilibre général.

Pour autant, l'immigration ne peut en aucun cas constituer la solution au financement de la protection sociale face au vieillissement démographique. Des projections, à valeur purement heuristique, montrent que vouloir stabiliser le ratio de dépendance uniquement par les flux migratoires conduirait à devoir doubler la population française tous les quarante ans. Une telle perspective est évidemment illusoire, d'autant plus que les immigrés vieillissent à leur tour, ce qui conduit à une dynamique auto-entretenu.

En résumé, la politique migratoire n'est ni une solution en tant que telle – elle peut y contribuer, mais dans des proportions limitées – ni un problème majeur dans le financement de la protection sociale.

Mme la présidente Annie Vidal. Je vous remercie pour la concision et la précision de vos propos.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure de la commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de Sécurité sociale. Monsieur Ragot, je ne suis pas démographe et ne suis pas en mesure d'estimer la valeur d'études universitaires ou académiques. Cependant, je souhaite éclairer un élément. La population dont vous parlez renvoie-t-elle à une population de travail ou à l'ensemble d'un échantillon familial, comprenant des membres actifs et inactifs ? Dès lors qu'elles travaillent sur notre sol, quelle que soit leur origine, ces personnes cotisent normalement, ce qui leur ouvre droit aux prestations. Mais dans ce cas précis, que pouvez-vous précisément nous dire ?

M. Lionel Ragot. Nos travaux concernant l'impact des changements de politique migratoire sur le financement de la protection sociale contiennent naturellement un certain nombre d'hypothèses sur les taux d'activité. Ces derniers sont soit constants, soit prennent en compte les projections réalisées par les diverses administrations.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. J'en déduis qu'ils concernent l'ensemble de la population considérée, qu'elle travaille ou non.

M. Lionel Ragot. C'est exact. Nous conservons les pourcentages de taux d'activité sur le stock de population immigrée présente sur le territoire national.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je vous remercie de cette précision. Je souhaite rappeler que cette commission d'enquête a vu le jour à la demande de notre groupe, qui a fait usage de son droit de tirage et m'a confié la responsabilité d'en être la rapporteure. Notre objectif est clair ; il consiste à obtenir des réponses à des questions pour lesquelles, jusqu'à présent, nous ne disposons pas d'éléments suffisamment étayés. Je tiens à préciser un point fondamental : les incertitudes entourant la Sécurité sociale nourrissent, chez certains, un profond sentiment d'injustice.

À un moment donné, cette injustice s'exprime par des exemples concrets, comme celui de Mayotte. Les Mahorais de souche acquittent leurs cotisations normales et sont remboursés à hauteur de 75 %, tandis que toute personne venue de l'extérieur de Mayotte peut être prise en charge à 100 %, même en l'absence d'AME. La situation est certes complexe à Mayotte, mais, prise de manière brute et simplifiée, elle apparaît profondément injuste. Par ailleurs, avec un salaire médian autour de 2 000 euros, on se situe très près du seuil de pauvreté tel qu'il est ordinairement calculé. Les salaires nets deviennent insuffisants au regard du niveau de vie actuel en France, ce qui alimente un malaise plus large.

Il est donc essentiel que cette commission d'enquête permette de lever ces incertitudes, d'identifier d'éventuels dysfonctionnements. L'enjeu est bien celui de la justice, à l'égard de tous ceux qui contribuent par leurs cotisations et leurs impôts, à un système de Sécurité sociale désormais largement fiscalisé.

Dans cette perspective, au-delà des questions orientées du questionnaire, la table ronde doit nous permettre d'examiner l'ensemble des impacts économiques des migrations. À cet

égard, le rapport « Perspectives des migrations internationales 2025 » de l'OCDE fait état d'un écart de rémunération de 34 % entre travailleurs immigrés et non immigrés à âge et genre comparables. Cet écart s'est-il accru ? Peut-on en conclure à une moindre contribution des immigrés au financement des administrations publiques, en général, et de la Sécurité sociale en particulier ?

M. Jean-Christophe Dumont. Cette étude, publiée en novembre dernier, repose sur des données exceptionnelles, couvrant une période de 2000 à 2019 et portant sur quinze pays de l'OCDE, dont la France, ainsi que sur quatre pays non membres de l'Union européenne, notamment les États-Unis et le Canada. Il s'agit de données dites « employeur-employé », issues des registres administratifs des entreprises, qui permettent de suivre les individus de manière longitudinale, tout au long de leur parcours professionnel, tant qu'ils demeurent dans leur pays de résidence. Elles offrent ainsi la possibilité d'observer l'évolution des rémunérations et de les comparer à celles d'autres groupes de population.

Une première précision méthodologique est nécessaire : ces données concernent les étrangers et non les immigrés au sens de l'Insee, dans une perspective comparative internationale. À l'entrée sur le marché du travail, à l'issue de la première année, on observe un déficit de rémunération d'environ 34 % en moyenne dans les pays de l'OCDE – en France, cet écart est un peu plus faible, de l'ordre de 28 % –, mais il se résorbe progressivement avec le temps. Je précise qu'il s'agit ici de rémunération et non de salaire horaire.

Le contrôle du nombre d'heures travaillées permet d'expliquer une part très significative de cet écart, plus de la moitié dans le cas français. Par comparaison internationale, la France se situe dans une position intermédiaire : l'écart atteint environ 45 % en Allemagne, 34 % en moyenne dans l'OCDE, et jusqu'à 68 % au Canada, pays pourtant doté d'une politique de sélection de l'immigration, mais où une part des immigrés connaît des niveaux de rémunération très faibles à l'entrée.

Une partie importante de la différence observée s'explique par le fait que les immigrés travaillent moins d'heures, et non nécessairement parce qu'ils sont moins bien rémunérés à l'heure. D'autres éléments importent également, comme le niveau d'éducation. Par ailleurs, les entreprises à plus faible productivité ont tendance à employer beaucoup d'immigrés ; elles peuvent se situer à l'extrémité de la chaîne de sous-traitance.

Mais au fil du temps, l'écart salarial se réduit sensiblement. Après cinq ans, il n'est plus que de 19 %, et il continue de diminuer par la suite, à un rythme plus lent. Plusieurs facteurs expliquent ces évolutions. Le niveau de qualification joue un rôle important, même s'il n'est pas possible de le contrôler de manière homogène dans tous les pays. Les immigrés en France présentent une forme de dualité marquée : une part importante est très qualifiée, tandis qu'une autre part est très faiblement qualifiée. Environ 35 % des immigrés récemment arrivés sont diplômés de l'enseignement supérieur, un niveau comparable à celui de l'ensemble de la population française – mais inférieur à celui des jeunes entrant sur le marché du travail. À l'inverse, une proportion significative, de l'ordre de 14 %, dispose d'un très faible niveau de diplôme, voire d'un niveau primaire ou inférieur, et peut rencontrer des difficultés de maîtrise de la langue, ce qui crée des obstacles spécifiques en matière d'emploi et de rémunération.

La concentration sectorielle joue également un rôle déterminant. Les immigrés sont surreprésentés dans des secteurs où les besoins de main-d'œuvre sont importants, mais peu pourvus par les travailleurs natifs, comme la construction, l'hôtellerie-restauration, les services domestiques, le nettoyage, la sécurité. Ils sont également présents dans des secteurs en déclin,

comme certains segments de l'artisanat ou de l'industrie manufacturière, notamment dans la métallurgie. Ces secteurs perdent de l'emploi année après année, mais continuent de recruter, souvent en ayant recours à une main-d'œuvre immigrée, faute de candidats locaux. Ces activités sont économiquement moins valorisées, contribuant à expliquer les écarts de rémunération observés à l'entrée.

La question centrale demeure toutefois celle de l'impact sur les finances publiques. Les travaux de l'OCDE, largement cités, montrent que les immigrés contribuent davantage en cotisations sociales et en impôts qu'ils ne reçoivent en prestations individuelles. Pour la France, sur la période étudiée (2006-2017), cela correspond à un surplus proche d'un point de PIB lorsque l'on considère uniquement les cotisations et les prestations individuelles, y compris les dépenses de santé, de retraite et d'éducation pour les enfants immigrés nés à l'étranger.

Lorsque l'on intègre l'ensemble des autres dépenses publiques, notamment les biens publics tels que les infrastructures, la police, la justice ou les services régaliens, la contribution nette des immigrés diminue fortement. Dans le cas français, sur la période considérée, elle devient proche de zéro.

Certaines dépenses, comme les dépenses militaires, le service de la dette ou le fonctionnement de l'État central, sont encore plus difficiles à allouer, car elles ne dépendent pas directement de la taille de la population. Une fois ces éléments intégrés, le solde budgétaire devient négatif pour tous, et significativement pour les immigrés, autour de -0,9 point de PIB.

Il convient donc de distinguer clairement les étapes du raisonnement. À un premier niveau, lorsque l'on considère les cotisations individuelles et les prestations individuelles, le bilan est positif. Se pose alors la question de savoir si une amélioration de l'insertion des immigrés sur le marché du travail pourrait améliorer l'impact budgétaire. La réponse est clairement positive. Les immigrés présentent en moyenne un taux d'emploi inférieur de sept points à celui des natifs, avec des écarts plus marqués selon l'origine géographique. Des simulations montrent que si l'on parvenait à aligner le taux d'emploi des immigrés sur celui des non-immigrés, à caractéristiques comparables d'âge, de sexe et de niveau d'éducation, le gain budgétaire serait d'environ 0,2 point de PIB par an, soit près de 4,6 milliards d'euros.

Cela signifie que les politiques d'intégration constituent un investissement susceptible de générer des retours budgétaires significatifs.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Lorsque vous évoquez le premier niveau de raisonnement, et uniquement sur le ratio cotisations/prestations, prenez-vous en compte uniquement la personne qui travaille ou également tous ses ayants droit ?

M. Jean-Christophe Dumont. Il s'agit d'un calcul réalisé à partir de données individuelles. L'ensemble des personnes est pris en compte, y compris les enfants et les personnes âgées, quel que soit leur statut dans l'emploi. Nous disposons d'informations sur les prestations perçues, lesquelles sont ensuite allouées au sein du ménage. Ainsi, lorsqu'il existe des prestations familiales, elles sont réparties entre les différents membres du ménage. Le calcul est effectué de manière transparente à partir de données d'enquête.

Il diffère légèrement de celui réalisé par M. Ragot et ses collègues, car il ne porte ni sur les mêmes périodes, ni exactement sur les mêmes données – dans un cadre de comparaison internationale, les données sont nécessairement moins fines et le calcul plus agrégé –, mais il

couvre l'ensemble des personnes, en distinguant le lieu de naissance dans le pays de résidence ou dans un autre pays.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Techniquement parlant, comment parvenez-vous à déterminer ces trois paliers ?

M. Jean-Christophe Dumont. S'agissant de la première étape, c'est-à-dire tout ce qui peut être individualisé, nous disposons des dépenses de différentes manières. Par exemple, nous émettons l'hypothèse que les dépenses par âge des immigrés et des non-immigrés sont similaires, faute de sources permettant d'établir une hypothèse différente. Pour les autres postes, nous utilisons les dépenses observées, les cotisations sociales observées, les bénéficiaires reçus, le chômage et les retraites. Pour les enfants, l'hypothèse repose sur le coût des études par âge, sans différencier selon le lieu de naissance. Ces calculs sont par nature imparfaits, mais ils offrent des ordres de grandeur.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Cependant, ces personnes ne sont pas forcément imposables. En conséquence, la contribution à la totalité des dépenses publiques comporte certes la partie fiscalisée de la Sécurité sociale, la partie de consommation en particulier la TVA, mais peut-être pas l'impôt.

M. Jean-Christophe Dumont. Le calcul comprend également l'impôt. Le montant est calculé sur la base des impôts qui sont versés par les profils spécifiques de chaque groupe, en suivant une extrapolation.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Monsieur Pouvreau-Monti, pouvez-vous nous faire part de votre regard sur ces sujets ?

M. Nicolas Pouvreau-Monti. Comme l'a rappelé M. Dumont, il n'existe pas d'estimation parfaitement précise, à l'euro près, sur l'ensemble des questions que nous abordons aujourd'hui. Beaucoup d'éléments dépendent des méthodes retenues, des périmètres de dépenses et de recettes choisis, et des hypothèses de calcul. Il n'en demeure pas moins que certains constats méritent d'être rappelés.

En premier lieu, l'immigration en France se caractérise par l'un des taux d'emploi les plus faibles et par l'un des niveaux de pauvreté relative les plus élevés de l'Union européenne. Le taux d'emploi des immigrés est de 63 %, mais en affinant l'analyse grâce aux données d'Eurostat, on observe que ce taux chute à 43 % pour les immigrés extraeuropéens arrivés depuis moins de cinq ans, soit vingt-cinq points de moins que la moyenne générale. Le taux de pauvreté est également très élevé, dépassant 30 %. Si l'on raisonne en termes de nationalité, le taux de pauvreté des étrangers extraeuropéens en France atteint près de 50 % en 2020, soit quatre fois celui des nationaux, ce qui constitue l'un des niveaux les plus élevés de l'Union européenne, à égalité avec l'Espagne.

Ce profil d'immigration implique mécaniquement une sous-contribution aux recettes publiques, en raison de niveaux plus faibles d'imposition et de cotisations sociales, et, en parallèle, une consommation plus importante de certaines dépenses de solidarité. Les données de l'Insee pour 2018-2019 montrent que les personnes immigrées perçoivent en moyenne un montant de prestations sociales deux fois supérieur à celui des personnes sans ascendance migratoire. Pour la deuxième génération, les montants sont comparables à ceux de la première. J'exclus ici les prestations de retraite, liées à un effet d'âge, ainsi que les prestations de chômage, qui sont la contrepartie de cotisations antérieures.

Un deuxième élément concerne plus directement la santé. Les données disponibles montrent que l'état de santé déclaré des populations immigrées est globalement plus dégradé. Selon l'Insee, les femmes immigrées déclarent un mauvais état de santé dans des proportions supérieures de moitié à celles des femmes sans ascendance migratoire, et d'un tiers chez les hommes. La dernière étude académique menée sur le sujet estime que les femmes immigrées ont 42 % de chance en moins de déclarer un bon état de santé que les natives, ce taux s'établit à 32 % chez les hommes immigrés. Les comparaisons européennes grâce aux données d'Eurostat indiquent par ailleurs que la France figure parmi les pays où la part des immigrés déclarant un mauvais état de santé est la plus élevée.

Enfin, un troisième aspect me semble tout aussi important : les réalités migratoires sont durables dans le processus d'intégration. Les difficultés d'intégration sur le marché du travail ne concernent pas uniquement la première génération, mais persistent également pour une partie des descendants d'immigrés.

Il y a quelques semaines, le ministère du travail avait été interrogé par l'une de vos collègues parlementaires sur les écarts de chômage entre immigrés, descendants d'immigrés et le reste de la population. Il avait alors expliqué que la moitié de l'écart de taux de chômage restait inexplicé entre les descendants d'immigrés et les personnes sans ascendance migratoire ; jusqu'à deux tiers pour les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb.

Ce cadre général permet de mieux comprendre la question spécifique de l'impact de l'immigration sur le système de santé et justifie, à mes yeux, l'intérêt de ce débat.

M. Lionel Ragot. En économie, comme en physique, le bon sens peut être trompeur. Ce qu'a exposé M. Pouvreau-Monti est parfaitement exact, mais pourtant, j'aboutis à des résultats qui indiquent que la population immigrée a, au total, un effet relativement faible sur les finances publiques. Il n'y a là aucune contradiction apparente, que je vais m'efforcer d'éclairer. Cela me permettra également de répondre à votre question sur les impacts économiques.

Dans les études menées par l'OCDE ou par nos équipes, la différence principale tient à la précision des données utilisées. L'OCDE travaille sur de nombreux pays et doit donc appliquer un cadre méthodologique commun, ce qui limite nécessairement le niveau de détail. De notre côté, nous travaillons uniquement sur la France, ce qui nous permet d'exploiter des données beaucoup plus fines. Concrètement, nous utilisons des enquêtes individuelles, principalement l'enquête Budget de famille de l'Insee, qui recense l'ensemble des recettes et des dépenses des ménages.

Nous disposons ainsi d'informations sur l'âge, l'origine et le niveau de qualification, ce qui nous permet de reconstituer les montants de TVA acquittés, les cotisations sociales, l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP), et plus généralement l'ensemble des contributions aux finances publiques. Cela suppose toutefois des hypothèses, car certaines variables relèvent du ménage et non de l'individu. Par exemple, l'impôt sur le revenu est payé par le ménage ; nous l'individualisons en fonction de la contribution de chaque membre aux revenus du foyer.

Nous allons également plus loin que l'OCDE en intégrant la santé. Nous n'utilisons pas une simple hypothèse par tête, mais les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), portant sur

environ 20 000 personnes. Là encore, nous identifions l'âge, l'origine et le niveau de qualification, ainsi que l'ensemble des prestations individualisables de l'assurance maladie. Les dépenses non individualisables, comme la prévention ou l'investissement hospitalier, sont réparties par tête. Cette méthode permet de capter l'état de santé et son impact sur les dépenses, en distinguant clairement natifs et immigrés.

Un point essentiel concerne la contribution nette par âge. Lorsqu'on est jeune ou âgé, la contribution nette aux finances publiques est fortement négative. Ce n'est que durant la période d'âge actif, approximativement entre 20 et 60 ans, que la contribution devient positive. Or, sur cette tranche d'âge, la contribution nette des immigrés est inférieure à celle des natifs, car ils connaissent davantage le chômage et perçoivent plus d'allocations, qu'il s'agisse des aides personnalisées au logement (APL), des prestations familiales ou d'autres aides.

Pourquoi, malgré tout, l'impact global sur les finances publiques apparaît-il limité ? La réponse tient à la structure par âge. En effet, lorsque l'on passe du raisonnement individuel au raisonnement macroéconomique, il faut tenir compte de la répartition par âge des populations. Or, les populations immigrées, au sens de la définition de l'Insee, sont beaucoup plus concentrées dans les tranches d'âge actives que les populations natives. Cela signifie que, même si leur contribution individuelle est plus faible, elles sont proportionnellement plus nombreuses dans les âges où la contribution est positive, et moins présentes dans les âges où la contribution est négative.

Ainsi, un effet individuel défavorable est compensé par une structure par âge plus favorable, dont les effets sont fondamentaux.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Précisément dans cette tranche d'âge, entre 15 et 55 ans, parmi les natifs comme les non-natifs, on constate une proportion importante, et très majoritairement masculine, de personnes qui ne travaillent pas. Le phénomène est très genré. Il s'agit donc de personnes qui ne contribuent pas, ou très faiblement, en dehors des contributions liées au chômage, dont la situation n'est évidemment pas comparable à celle de personnes disposant d'un emploi régulier, dès lors qu'elles sont intégrées dans le système et ne présentent pas, par ailleurs, de surconsommations médicales ou de problèmes de santé particuliers.

L'ensemble de ces paramètres interroge. J'entends bien l'explication qui vient de nous être apportée, et nous allons bien évidemment l'intégrer. Cependant, nous sommes confrontés à une situation où certains ne travaillent pas – ce qui vaut aussi pour une partie des natifs – et où persiste un problème structurel d'accès à l'emploi. Parallèlement, nous savons que certains métiers en tension sont délaissés par une partie de la population et acceptés par des personnes dont les revenus dans le pays d'origine sont extrêmement faibles.

Sur le plan individuel, l'absence de contribution interpelle plus les Français et alimente le sentiment d'injustice que j'évoquais plus tôt. Nous sommes confrontés à une accumulation de paramètres complexes. Ensuite, sur le plan politique, des choix devront être effectués. Certains l'ont déjà été, d'autres pourront être réexaminés à la lumière de vos explications. Il n'en demeure pas moins que le principe « *chacun selon ses moyens, chacun selon ses besoins* » ne peut fonctionner durablement si le nombre de personnes ayant des besoins excède celui de celles qui contribuent par leurs moyens.

M. Nicolas Pouvreau-Monti. Je souscris évidemment à ce qui vient d'être exposé par le professeur Ragot, mais il me semble que l'explication par la structure d'âge révèle le caractère finalement assez éphémère de ce mécanisme de contre-balancement. Les immigrés,

comme l'ensemble de la population, vieillissent et atteindront l'âge de la retraite en ayant, en moyenne, moins cotisé que les autres et dans un état de santé plus dégradé, comme le montrent les données.

La deuxième génération issue de l'immigration est elle-même moins en situation d'emploi que le reste de la population. Son état de santé est comparable à celui des personnes immigrées, alors même qu'elle est plus jeune et devrait, en théorie, présenter une meilleure forme. Cette population vieillira donc dans un état physique plus dégradé. C'est pourquoi, sur l'ensemble d'une vie, une fois l'effet d'âge neutralisé, la question d'un impact négatif sur les finances publiques mérite très sérieusement d'être posée.

M. Jean-Christophe Dumont. Il ne s'agit pas tant de l'accès aux soins des immigrés, qui, en réalité, n'en consomment pas davantage que les autres, que de la question de leur contribution. Comment faire en sorte que les immigrés qui arrivent accèdent plus rapidement à l'emploi, dans des emplois effectivement mieux rémunérés ? Un fait particulièrement frappant dans les données sur l'emploi concerne la forte différenciation par sexe. Les femmes immigrées, notamment celles arrivées récemment, présentent des taux d'emploi très faibles, souvent liés à des choix de fécondité au moment du regroupement familial.

Il existe là une population cible qui pourrait accéder plus rapidement et plus efficacement à l'emploi grâce à des politiques publiques mieux ciblées, aujourd'hui largement sous-dimensionnées. Pour près de la moitié d'entre elles, ces femmes immigrées forment des foyers avec des personnes de nationalité française. Cet exemple rappelle que l'immigration est plus diverse et plus complexe qu'on ne le dit souvent. Sans nier les difficultés d'intégration, la France peut clairement faire mieux, en particulier dans les premières années suivant l'arrivée.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je crois qu'il est désormais opportun d'aborder la question des soins. Monsieur Pouvreau-Monti, je souhaite vous interroger sur les soins dispensés aux étrangers en France. Ainsi, chaque type de soins est associé à un type de séjour précis et, au-delà, à un dispositif de prise en charge distinct au sein de notre système de Sécurité sociale. Si mon information est exacte, il existe d'abord les soins destinés aux étrangers en séjour temporaire régulier, relevant du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). On distingue ensuite les soins urgents et non urgents, qui concernent notamment les étudiants, les personnes en formation ou les touristes.

Il existe également le cas particulier des soins programmés, marqués par des différences, selon qu'il s'agit de ressortissants de l'UE ou de pays tiers. Ces prises en charge s'effectuent à travers le Centre national des soins à l'étranger (CNSE), dans le cadre de conventions internationales.

Un troisième facteur mérite d'être souligné : la possibilité, pour notre pays, de récupérer des créances. Or ce point n'a pas été suffisamment travaillé jusqu'à présent. Ainsi, ni l'Ofii, ni l'Insee, ni la Caisse nationale d'assurance maladie, ni même plus récemment le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) n'ont été en mesure de nous fournir des données précises sur la part de la Puma.

Il faut également mentionner les séjours au titre de l'article L425-9, liés à la vie privée et familiale, pour des soins particulièrement lourds ne pouvant être dispensés dans le pays d'origine, ce qui entraîne une extension du dispositif. Des évolutions récentes, par décret ou arrêté, sont venues modifier ce cadre, dans un contexte de jurisprudence internationale. S'ajoutent enfin les demandeurs d'asile et l'aide médicale d'État.

Que pouvez-vous nous dire sur ces différents dispositifs ? Avez-vous pu accéder aux chiffres de la Puma, qui constituent aujourd'hui un point majeur de difficulté et alimentent un sentiment d'injustice croissant ? Nous ne parvenons pas à récupérer les créances auprès des pays d'origine, y compris désormais des pays du G20.

M. Nicolas Pouvreau-Monti. Le panorama que vous avez dressé me paraît effectivement très complet. On peut éventuellement y ajouter deux dispositifs supplémentaires qui ne sont pas directement destinés aux étrangers non cotisants, mais qui accueillent, de fait, une proportion très importante de ce public. Il s'agit notamment des permanences d'accès aux soins de santé (Pass). Elles proposent des consultations médicales, mais aussi un accompagnement paramédical et social, à des personnes en situation de très grande précarité.

Les dernières données disponibles sur la répartition par nationalité, issues de l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie, montrent que, dans cette région, 77 % des patients pris en charge par les Pass sont des ressortissants extraeuropéens. Cette proportion est particulièrement significative.

Il convient également de mentionner deux autres points que vous avez déjà en partie abordés. Il s'agit d'une part des soins dispensés aux clandestins à Mayotte, qui relèvent de dispositifs spécifiques, distincts de l'AME. D'autre part, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, accessibles à l'ensemble des détenus, doivent être intégrées à l'analyse en raison de la structure de la population carcérale en France. En effet, les détenus étrangers sont proportionnellement trois fois plus nombreux que les étrangers dans la population générale.

L'AME est souvent questionnée, mais elle présente néanmoins un mérite : une certaine transparence. Nous connaissons son coût et le nombre de ses bénéficiaires, qui a triplé en vingt ans pour atteindre environ 465 000 personnes, ce qui témoigne de la dynamique de l'immigration clandestine. Son coût annuel est estimé à environ 1,3 milliard d'euros, un montant qui a doublé en dix ans. Le rapport de votre collègue Véronique Louwagie montre que l'augmentation du nombre de bénéficiaires n'explique qu'environ la moitié de cette hausse des coûts, l'autre moitié étant notamment liée à l'inflation et à l'évolution des prises en charge.

En revanche, sur l'ensemble des autres dispositifs, le flou persiste, et je crains de ne pas pouvoir vous fournir de chiffres pleinement fiables. C'est particulièrement le cas pour deux volets que vous avez évoqués, madame la rapporteure. Le premier concerne la Puma, qui constitue le régime de soins des demandeurs d'asile après trois mois de présence sur le territoire. Avant ce délai, ils relèvent du dispositif des soins urgents et vitaux. À ce jour, personne n'a pu obtenir des administrations compétentes une estimation précise de la part des dépenses de la Puma imputables aux soins des demandeurs d'asile.

Par ailleurs, la nature des flux d'asile en France, et plus largement en Europe, entraîne des passages fréquents d'un dispositif à l'autre. Un étranger peut entrer sur le territoire en situation irrégulière, relever pendant trois mois des soins urgents et vitaux, puis bénéficier de l'AME de droit commun. S'il dépose ensuite une demande d'asile, il bascule vers la Puma. Dans environ un cas sur deux, la demande d'asile est rejetée, ce qui entraîne un retour vers l'AME. Il existe donc une circulation constante entre ces dispositifs, qui complique considérablement l'analyse budgétaire.

Cette question est d'autant plus importante à éclairer que, sur ce point comme sur d'autres, la France va au-delà de ses obligations européennes. Le droit européen impose, à juste titre, la prise en charge des soins urgents et vitaux. Mais il n'impose pas l'octroi d'un panier de

soins équivalent à celui de la Puma, qui, bien que moins intégral que celui de l'AME, reste largement comparable à la couverture de l'assurance maladie.

Le second grand angle mort concerne les titres de séjour pour soins, que vous avez évoqués. Ce dispositif, dit des « étrangers malades », est quasi unique en Europe. Il consiste à accorder un titre de séjour à un étranger extracommunautaire en raison de son état de santé, afin qu'il puisse être soigné en France. Trois critères théoriques encadrent ce dispositif. Le premier concerne la résidence en France depuis au moins un an, un critère souvent contourné par le recours aux autorisations provisoires de séjour pour soins, et fréquemment rempli par des anciens demandeurs d'asile.

Le deuxième critère porte sur l'absence d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine, c'est-à-dire la capacité concrète à y accéder. La décision récente du Conseil d'État que vous avez mentionnée illustre bien cette logique : un réfugié congolais bénéficiant d'une protection en Grèce ne peut se voir opposer un refus de principe au seul motif qu'il réside dans un autre État européen. Ainsi, l'Ofii doit apprécier l'état du système de santé du pays concerné et la possibilité réelle d'accès aux soins. Le Conseil d'État n'exige en revanche pas que soit prise en compte la capacité du système de santé français.

Le troisième critère concerne les conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas d'absence de soins, généralement de nature létale. Cela concerne des pathologies lourdes, telles que les insuffisances rénales graves, les cancers, certaines maladies du sang. Les soins psychiatriques constituent également l'un des motifs les plus fréquents de demandes de titres de séjour pour soins, alors même qu'ils ne relèvent pas de pathologies immédiatement létales et impliquent des prises en charge au long cours.

Enfin, nous ne connaissons pas le coût global de ces titres de séjour pour soins, car les dépenses correspondantes sont noyées dans l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie, et notamment de la Puma. Nous savons toutefois, grâce aux efforts de transparence de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, que certains traitements médicamenteux peuvent atteindre jusqu'à deux millions d'euros par an et par patient, hors hospitalisation. Il ne s'agit pas de tous les cas, mais de pathologies lourdes nécessitant des traitements innovants et coûteux, souvent à vie. Là encore, une transparence accrue serait indispensable pour éclairer pleinement le débat démocratique.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Cela est d'autant plus vrai que, si je me réfère au dernier rapport de l'Ofii, il existe effectivement quelques traitements dont le coût peut atteindre deux millions d'euros par an. *A priori*, ils ne sont pas extrêmement nombreux, mais, il est précisément indispensable de bien les évaluer. L'Ofii réalise un travail de qualité en présentant des données par pathologie, par pays d'origine et selon d'autres paramètres tout à fait pertinents. En revanche, nous ne disposons pas des coûts associés. Il s'agit là d'une véritable difficulté.

Lorsque l'on examine plus attentivement les pays d'origine, et que l'on dresse un tableau précis, on observe la présence de quatre principaux pays. Il s'agit d'abord des Comores via Mayotte et d'Haïti via la Guyane, la Martinique ou la Guadeloupe – des pays dont les systèmes de protection sociale sont notoirement fragiles. Vient ensuite la Géorgie, marquée par certaines pathologies spécifiques touchant parfois des personnes relativement jeunes. Or, la France dispose de structures très performantes en matière de greffes rénales, ce qui crée une mise sous tension à la fois des services d'hémodialyse et des services de greffe, dont les capacités ne sont pas extensibles à l'infini.

Il apparaît en outre que ces patients, souvent plus jeunes et présentant moins de comorbidités, peuvent se retrouver prioritaires sur les listes de transplantation. La diffusion de ces informations peut alimenter un sentiment d'injustice, même si l'on comprend les fondements médicaux de ces choix. Cette incompréhension est d'autant plus forte lorsque l'on voit apparaître des patients issus de pays disposant de systèmes de protection sociale très différents du nôtre, comme certains pays nord-américains, le Canada, l'Inde ou encore les États-Unis. S'agissant des pays du G20, on peut légitimement s'interroger sur la cohérence avec le principe d'universalité de notre système.

Dans ces conditions, il apparaît que nous n'avons pas aujourd'hui une maîtrise satisfaisante de ces dispositifs. On peut ainsi se demander si l'on n'assiste pas, dans certains cas, à une forme d'externalisation des systèmes de santé étrangers vers le nôtre. Certains pays disposent pourtant de médecins bien formés, d'universités, d'hôpitaux, de pharmaciens et de professionnels de santé compétents. Or, il existe manifestement plusieurs voies, parfois cinq ou six, permettant à certains ressortissants, notamment algériens, de venir se faire soigner en France.

Ayant moi-même été médecin agréé, j'ai eu accès aux documents préfectoraux attestant du caractère particulièrement grave de certaines pathologies. Nous savons donc que certains pays utilisent pleinement ces possibilités. Dès lors, au-delà même de l'externalisation du travail, se pose la question d'une externalisation du système de santé.

Quelles sont vos recommandations, afin de renforcer les procédures d'identitovigilance et de recouvrement des créances par les établissements de santé ?

M. Nicolas Pouvreau-Monti. Notre observatoire n'ayant pas creusé jusqu'à présent ces questions d'identitovigilance, je ne peux formuler des propositions suffisamment étayées. Il me semble néanmoins que, au-delà de l'identitovigilance, la question des créances se pose avant tout sous un angle diplomatique, dans les relations avec certains pays.

Ainsi, il existe depuis 2016 un protocole d'accord entre la France et l'Algérie portant sur la gestion de la Sécurité sociale. Ce protocole prévoit la tenue régulière de commissions d'apurement. Or, sauf erreur de ma part, cette commission franco-algérienne ne s'est pas réunie depuis 2020.

Un deuxième point nous paraît important. Il s'agit de veiller, autant que possible, à ce que les soins programmés fassent l'objet d'un règlement préalable. Dans certains cas, ce principe est déjà affirmé, mais il existe parfois une confusion entre les visas pour soins et les titres de séjour pour soins. Les visas pour soins supposent une prise en charge préalable, soit par une mutuelle privée, soit par l'assurance maladie du pays d'origine, dans le cadre d'une autorisation de soins programmés. La question du paiement effectif à l'avance, au-delà de la seule autorisation, mérite d'être posée, car elle permettrait d'éviter ensuite des démarches longues et incertaines de recouvrement auprès des caisses étrangères.

Enfin, un troisième enjeu concerne plus largement les modalités de contrôle de l'immigration. Pour certains titres de séjour professionnels, l'Ofii prévoit déjà des visites médicales. Dans d'autres pays de l'OCDE, notamment aux États-Unis, certaines pathologies peuvent constituer un motif de refus d'entrée sur le territoire. On pourrait envisager d'étendre les visites médicales déjà réalisées par l'Ofii pour certaines voies d'immigration professionnelle à d'autres procédures de visa ou de titres de séjour, afin d'anticiper les situations de soins lourds

une fois les personnes présentes sur le territoire, où l'urgence impose ensuite une prise en charge immédiate.

M. David Magnier (RN). L'Observatoire de l'immigration et de la démographie avance que les recettes fiscales des immigrés ne couvrent que 86 % des dépenses qui leur sont attribuées, ce qui serait une source de pression supplémentaire sur les comptes publics. Cette affirmation non consensuelle a été critiquée par les économistes et l'OCDE pour son « manque de rigueur méthodologique ». Comment expliquer ces divergences méthodologiques dans le calcul des contributions nettes ?

M. Nicolas Pouvreau-Monti. L'estimation du bilan fiscal de l'immigration constitue un débat parfaitement légitime, car il n'existe pas une seule estimation indiscutable. Je suis tout à fait disposé à discuter des choix méthodologiques qui sous-tendent ces calculs. L'estimation de 86 % provient directement des travaux de l'OCDE. Ce ratio budgétaire concerne les immigrés en France pour l'année 2017, dernière année disponible. Il convient de souligner que ce ratio est également déficitaire pour les natifs, puisqu'il est de 98 % : leur contribution ne couvre que 98 % des dépenses qui leur sont imputables.

Le déficit des personnes immigrées est de quatorze points, soit un ratio de 86 %. En comparaison européenne, ce ratio figure parmi les plus défavorables, seules l'Estonie et la Lettonie présentant des situations plus négatives. Au-delà des chiffres, la nature de l'immigration reçue en France conduit, une fois neutralisé l'effet d'âge, à un bilan négatif au long cours, qui doit s'apprécier sur la durée de vie des individus.

M. Jean-Christophe Dumont. Ces chiffres sont parfaitement exacts ; vous les trouverez à la page 162 de la publication de 2021, dans sa version anglaise. Ils ne contredisent nullement ce que j'ai exposé auparavant : les immigrés contribuent davantage en cotisations sociales et en impôts qu'ils ne reçoivent en prestations individuelles. Le bilan fiscal demeure positif lorsque l'on prend en compte l'ensemble des biens publics, à l'exception du service de la dette, des dépenses militaires et de l'État central.

Il est vrai que les chiffres peuvent être lus de différentes manières. Je ne contredis pas non plus l'idée selon laquelle la contribution des immigrés est inférieure à celle des non-immigrés. Nous revenons alors à la question centrale : comment réduire cet écart ? La réponse passe nécessairement par une amélioration des conditions d'insertion dans l'emploi des immigrés.

Ensuite, je souhaite évoquer brièvement les procédures d'admission au séjour pour soins. Il convient tout d'abord de saluer le travail de l'Ofii, tant en matière de transparence que dans la production de son rapport au Parlement, qui n'est malheureusement pas toujours discuté à la hauteur de ses enjeux. Il faut également souligner les efforts déployés par l'Ofii pour renforcer le suivi médical et réduire autant que possible les risques d'abus liés à ce titre de séjour. Il n'en demeure pas moins que ce dispositif constitue un choix politique. Aucun texte de droit international ou européen n'impose son existence, et tous les pays n'ont pas opéré ce choix. Il existe sans doute de bonnes raisons de maintenir cette dimension humanitaire, mais il existe aussi de bonnes raisons de réfléchir au paramétrage de cet instrument.

Cela étant, les ressortissants des pays du G20 pèsent relativement peu dans ce dispositif. Ce sont, par exemple, les ressortissants russes qui représentent une part plus significative. Il existe également quelques cas britanniques ou américains, mais ils n'expliquent pas le déficit de la Sécurité sociale.

Enfin, je souhaite insister sur un point plus général. Dans le débat public, la difficulté vient souvent d'une focalisation exclusive sur les dépenses ou sur ce que perçoivent les immigrés. Cette interrogation est légitime, notamment au regard de la question de la justice et des différences d'accès aux dispositifs. Mais il ne faut pas non plus oublier la contribution apportée par cette population. Lorsque l'on examine l'impact sur le logement, il faut aussi considérer la contribution des immigrés à la construction de logements. Lorsque l'on examine l'impact fiscal, il faut regarder leur contribution aux recettes. Lorsque l'on examine l'impact sur la santé, il faut également prendre en compte leur rôle dans l'offre de soins.

Je pourrai d'ailleurs transmettre à votre commission un rapport récent de l'OCDE réalisé avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui rend compte de l'évolution par pays des médecins formés ou nés à l'étranger. En France, environ 29 000 médecins ont été formés à l'étranger. Rapporté au coût de formation d'un médecin, cela représente une économie de l'ordre de 3 à 4 milliards d'euros. Ce n'est pas nécessairement une solution souhaitable en soi, mais si l'on veut apprécier le coût et la contribution des immigrés au système de santé, il est indispensable de considérer l'ensemble de ces paramètres.

M. Lionel Ragot. Je souhaite réagir aux propos de M. Pouvreau-Monti. Celui-ci a ainsi indiqué qu'en faisant abstraction de la structure par âge, la contribution des immigrés est fortement négative. Je suis d'accord avec lui, mais cette structure par âge explique pourtant bien le résultat au niveau agrégé.

Ce type d'exercice correspond à une photo à un moment donné, pour une année budgétaire. À ce titre, il est juste de souligner que la population immigrée vieillira, elle aussi. Mais il est utile de rappeler que, lorsque l'on passe du statique au dynamique, de la photo au film, les résultats sont parfois contre-intuitifs. Sur la photo, on observe bien que la contribution nette des personnes hautement qualifiées, de diplôme supérieur à bac +3 est très positive, qu'elle émane de natifs ou d'immigrés.

Certains avancent donc l'argument d'une politique migratoire sélective, non par géographie, mais par niveau de qualification. Nous en avons étudié les effets. À court et moyen terme, elle est très bénéfique pour les finances publiques, parce que ces profils paient davantage de cotisations, ont moins de problèmes de santé.

Puis, en comparant une politique migratoire « actuelle » et une politique beaucoup plus sélective, nous avons constaté que ces gains disparaissent au bout d'un certain temps. Nous avons mis du temps à comprendre pourquoi. La raison est simple : en faisant venir des immigrés hautement qualifiés, on « importe » également leurs caractéristiques socio-économiques. Or deux de ces caractéristiques deviennent négatives à moyen et long terme. D'abord, ils vivent plus longtemps, de manière significative, et pèsent donc davantage sur les dépenses de retraite. Ensuite, ils ont moins d'enfants, ce qui produit un effet démographique défavorable à moyen et long terme sur le financement. C'est la raison pour laquelle il faut articuler la photo, et le film.

Mme la présidente Annie Vidal. Je vous remercie pour la qualité et la précision de vos réponses.

La séance s'achève à treize heures trente.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal

Excusés. – M. Thibault Bazin, Mme Sophie Pantel