

N° 1996

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2025.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE  
BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2026** (n° 1906),

PAR M. PHILIPPE JUVIN,  
Rapporteur général  
Député

---

ANNEXE N° 40

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. NICOLAS RAY

Député

---



## SOMMAIRE

---

Pages

|                                                                                                                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PRINCIPALES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL .....</b>                                                                                                                                                                                | <b>7</b>  |
| <b>DONNÉES CLÉS .....</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>11</b> |
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>13</b> |
| <b>I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE : UNE PROPOSITION DE<br/>GEL APPARENT DES CRÉDITS ENTACHÉE D'INSINCÉRITÉ AU<br/>REGARD DE LA HAUSSE CONTINUE DE LA DÉPENSE D'AME.....</b>                                                        | <b>15</b> |
| <b>A. UNE RÉFORME DU PÉRIMÈTRE DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EST<br/>INDISPENSABLE POUR ASSURER LA SOUTENABILITÉ SOCIALE ET<br/>FINANCIÈRE DE CETTE DÉPENSE DE SOLIDARITÉ NATIONALE.....</b>                                                | <b>16</b> |
| 1. Faute de révision de ses paramètres, la dépense d'aide médicale de l'État<br>continue à croître hors de tout contrôle.....                                                                                                              | 18        |
| a. Une dépense non maîtrisée qui s'établit à plus de 1,5 milliard d'euros.....                                                                                                                                                             | 19        |
| b. Des mesures d'efficience de la gestion et de renforcement des contrôles sans effet<br>sur la progression de la dépense .....                                                                                                            | 24        |
| c. Une prestation qui contribue au maintien prolongé sur le sol français des<br>étrangers en situation irrégulière .....                                                                                                                   | 27        |
| 2. Les crédits proposés ne suffiront pas à rembourser à l'assurance maladie les<br>dépenses engagées pour les bénéficiaires de l'AME .....                                                                                                 | 29        |
| a. Pour la troisième année consécutive, l'insincérité de la prévision budgétaire<br>creuse la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie, qui atteindra en fin<br>d'année un montant cumulé de près d'un demi-milliard d'euros ..... | 29        |
| b. L'apurement de cette dette ne semblant pas à l'ordre du jour, l'AME tend à<br>devenir une dépense cofinancée par l'État et la sécurité sociale.....                                                                                     | 30        |
| 3. L'aide médicale de l'État doit être réformée pour répondre strictement à ses<br>objectifs humanitaires et sanitaires, conformément aux standards des pays<br>européens.....                                                             | 31        |
| a. La transformation de l'AME en aide médicale d'urgence permettrait d'aligner la<br>prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière sur le cadre<br>existant dans d'autres pays européens .....                          | 31        |

|                                                                                                                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| b. A minima, le rapport Évin-Stefanini a indiqué les priorités à mettre en œuvre pour corriger les anomalies du dispositif actuel .....                                                              | 33        |
| B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE : UNE CONTRIBUTION STABLE DU BUDGET DE L'ÉTAT .....                                                                                            | 35        |
| C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183 .....                                                                                                                                           | 36        |
| <b>II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS : DES DÉPENSES DE SOUTIEN À LA POLITIQUE DE SANTÉ POUR UN MONTANT EN BAISSSE .....</b>                                      | <b>37</b> |
| A. LE SOUTIEN À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE : ACTIONS DE PILOTAGE, DE VEILLE SANITAIRE ET D'ANTICIPATION DES CRISES ..                                                                            | 38        |
| 1. L'anticipation et la gestion des crises sanitaires : la réduction des crédits marque la fermeture d'un cycle de dépenses largement abondées par des fonds de concours européens depuis 2020 ..... | 38        |
| 2. La hausse de la dotation de l'ONIAM ne paraît pas suffisante au regard du dynamisme des dépôts de dossiers d'indemnisation .....                                                                  | 39        |
| 3. Les autres dépenses de soutien à la politique de santé publique .....                                                                                                                             | 40        |
| B. UN RENFORCEMENT DES MOYENS DE PRÉVENTION EN SANTÉ .....                                                                                                                                           | 41        |
| 1. Conformément à la loi du 30 juin 2025, les nouvelles missions de l'Institut national du cancer (INCa) justifient une hausse de sa dotation .....                                                  | 41        |
| 2. Les autres actions de prévention en santé .....                                                                                                                                                   | 43        |
| C. LE FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA DOIT ÊTRE ALIGNÉ SUR LE DROIT COMMUN ET NE PLUS PESER EXCLUSIVEMENT SUR LE BUDGET DE L'ÉTAT .....                                         | 46        |
| D. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204 .....                                                                                                                                           | 48        |
| <b>III. LE PROGRAMME 379 : UNE MODIFICATION DE LA CHRONIQUE DES REVERSEMENTS À LA SÉCURITÉ SOCIALE JUSTIFIE UNE HAUSSE PONCTUELLE DES CRÉDITS JUSQU'EN 2028 .....</b>                                | <b>49</b> |
| A. LES ACTIONS FINANCÉES PAR LES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉSILIENCE EUROPÉENNE .....                                                                                           | 49        |
| B. LES CIBLES ET JALONS CONDITIONNANT LE VERSEMENT DES CRÉDITS EUROPÉENS DEVRAIENT ÊTRE ATTEINTS .....                                                                                               | 50        |
| <b>EXAMEN EN COMMISSION .....</b>                                                                                                                                                                    | <b>53</b> |
| <b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR SPÉCIAL .....</b>                                                                                                                              | <b>71</b> |

Cette année, le projet de loi de finances pour 2026 n'a été déposé que le mardi 14 octobre, et 19 réponses avaient été apportées au 10 octobre, date limite fixée par l'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

Au 3 novembre, le taux de réponse s'élevait à 66 %. Le rapporteur spécial déplore en particulier que plusieurs questions portant sur le profil et les postes de la dépense d'AME soient restées sans réponse.



## PRINCIPALES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL

Avec 1,67 milliard d’euros en crédits de paiement (CP), les crédits de la mission Santé augmentent de 13 %, alors même que le Gouvernement reconduit le choix, intervenu lors de l’examen du PLF 2025, d’un « gel » des crédits de l’AME, en dépit de la progression de la dépense constatée, tirée par l’évolution du nombre de bénéficiaires. Cette hausse sur l’ensemble de la mission résulte presque intégralement d’une modification de la chronique des versements à la Sécurité sociale des recettes européennes de la FRR, opérés sur le programme 379.

Les crédits du programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* (210,5 millions d’euros en AE et 213,8 millions d’euros en CP) apparaissent relativement stables, après plusieurs années de nette diminution. Les principales évolutions concernent la subvention de l’Institut national du cancer (INCa), abondée de 9,6 millions d’euros pour couvrir sa nouvelle mission d’unification des registres de cancers ; la hausse de 3,8 millions d’euros de la dotation de l’Office national d’indemnisation des victimes d’accidents médicaux (ONIAM) ; et la poursuite de la contribution au rétablissement de la situation financière de l’agence de santé de Wallis-et-Futuna, au titre de la solidarité nationale (résorption du déficit constaté de 10 millions d’euros et besoins pour la reconstruction de l’hôpital). En sens inverse, l’action 16 *Veille et sécurité sanitaire* voit ses crédits réduits à la portion congrue (ceux-ci ayant été diminués à chaque fois de l’ordre des deux tiers sur les deux derniers exercices, pour s’établir à 7,6 millions d’euros en 2026), en raison de la clôture programmée des fonds de concours européens RescEU (constitution de stocks stratégiques de produits de santé).

Le rapporteur spécial considère que les moyens supplémentaires accordés à l’INCa sont adaptés aux nouvelles missions confiées à cet opérateur, tout en l’appelant à étudier les moyens de rationaliser ses dépenses, conformément aux recommandations formulées par la Cour des comptes.

Il salue la hausse de la dotation de l’ONIAM, mais signale qu’elle pourrait rapidement apparaître insuffisante au regard de la dynamique des indemnisations liées à la Dépakine, à la suite des campagnes de communication menées à destination des victimes potentielles.

Il tient enfin à alerter sur la situation de financement de l’agence de santé de Wallis-et-Futuna, qui repose principalement sur les crédits de paiement de l’action 19 *Modernisation de l’offre de soins*, en progression continue depuis plusieurs années (+ 25 % en 2025, + 20 % en 2026, pour s’établir à près de 75 millions d’euros, soit plus du tiers des crédits du programme).

Outre les besoins de reconstruction de l'hôpital local, le déficit structurel de cette agence est alimenté par le coût croissant des évacuations sanitaires et la durée des séjours, qui devraient faire l'objet d'un contrôle plus strict. L'absence de toute contribution de la population de ce territoire à son système de santé constitue une anomalie à laquelle il est temps de mettre fin. Cela doit passer par la mise en place de cotisations sociales afin de ne pas peser sans limite sur la solidarité nationale. Le rapporteur spécial appelle donc le Gouvernement à revoir les modalités de financement de cette agence au regard des conclusions qui seront prochainement rendues par la mission diligentée par l'IGA et l'IGAS.

Les crédits du programme 183 *Protection maladie portent les dépenses d'aide médicale de l'État (AME)* et, subsidiairement, du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et s'élèvent à 1 216,3 millions d'euros (AE = CP).

Concernant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, action 03), la dotation de l'État reste inchangée depuis plusieurs années (8 millions d'euros).

L'aide médicale de l'État (AME) représente près des trois quarts des crédits de la mission Santé, soit 1 208,3 millions d'euros pour 2026, ce qui correspond à la provision finalement retenue par la LFI 2025. Alors que le PLF pour 2025 prévoyait une progression de cette provision de 9,2 % à 1 320,6 millions d'euros, le Gouvernement a finalement opté, au cours des débats budgétaires, pour un « gel » des crédits, au niveau de l'année 2024, alors même que les données de facturation définitives constatées sur cette même année s'établissent à 1 326 millions d'euros.

La direction de la sécurité sociale estime qu'en 2026, la dépense d'AME représentera 1 410 millions d'euros, alors que le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élève à 461 883 (au 31 mars 2025). Il convient d'ajouter 15 000 personnes qui seraient bénéficiaires de l'AME soins urgents, pour un montant de 140 millions d'euros. Au total, il est possible d'estimer le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des dispositifs de l'AME à près de 480 000 en 2025, pour un coût estimé de 1 550 millions d'euros en 2026, hors frais de gestion divers. En dix ans, entre 2014 et 2024, le coût de l'AME a crû de plus d'un demi-milliard d'euros, en raison de l'augmentation du nombre d'étrangers en situation irrégulière sur le sol français.

Ce décalage entre la dépense votée et la dépense constatée pose la question de la sincérité de la programmation budgétaire et induit un changement de la nature de cette prestation : de fait, l'AME est désormais en partie cofinancée par le régime de l'assurance maladie – et non plus exclusivement, au titre de la solidarité nationale, sur le budget de l'État. L'insuffisance des crédits votés en loi de finances ne permettant pas de couvrir ces dépenses, la créance constituée par l'État auprès de l'assurance maladie s'accroît de manière équivalente et pourrait

atteindre 400 millions d’euros à la fin de l’année 2025, contre 185 millions d’euros un an plus tôt.

Le dérapage budgétaire qui caractérise cette prestation, dont la progression ne fait l’objet d’aucun contrôle, plaide pour une refonte de son périmètre (panier de soins et critères d’éligibilité), en mettant en œuvre, prioritairement, les recommandations formulées il y a près de deux ans dans le rapport présenté par MM. Évin et Stefanini. Alors que des efforts sont demandés aux Français dans le contexte très dégradé des finances publiques, à l’instar d’une éventuelle hausse des franchises médicales, il est intolérable que des prestations destinées aux étrangers en situation irrégulière continuent à être délivrées, gratuitement, sans chercher à y apporter les restrictions nécessaires pour contenir cette dépense à un niveau raisonnable pour la solidarité nationale.

Le programme 379 *Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la relance et la résilience (FRR) européenne* au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) avait vocation à porter des crédits une dernière fois pour 2026, mais la chronique des reversements a été revue, si bien que des crédits sont prévus sur ce programme jusqu’en 2028. Les montants ouverts sur ce programme repartent ainsi à la hausse en 2026, passant de 54 à 242 millions d’euros (+ 348 %).



## DONNÉES CLÉS

### ÉVOLUTION DES CRÉDITS DES PROGRAMMES (2025-2026)

(en millions d'euros)

|                                                                                                                                                                                                                                     | Autorisations d'engagement |                 |                     | Crédits de paiement |                 |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                     | LFI 2025                   | PLF 2026        | Évolution 2025-2026 | LFI 2025            | PLF 2026        | Évolution 2025-2026 |
| Programme 204 <i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>                                                                                                                                                               | 219,50                     | 210,47          | – 4 %               | 211,73              | 213,80          | + 1 %               |
| Programme 183 <i>Protection maladie</i>                                                                                                                                                                                             | 1 216,30                   | 1 216,30        | =                   | 1 216,30            | 1 216,30        | =                   |
| Programme 379 <i>Reversement à la Sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)</i> | 54                         | 242             | + 348 %             | 54                  | 242             | + 348 %             |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>1 489,80</b>            | <b>1 668,77</b> | <b>+ 12 %</b>       | <b>1 482,03</b>     | <b>1 672,10</b> | <b>+ 13 %</b>       |

Source : commission des finances, d'après le projet annuel de performance pour 2026.

### Opérateurs de l'État rattachés à la mission :

- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** : le PLF pour 2026 prévoit de maintenir à 23,3 millions d'euros la subvention pour charges de service public versée à cet opérateur.

- **Institut national du cancer (INCa)** : le PLF pour 2026 prévoit l'attribution d'une subvention pour charges de service public de 41,8 millions d'euros, en hausse de 9,6 millions d'euros (+ 30 %), afin de prendre en compte ses nouvelles missions d'unification du pilotage des registres de cancers, suite au vote de la loi du 30 juin 2025 visant à mettre en place un registre national des cancers.

La mission porte aussi les autorisations d'emplois de cet opérateur, qui sont fixées à 132 ETPT pour les emplois sous-plafond (+ 1) et à 30 ETPT pour les emplois hors plafond.

### **Objectifs et indicateurs de performance :**

Les maquettes de performance des programmes de la mission ne font pas l'objet d'évolutions. La cible de 14 % de dossiers d'AME contrôlés a été dépassée en 2023 (le taux s'établissant à 15,4 %), mais le rehaussement de la cible s'opère avec retard et de façon trop peu ambitieuse, puisqu'elle n'évolue que de 0,5 point entre 2025 et 2026, pour s'établir à un niveau de 15 %, d'autant plus modeste qu'il est maintenu jusqu'en 2028.

### **Dépenses fiscales :**

- Programme 183 : trois dépenses fiscales, pour les bénéficiaires du FIVA, 542 millions d'euros ;

- Programme 204 : six dépenses fiscales, mais seules quatre d'entre elles font l'objet d'un chiffrage en 2026, à 169 millions d'euros, le PLFSS prévoyant de supprimer l'exonération des indemnités journalières de sécurité sociale, deux dépenses fiscales dont le coût est estimé au titre de 2025 à 662 millions d'euros.

## INTRODUCTION

La mission *Santé* porte des dépenses de l'État venant en appui aux dépenses de l'assurance maladie, soit au titre de la solidarité nationale, comme l'aide médicale de l'État (AME), destinée à couvrir les soins des étrangers en situation irrégulière, qui ne cotisent pas au système de protection sociale, soit au titre de la responsabilité de l'État, comme dans le cas de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, soit encore à la croisée de ces deux fondements, comme l'indemnisation des victimes de l'amiante. D'autres dépenses, qui représentent des crédits plus limités, permettent de financer des actions de prévention, de pilotage ou encore de veille sanitaire. S'agissant de ces dernières dépenses, la tendance observée ces dernières années était marquée par le transfert à l'assurance maladie du financement de la plupart des opérateurs chargés de la mise en œuvre des politiques de santé. La crise sanitaire a toutefois interrompu cette tendance, la mission *Santé* s'étant vue dotée depuis 2021-2022 de crédits en forte hausse pour couvrir des besoins nouveaux, notamment au titre d'un fonds de concours dédié. En outre, la création d'un programme servant de canal budgétaire au reversement de crédits européens finançant le « Ségur investissement », ainsi qu'aux dons de vaccins à des pays tiers (cette dernière action ayant pris fin en 2024), est venue accroître le montant total des crédits de la mission.

Au regard de ces récentes tendances, les crédits votés en 2025 et ceux proposés pour 2026 par le présent projet de loi de finances s'inscrivent dans un retour à la normale pour la mission *Santé*, même si une modification de la chronique des versements sur le programme 379, qui devait s'éteindre en 2026, explique à elle seule la hausse de 13 % des crédits observée à l'échelle de la mission.

**Dotée de 1,67 milliard d'euros au total, la mission Santé présente un périmètre budgétaire relativement réduit, équivalant à moins de 0,5 % du budget de la Sécurité sociale, ou encore 0,2 % de l'ONDAM <sup>(1)</sup>.**

Les deux programmes structurants de la mission *Santé* portent quant à eux des crédits qui ne s'établissent pas aux mêmes ordres de grandeur. Le programme 183 *Protection maladie* soutient des dépenses dynamiques, en raison de la progression continue des étrangers en situation irrégulière éligibles à la prestation d'aide médicale de l'État (AME), et en dépit du gel apparent des crédits voté en 2025 que le Gouvernement propose de reconduire en 2026. Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* représente seulement 13 % des crédits de la mission, ventilés dans des actions composites et dont les plus importantes correspondent souvent à des besoins ponctuels, même s'ils font l'objet d'une programmation pluriannuelle, comme le soutien au redressement financier de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Il faut également noter que la politique de prévention en santé est complétée par des dépenses figurant dans 31 autres programmes budgétaires <sup>(2)</sup>, ce qui laisse, *in fine*, un rôle très marginal au programme 204 dans la politique de santé publique.

---

(1) ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie, voté chaque année dans le PLFSS.

(2) La liste des programmes figure dans l'annexe budgétaire Prévention en santé.



## I. LE PROGRAMME 183 PROTECTION MALADIE : UNE PROPOSITION DE GEL APPARENT DES CRÉDITS ENTACHÉE D'INSINCÉRITÉ AU REGARD DE LA HAUSSE CONTINUE DE LA DÉPENSE D'AME

La proposition budgétaire du présent projet de loi de finances ne marque aucune évolution de crédits sur le périmètre du programme 183 : il est proposé en 2026 de reconduire la dotation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), ainsi que la prévision de dépense que l'État devra rembourser à l'assurance maladie au titre de l'aide médicale de l'État (AME) bénéficiant aux étrangers en situation irrégulière, telles qu'elles ont été votées dans la loi de finances pour 2025, à hauteur de **1 216,3 millions d'euros en AE et en CP** – la quasi-totalité de ces crédits (99,3 %) abondant l'action 02 *Aide médicale de l'État*, la contribution de l'État au FIVA étant fixée depuis plusieurs années à 8 millions d'euros.

### ÉVOLUTION DES CRÉDITS PROPOSÉS ET VOTÉS DU PROGRAMME 183

(en millions d'euros, AE = CP)

|                                                   | LFI 2024 | PLF 2025             | LFI 2025 | PLF 2026 |
|---------------------------------------------------|----------|----------------------|----------|----------|
| <b>Programme 183</b><br><i>Protection maladie</i> | 1 216,3  | 1 327,6<br>(+ 111,3) | 1 216,3  | 1 216,3  |
| <i>Aide médicale de l'État (action 2)</i>         | 1 208,3  | 1 319,6<br>(+ 111,3) | 1 208,3  | 1 208,3  |
| AME de droit commun                               | 1 137,3  | 1 248,6<br>(+ 111,3) | 1 137,3  | 1 137,3  |
| Soins urgents                                     | 70       | 70<br>=              | 70       | 70       |
| Autres dispositifs                                | 1        | 1<br>=               | 1        | 1        |
| <b>FIVA (action 3)</b>                            | 8        | 8<br>=               | 8        | 8        |

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

Il importe ici de rappeler que lors des précédents débats budgétaires, la proposition initiale du Gouvernement portait sur une nette hausse (+ 9,15 %) des crédits du programme 183, en ouvrant des crédits supplémentaires de 113,3 millions d'euros pour le financement de l'AME. Cette augmentation, qui mettait en évidence le poids de plus en plus important de l'AME sur le budget de l'État, ayant fait l'objet de divers critiques, le Gouvernement a proposé, au cours de la discussion, d'annuler cette hausse en reconduisant le montant voté en LFI pour 2024. **La rapporteure spéciale d'alors avait dénoncé cette demi-mesure, consistant à donner une apparence de maîtrise de la dépense par l'État alors que l'AME est une dépense de guichet** : engagée à la demande des bénéficiaires par l'assurance maladie, la dépense totale constatée doit être remboursée par l'État, conformément à l'article L. 253-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le rapporteur spécial réitère les observations formulées par sa prédécesseure alors que le Gouvernement propose de reconduire ce gel apparent pour 2026, et appelle l'État à se donner les moyens de maîtriser véritablement la dépense en engageant la réforme indispensable des paramètres de cette prestation (paniers de soins et conditions d'éligibilité).

**A. UNE RÉFORME DU PÉRIMÈTRE DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT EST INDISPENSABLE POUR ASSURER LA SOUTENABILITÉ SOCIALE ET FINANCIÈRE DE CETTE DÉPENSE DE SOLIDARITÉ NATIONALE**

● Créée en 1999, l'AME est une prise en charge médicale destinée aux **étrangers en situation irrégulière** qui séjournent sur le territoire français (à l'exception de Mayotte où ce dispositif ne s'applique pas) de manière ininterrompue depuis au moins trois mois et ne disposant pas de revenus annuels supérieurs à un plafond de ressources déterminé (soit 10 165,77 euros pour une personne seule en métropole). La gestion de ce dispositif est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). **L'AME est financée par le budget de l'État qui en rembourse normalement le montant intégral – hors coûts de gestion – à l'Assurance maladie <sup>(1)</sup>.**

L'aide médicale de l'État recouvre trois dispositifs dont le plus important est l'AME de droit commun qui concentre 93,5 % des crédits ouverts sur l'action 2 et près de 80 % des crédits demandés à l'échelle de la mission.

---

(1) Il importe ici de distinguer : 1° l'aide médicale d'État « de droit commun », l'article L. 253-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que : « Les dépenses d'aide médicale sont prises en charge par l'État. » ; 2° les soins urgents (appelée abusivement « AME soins urgents »), l'article L. 254-1 dispose que : « Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie ». Cette dotation est fixée à 70 millions d'euros et n'a pas connu de modification depuis plusieurs années, bien que la direction de la sécurité sociale ait indiqué au rapporteur spéciale que les dépenses au titre des soins urgents sont constatées annuellement pour un montant au moins deux fois plus important, de l'ordre de 140 millions d'euros.

### Les trois composantes de l'AME

– L'**AME de droit commun** relève de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et s'adresse aux étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond (soit 10 165,77 euros par an pour une personne seule résidant en métropole) <sup>(1)</sup>. Ce dispositif permet une prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers remboursables par l'assurance maladie dans la limite des tarifs de la sécurité sociale avec dispense d'avance de frais. **Le panier de soins couvert est proche de celui de la protection universelle maladie <sup>(2)</sup>, ce qui distingue la France des autres pays européens.**

– Les **soins urgents** relèvent 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 <sup>(3)</sup>. « L'AME Soins urgents » finance des soins hospitaliers dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne concernée ou d'un enfant à naître. Le coût de ce dispositif est partagé entre l'État (qui accorde une dotation forfaitaire à la CNAM) et l'assurance maladie (qui prend en charge les dépenses allant éventuellement au-delà de ce forfait).

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

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

\* L'aide médicale (soins infirmiers et médicaments) accordée aux personnes étrangères (en situation régulière ou irrégulière) **placées en garde à vue** (article L. 251-1 du CASF et décret n° 2009-1 026 du 25 août 2009) ;

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

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

---

(1) Ce plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer et est actualisé le 1<sup>er</sup> avril de chaque année.

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

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

### Une réforme du circuit financier de prise en charge des autres dispositifs relevant de l'AME

La principale adaptation récente dans l'organisation de l'AME concerne une réforme du circuit financier de prise en charge des dispositifs des autres AME.

En effet, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2024, la DSS déléguait les crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) pour la prise en charge des soins pour les personnes gardées à vue (5<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) et celles placées en centre de rétention administrative (soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention, les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé).

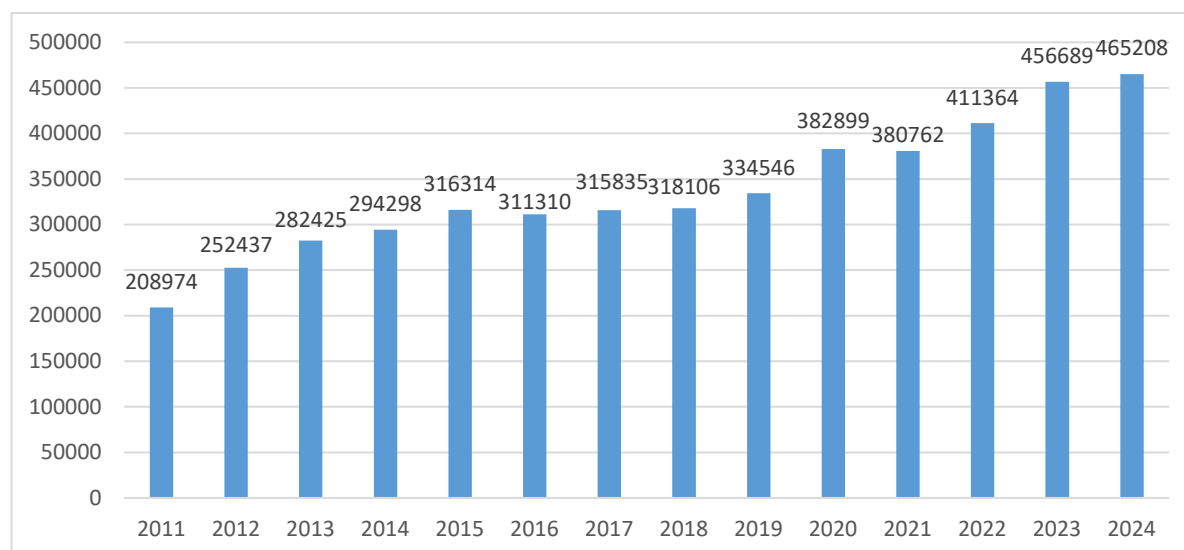
Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, les crédits relevant des autres dispositifs d'AME sont directement reversés par l'État à l'assurance maladie, sur le même modèle que l'AME de droit commun et les soins urgents.

#### 1. Faute de révision de ses paramètres, la dépense d'aide médicale de l'État continue à croître hors de tout contrôle

Le poids financier de l'AME croît de manière continue et significative depuis de nombreuses années, en raison de la progression du nombre d'étrangers en situation irrégulière sur le sol français.

Lors de la création du dispositif, le nombre de bénéficiaires concernés s'établissait dans une fourchette comprise entre 150 000 et 200 000. Au 31 décembre 2024, **le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élève à 465 208**, soit nouvelle une **hausse de 1,9 %** par rapport à 2023. Entre 2011 et 2024, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun a crû de 6,9 % en moyenne chaque année, et a été multiplié par 2,3 sur la période considérée.

#### ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME



Source : commission des finances, d'après la documentation budgétaire.

S'agissant des autres dispositifs de l'AME, la direction de la sécurité sociale transmet une indication de 15 000 bénéficiaires, principalement pour le dispositif soins urgents. Ainsi, il est possible d'estimer **le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des dispositifs d'AME à au moins 480 000, soit 62 % de plus qu'en 2014.**

Le seuil d'un milliard d'euros de dépenses d'AME a été franchi en 2022, et s'établit désormais au-delà **d'1,4 milliard d'euros**. Les paramètres essentiels de cette prestation n'ont guère évolué depuis l'origine, en dépit des réformes de 2019, et ont donc insuffisamment pris en compte l'impact de cette croissance du nombre de bénéficiaires qui expose désormais cette dépense de solidarité nationale aux **limites de son acceptabilité sociale et de sa soutenabilité financière.**

Aucune maîtrise de cette dépense ne peut être atteinte en l'absence d'une réforme du périmètre de la prestation doublée d'une volonté politique de ferme maîtrise de l'immigration illégale.

***a. Une dépense non maîtrisée qui s'établit à plus de 1,5 milliard d'euros***

● La construction de l'hypothèse de dépense d'AME de droit commun repose sur l'estimation des **trois principaux postes de dépenses**, pour une enveloppe allouée de 1 137,3 millions d'euros, restée inchangée depuis 2024. La répartition des principaux postes de dépenses indiquée dans la documentation budgétaire repose donc sur les données de 2023, le choix de « geler » les crédits empêchant d'actualiser ces données, au détriment de l'information du Parlement :

- 151 millions d'euros de produits de santé ;
- 320 millions d'euros de prestations concernant les autres soins de ville, y compris les actes et consultations externes (ACE) pratiqués dans les hôpitaux ;
- 737 millions d'euros de prestations hospitalières (hors ACE), soit près des 2/3 des dépenses de l'AME.

### **Les trois postes de dépenses de l'AME de droit commun d'après la documentation budgétaire**

#### **● Le poste « produits de santé » :**

La dépense moyenne par consommant <sup>(1)</sup> se stabiliserait en 2025 comme observé auparavant sur une longue période. Le taux de consommateurs continuerait à croître en 2025 au même rythme prévu en 2024 (+ 1,1 %). Ainsi, la dépense totale du poste « produits de santé » augmenterait de 0,2 % et s'établirait à 151 millions d'euros en 2025 (y compris les mesures d'économie).

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

#### **● Le poste « autres soins de ville » :**

En 2025, la dépense moyenne par consommant et le taux de consommateurs continueraient d'évoluer au même rythme qu'en 2024 (respectivement, de + 2,3 % et de +1,2 %). Avec une progression du nombre de bénéficiaires de + 1,1 %, la dépense totale du poste « autres soins de ville » augmenterait de 2,6 % pour s'établir à 320 millions d'euros en 2025.

#### **● Les prestations hospitalières :**

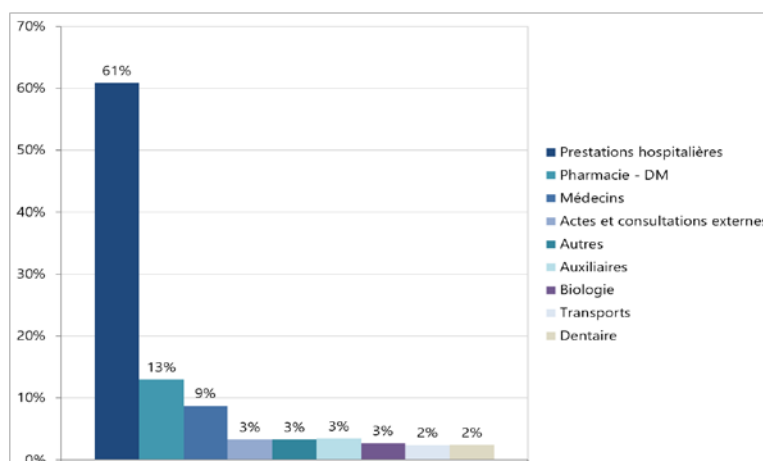
Pour ce dernier poste de dépenses, la dépense moyenne par consommant resterait stable en 2025. Le taux de consommateurs poursuivrait sa croissance dynamique, comme observé en 2024, mais à un rythme légèrement plus faible (+ 5 %). La forte croissance du taux de consommateurs des prestations hospitalières s'explique par le fait que ce taux n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant-crise, bien qu'il tende à le rattraper et progresse désormais plus rapidement qu'avant la crise. Ces effets aboutissent à une augmentation totale de la dépense du poste « prestations hospitalières » de 4,1 % et serait ainsi égale à 737 millions d'euros en 2025.

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

---

(1) Les consommateurs sont les bénéficiaires pour lesquels une dépense de santé a pu être imputée au cours d'un trimestre. D'après la CNAM, le taux de consommateurs se stabilise depuis la fin de la crise Covid autour de 70 %, soit un niveau inférieur à celui observé jusqu'en 2019.

### DÉCOMPOSITION DE LA DÉPENSE MOYENNE PAR BÉNÉFICIAIRE



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

- Outre la dépense d'AME de droit commun, le PLF pour 2026 prévoit :
  - 70 millions d'euros au titre des soins urgents ;
  - 1 million d'euros au titre des autres dispositifs de l'AME.

Ces montants sont **stables** depuis plusieurs années, dans la mesure où ils constituent, en application de l'article L. 254-1 du CASF, une « dotation forfaitaire » de la part de l'État, qui n'a pas vocation à couvrir l'entièreté des dépenses de l'assurance maladie au titre des prestations correspondantes. **La DSS a indiqué au rapporteur spécial que le montant effectivement engagé au titre des soins urgents avait suivi une progression telle qu'il équivaut aujourd'hui au double de la dotation de l'État, soit une estimation de 140 millions d'euros en 2025.** D'après le rapport d'information du sénateur Vincent Delahaye publié en juillet, le montant de la dépense réelle pour soins urgents correspondait effectivement à celui de la dotation sur le budget de l'État pour l'année 2018, soit 70 millions d'euros. Cependant, cette dépense a progressé à un rythme très soutenu depuis 2021 (dépense constatée de 80 millions d'euros), puis en 2022 (86 millions d'euros), et surtout en 2023 (107 millions d'euros) et 2024 (132 millions d'euros).

En prenant en compte ces éléments, il est possible d'évaluer le montant total des dépenses de santé engagées pour les étrangers en situation irrégulière sur le territoire français, depuis 2018, au titre de l'ensemble des dispositifs d'AME. **L'écart entre la programmation budgétaire et la dépense réelle d'AME se creuse à compter de l'année 2023, illustrant le caractère illusoire de toute mesure de gel pour une prestation de guichet soumise à une forte dynamique de progression de ses bénéficiaires.**

● Pour les années 2024 et 2025, pour lesquelles ont été votés des crédits identiques à hauteur de 1 208,3 millions d’euros, les dépenses d’AME seraient en réalité de :

– 1 389 millions d’euros en 2024 (1 256 millions d’euros pour l’AME de droit commun, 132 millions d’euros pour les soins urgents <sup>(1)</sup> et 1 million d’euros pour les autres dispositifs) <sup>(2)</sup> ;

– 1 455 millions d’euros en 2025 (prévision de dépense de 1 314 millions d’euros pour l’AME de droit commun, 140 millions d’euros pour les soins urgents et 1 million d’euros pour les autres dispositifs).

**Entre 2018 et 2025, la dépense réelle de l’ensemble des dispositifs d’AME a ainsi connu une hausse de 58 %. Elle a plus que doublé depuis 2012, année où la dépense constatée s’élevait à 703 millions d’euros.**

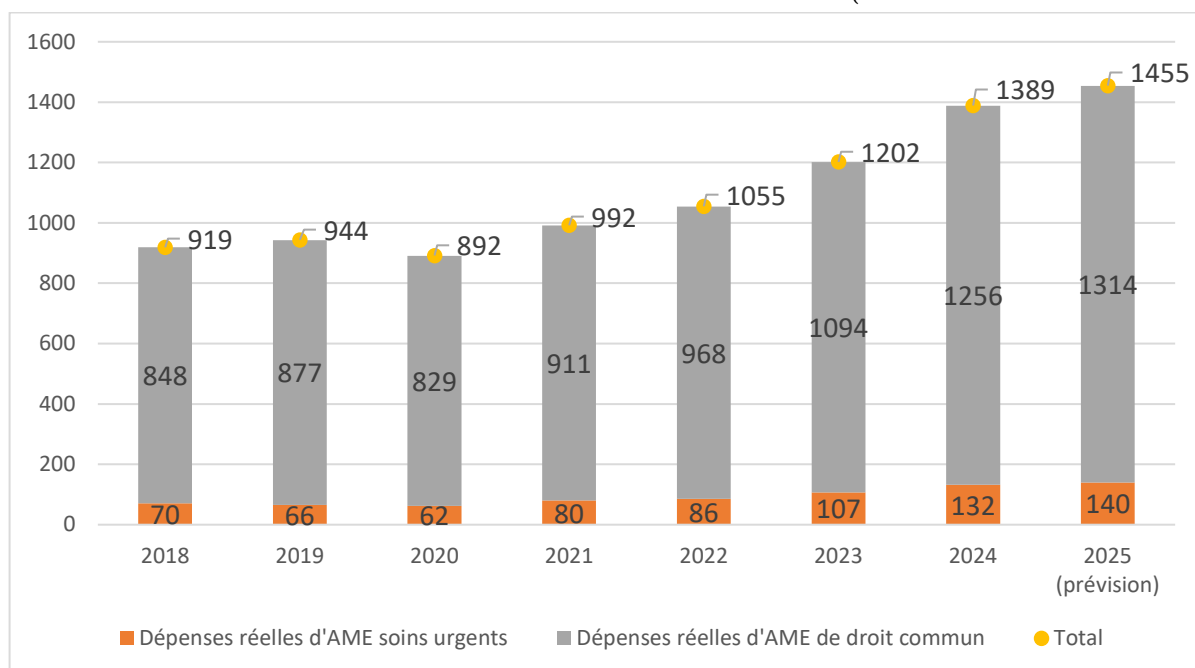
---

(1) L’estimation de cette somme au titre des soins urgents a été transmise par la DSS au sénateur Vincent Delahaye au printemps 2025. Lors de son audition par le rapporteur spécial à la fin du mois d’octobre, la DSS a fourni une prévision de cette somme autour de 140 millions d’euros pour 2026, soit une progression de 6 % conforme à la dynamique observée depuis trois ans.

(2) Dans sa note sur l’exécution budgétaire 2024 de la mission Santé, la Cour des comptes évalue sur la base des données de facturation définitives à 1 326 millions d’euros le coût de l’ensemble des dispositifs d’AME pour le budget de l’État. En effet, les dépassements de la prévision budgétaire pour l’AME de droit commun restent exigibles et constituent une dette de l’État à l’égard de l’assurance maladie ; en revanche, lorsque la dépense au titre des soins urgents dépasse la provision forfaitaire de 70 millions d’euros inscrite en LFI, le surplus est entièrement à la charge de l’assurance maladie qui ne peut en réclamer le paiement à l’État, conformément aux dispositions financières régissant ces deux prestations dans le code de l’action sociale et des familles. Partant, si l’on considère la dépense d’AME indépendamment de la prise en charge budgétaire, il convient d’ajouter à l’estimation de la Cour, qui inclut le forfait de 70 millions d’euros de soins urgents provisionné par l’État, 62 millions d’euros de soins urgents à la charge de l’assurance maladie, ce qui, ajouté aux dépenses au titre des autres dispositifs (estimées à 1 million d’euros), aboutit à la somme de 1 389 millions d’euros.

## ÉVOLUTION DES DÉPENSES RÉELLES D'AME DEPUIS 2018

(en millions d'euros constants 2025)



Source : commission des finances d'après le rapport d'information du sénateur Delahaye et les données transmises par la DSS au rapporteur spécial.

- À ces postes de dépenses structurelles, il convient d'ajouter des **frais** qui ne figurent pas dans les documents budgétaires, puisqu'ils ne font pas l'objet de remboursements par l'État aux organismes d'assurance maladie chargés de la gestion de la prestation d'AME. La CNAM évalue ainsi sa charge de gestion administrative à **9,9 millions d'euros** pour 165 ETP (équivalents temps pleins), à laquelle s'ajoutent les coûts de gestion de la relation avec les bénéficiaires de l'AME (guichet et téléphonique) de **7,2 millions d'euros** pour 122 ETP. Les frais de gestion par les hôpitaux n'ont pu faire l'objet d'une estimation précise, mais un rapport de l'IGAS et de l'IGF en 2019 les estimait à 8 % de la dépense totale d'AME <sup>(1)</sup>, soit au moins **10 millions d'euros**.

- Il faut en outre tenir compte des dépenses de soins inscrites en **créances irrécouvrables** et qui ne sont donc pas imputées par les hôpitaux à l'AME ou aux « soins urgents » alors qu'elles ont bénéficié à des étrangers en situation irrégulière. La mission menée par l'IGF et l'IGAS en 2019 considère que ces créances irrécouvrables conduisent à une sous-évaluation de la dépense hospitalière supérieure à 8 %. Les créances irrécouvrables représenteraient un surcoût d'environ **50 millions d'euros** <sup>(2)</sup>.

**Le total des frais annexes et des créances irrécouvrables portées par l'assurance maladie pour la gestion de l'AME peut donc être estimé à 78 millions d'euros.** Ce montant vient s'ajouter aux dépenses constatées au titre des soins, indiquées *supra* à 1 389 millions d'euros en 2024 et vraisemblablement 1 455 millions d'euros en 2025.

Ainsi, **le coût réel de l'ensemble des dispositifs d'AME**, porté tant par le budget de l'État, financé par les contribuables, que par le budget de la Sécurité sociale, financé par les assurés sociaux et par les contribuables, peut être évalué à **1 467 millions d'euros en 2024, et au moins 1 533 millions d'euros en 2025.**

***b. Des mesures d'efficience de la gestion et de renforcement des contrôles sans effet sur la progression de la dépense***

- En 2020, l'AME a fait l'objet de certaines adaptations utiles mais qui restent insuffisantes. Quatre aménagements principaux ont été décidés <sup>(3)</sup> :

- l'accès à l'AME est subordonné à une **durée ininterrompue de résidence en France de plus de trois mois** : en 2024, environ 30 % des refus d'AME étaient liés au fait que le demandeur était en situation irrégulière depuis moins de 3 mois ;

---

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

(2) D'après le rapport précité (en particulier son annexe IV), la complexité des modalités de facturation des prestations délivrées aux bénéficiaires potentiels de l'AME conduit les hôpitaux à inscrire une partie des dépenses associées en créances irrécouvrables. En particulier, le délai de forclusion, fixé à un an par une circulaire du 18 juin 2012, induit un temps limité pour facturer à l'AME des prestations délivrées à des bénéficiaires potentiels qui n'ont pas encore ouvert leurs droits. En cas de refus d'ouverture de droits, ou de notification de l'ouverture des droits plus d'un an après la délivrance des soins, la dépense correspondante est inscrite en créance irrécouvrable.

(3) Article 264 de la loi n° 2019-1 479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

– la **première demande d'AME doit être déposée en personne**, par le demandeur, auprès d'un organisme d'assurance maladie ou, par exception, auprès d'un établissement de santé dans lequel l'intéressé ou un membre du foyer est pris en charge : dans ce cadre, le contrôle du caractère irrégulier du séjour a été renforcé avec l'accès des caisses à la base VISABIO, permettant ainsi de contrôler l'absence de visa. En 2024, ce contrôle aboutit à une détection de visa dans 1 % des interrogations de la base VISABIO, soit près de 2000 dossiers. Le visa pouvant être en cours ou échoué, cette détection ne donne pas systématiquement lieu à un refus de droits à l'AME. Ainsi, 64 demandes ont été rejetées en 2024 à la suite de la consultation de la base ;

– la réalisation de certaines « **prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence** » <sup>(1)</sup> est subordonnée à un **délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME ne pouvant excéder neuf mois hors dérogation** accordée par le service du contrôle médical de l'assurance maladie. Le nombre de demandes d'accord préalable dans le cadre de cette dérogation est toutefois marginal : les caisses d'assurance maladie ont reçu au total 32 demandes d'accord préalables depuis la mise en œuvre de ce dispositif le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Sur ce total, 23 demandes ont été considérées comme irrecevables en raison d'une ancienneté à l'AME supérieure à 9 mois ou parce qu'il s'agissait d'une prestation dont la prise en charge n'est pas soumise à cette procédure. Sur les 9 demandes rentrant dans le champ de la demande d'accord préalable, une seule a fait l'objet d'un accord de prise en charge ;

– la **centralisation de l'instruction des demandes d'AME** s'est achevée début 2021 avec la mise en place d'un quatrième pôle. Désormais, l'ensemble des caisses d'affiliation a été réparti sur quatre pôles instructeurs (Bobigny, Marseille, Poitiers et Paris). En 2024, le taux de dossiers contrôlés s'établit à 15,5 % : 49 693 dossiers donnant lieu à un accord d'AME ont ainsi fait l'objet d'un contrôle *a priori* et, parmi eux, 1 142 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,3 % des dossiers contrôlés. Ces dossiers présentant une anomalie n'ayant finalement pas donné lieu à une ouverture de droits à l'AME, le montant des préjudices évités est estimé à 2,8 millions d'euros <sup>(2)</sup>.

Une fois le droit accordé, le bénéficiaire doit se rendre à sa caisse d'assurance maladie pour retirer son titre d'admission à l'AME. Celui-ci est remis en mains propres, permettant de confronter le titulaire du titre à la photo transmise. La sécurisation de ce titre est renforcée avec la mise en circulation depuis janvier 2020 d'un nouveau modèle de carte, qui contient un hologramme et dont la production est centralisée et donc plus contrôlée.

---

(1) La nature de ces prestations est précisée dans le décret n° 2020-1 325 du 30 octobre 2020.

(2) Cette dépense évitée est calculée avec les hypothèses suivantes : un seul bénéficiaire par dossier rejeté (sans considérer d'éventuels ayant-droits), sur la base d'une dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de 2 480 euros (donnée de 2023).

### **Des contrôles ciblés *a posteriori***

Les bénéficiaires de l'AME sont inclus, au même titre que les assurés sociaux, dans les programmes nationaux de contrôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). On peut notamment citer :

#### **– Le contrôle des « méga-consommateurs » et des professionnels de santé :**

La CNAM met en œuvre des contrôles ciblés sur les consommations de médicaments ou produits de la liste des produits et prestations (LPP) des assurés et bénéficiaires de l'AME présentant des montants élevés, des anomalies ou atypiques, afin de détecter des recours aux soins abusifs ou des utilisations frauduleuses de la carte Vitale ou de la carte AME. Des contrôles sont effectués en parallèle auprès des professionnels de santé pour déceler les fraudes lors des prescriptions ou facturations.

L'articulation de ces programmes permet de détecter des trafics pouvant impliquer des assurés et bénéficiaires de l'AME, mais aussi le prescripteur et celui qui délivre les médicaments. Il en est de même pour la facturation d'actes fictifs qui peut impliquer la complicité d'un assuré ou d'un bénéficiaire de l'AME.

Toutefois, ces contrôles concernant l'ensemble des bénéficiaires de dépenses prises en charge par l'assurance maladie (assurés et AME), il n'est pas possible, à ce jour, de disposer de résultats selon la catégorie de droit des personnes contrôlées. Le rapporteur spécial souhaite que la CNAM procède à une telle évolution du suivi de ses données de contrôle, afin de permettre une meilleure connaissance de la dépense d'AME.

#### **– Un programme de contrôle rénové de la stabilité de la résidence :**

Un programme national de contrôle est mis en œuvre depuis 2019 afin de vérifier la stabilité de la résidence en France des assurés et bénéficiaires de l'AME. Ce programme s'appuie sur des requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, sur l'exploitation des signalements d'organismes et sur des échanges avec les consulats.

S'agissant des échanges avec les consulats, les signalements sont opérés à l'occasion d'une demande de visa ou d'une naturalisation par mariage. Dès réception d'un signalement, la CNAM le transmet à la CPAM concernée pour investigation.

**• Cependant, les économies générées par ce renforcement des contrôles ont été contrebalancées par le fait que les conditions d'accès à la protection universelle maladie (PUMa) des personnes étrangères ont été restreintes à compter de l'année 2020, ce qui a conduit à augmenter les dépenses d'AME et de soins urgents.** D'une part, un délai de carence de trois mois a été imposé aux demandeurs d'asile avant de pouvoir bénéficier de la PUMa <sup>(1)</sup>. D'autre part, la durée de maintien des droits pour les personnes dont le titre de séjour a expiré a été réduite de 12 à 6 mois.

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

---

(1) Décret n° 2019-1 531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé.

• **Le rapporteur spécial constate plus généralement la lenteur du pouvoir réglementaire à avancer sur des projets de décrets, annoncés parfois depuis plusieurs années, qui permettraient d'étendre les moyens de contrôle des dossiers des bénéficiaires de l'AME.** La DSS a rendu compte, lors de son audition, de l'avancement des travaux entre la CNAM et le ministère de l'Intérieur pour permettre aux CPAM, dans le prolongement de la mise en place de l'accès à VISABIO, de bénéficier d'un accès à France-Visas, qui recense un plus grand nombre de visas. Le rapporteur spécial est conscient de la complexité technique et juridique, notamment au regard du RGPD, de la mise en œuvre d'un tel accès, mais souhaite que les échanges en cours permettent d'aboutir à une solution pérenne. **En revanche, il s'étonne que le projet de décret permettant aux services consulaires d'accéder à la base des bénéficiaires de l'AME, dont il est question depuis 2022, n'ait toujours pas été promulgué, et presse le ministère d'y remédier au plus vite.** L'objectif est d'empêcher l'octroi de visa aux « touristes médicaux », en permettant la détection des personnes qui bénéficieraient d'un droit AME en cours, susceptible de laisser supposer qu'elles ont besoin d'être soignées en France et souhaitent que leurs frais de santé soient alors pris en charge.

**Le rapporteur spécial déplore enfin que les projets de mesures réglementaires, annoncées à la rentrée 2025 par le Gouvernement de M. Bayrou, visant à restreindre la liste des soins pris en charge par l'AME et à étendre le régime de l'accord préalable pour certains soins au-delà du délai de carence actuel de neuf mois, ou encore renforçant les conditions de délivrance de l'AME au moment de l'instruction des demandes, n'aient pas été repris à ce jour,** alors qu'il s'agit pour l'essentiel de recommandations formulées il y a près de deux ans dans le rapport rendu par MM. Évin et Stefanini sur l'AME, en décembre 2023 <sup>(1)</sup>.

***c. Une prestation qui contribue au maintien prolongé sur le sol français des étrangers en situation irrégulière***

Alors que le rapport de la mission menée conjointement par l'IGAS et l'IGF en 2019 jugeait « convaincante » l'hypothèse d'une migration pour soins, au regard de l'atypie observée dans la dépense de soins des bénéficiaires de l'AME <sup>(2)</sup>, le rapport remis en décembre 2023 par MM. Évin et Stefanini <sup>(3)</sup> a formulé un jugement plus prudent sur l'éventuel « appel d'air » que représenterait une prestation d'AME aux contours nettement plus généreux que les prestations équivalentes existant dans les autres pays européens.

---

(1) D'après les informations disponibles dans la presse, et que la DSS a pour partie confirmées au rapporteur spécial, ces projets de décrets ont bien été transmis, à la veille du refus de la confiance par l'Assemblée nationale qui a entraîné la chute du gouvernement le 8 septembre 2025, pour consultation au Conseil national de la CNAM, qui a refusé de les examiner. La DSS a toutefois transmis au rapporteur spécial le projet de décret visant à actualiser la liste des pièces à joindre par les demandeurs de l'AME, en exigeant notamment un document d'identité avec photographie pour mieux contrôler l'identité, en indiquant qu'il pourrait faire l'objet d'une promulgation prochaine.

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

(3) Claude Évin et Patrick Stefanini, *Rapport sur l'aide médicale de l'État*, décembre 2023.

Les auteurs considèrent ainsi que les conditions d'accès à l'AME dite « de droit commun », soumise à des délais de carence depuis 2020, n'accréditent pas l'hypothèse d'une entrée irrégulière sur le territoire spécifiquement motivé par le bénéfice de cette prestation. **En revanche, les autres dispositifs d'AME, et notamment l'AME « soins urgents », qui n'est pas soumise à de telles restrictions d'accès, peuvent constituer une opportunité pour une forme de migration pour soins, qui se matérialise par des soins particulièrement coûteux** <sup>(1)</sup>. Les étrangers en situation irrégulière admis à bénéficier de « soins urgents » peuvent ensuite devenir éligibles à une prise en charge durable dans le cadre de l'AME de droit commun, une fois le délai de carence expiré.

Dans ce cadre, il apparaît que la prestation d'AME, et notamment la continuité entre les dispositifs d'AME « soins urgents » et « de droit commun » nonobstant les nouveaux délais de carence, contribue en tout état de cause au **maintien prolongé sur le sol français des étrangers en situation irrégulière**. La mission menée par MM. Évin et Stefanini met ainsi en avant le fait que la carte de bénéficiaire de l'AME est utilisée de façon fréquente pour justifier d'une présence habituelle en France dans la perspective d'une future régularisation. **Le rapporteur spécial regrette que la durée moyenne de couverture des bénéficiaires de l'AME ne fasse pas l'objet d'un suivi systématique**. Il a toutefois été possible de fournir une évaluation sur la base d'un échantillon de 44 000 dossiers gérés par la CPAM de Paris en avril 2023 : **la durée moyenne de couverture s'établirait ainsi à 3,6 années** <sup>(2)</sup>.

#### RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME SELON LA DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE, AU PREMIER TRIMESTRE 2024

|         | Durée de résidence inférieure à 1 an | Durée de résidence entre 1 an et moins de 2 ans | Durée de résidence entre 2 ans et moins de 3 ans | Durée de résidence supérieure à 3 ans |
|---------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| T4 2024 | 22%                                  | 17%                                             | 9%                                               | 51%                                   |

Source : DSS, d'après les données de la CNAM.

Il est à noter que l'ancienneté de l'ouverture des droits n'est pas sans incidence sur la dépense d'AME. Selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) <sup>(3)</sup>, il existe un lien entre la durée de couverture par l'AME et le niveau d'intégration dans le système de santé. En effet, plus la durée de couverture augmente, plus la probabilité de recourir à la médecine de ville (cabinet, centre de santé) s'accroît, et donc le montant de la dépense moyenne constatée par bénéficiaire.

(1) Le nombre de séances de dialyses pour des étrangers en situation irrégulière au titre de l'AME « soins urgents » est ainsi, d'après le rapport de MM. Évin et Stefanini (p. 58), en très forte hausse entre 2021 et 2022 (+ 118 %), sans commune mesure avec la progression constatée pour les bénéficiaires de l'AME de droit commun (+ 20 %).

(2) Réponse au questionnaire budgétaire.

(3) Irdes, Questions d'économie de la Santé n° 280, juillet/août 2023.

**2. Les crédits proposés ne suffiront pas à rembourser à l'assurance maladie les dépenses engagées pour les bénéficiaires de l'AME**

**Le rapporteur spécial insiste sur l'insincérité de la proposition budgétaire pour 2026**, et met en garde contre les conséquences du gel des crédits sur ce programme, qui n'est susceptible d'emporter aucune maîtrise de la dépense sans réforme de la prestation, dont le coût total, comme établi précédemment, **dépasse désormais 1,5 milliard d'euros**.

**Reconduire en 2026, pour la troisième année consécutive, les crédits votés en LFI 2024 à un niveau déjà à l'époque insuffisant de 1 208,3 millions d'euros, aboutit à masquer le vrai coût de l'immigration illégale**, à la charge non plus seulement du contribuable, selon la logique de solidarité nationale censée gouverner cette prestation, mais également des assurés sociaux : en refusant de présenter à la Représentation nationale, en toute transparence, **la dérive budgétaire de l'AME**, le Gouvernement se défait sur les comptes sociaux d'une dépense qui doit pourtant lui revenir, à charge pour lui de se donner les moyens d'en retrouver la maîtrise.

***a. Pour la troisième année consécutive, l'insincérité de la prévision budgétaire creuse la dette de l'État à l'égard de l'assurance maladie, qui atteindra en fin d'année un montant cumulé de près d'un demi-milliard d'euros***

L'AME, comme toute prestation de guichet, ne constitue pas une dépense aisément pilotable. De fait, les crédits ouverts en loi de finances initiale au titre de l'AME ne compensent jamais à l'euro près le total de la facturation des soins réalisés durant un exercice. Les dépenses réalisées au titre de l'AME sont en effet toujours assumées par les établissements dispensaires des soins, et facturés ensuite aux caisses d'assurance maladie. L'État est ensuite tenu de rembourser ces dépenses à l'assurance maladie. L'existence d'une créance modique de l'État à l'égard de l'assurance maladie, en fin d'exercice budgétaire, est donc normale et devrait être apurée par des mesures de dégel ou d'ouvertures de crédits en fin d'année, pour couvrir les besoins supplémentaires constatés. Ainsi, le ralentissement transitoire de la progression du nombre de bénéficiaires de l'AME du fait de la crise sanitaire avait permis d'apurer presque complètement cette dette, qui ne s'établissait plus qu'au niveau résiduel de 1 million d'euros à régler à l'assurance maladie en fin d'année 2021.

**L'État, qui ne se résout pourtant pas à entreprendre le chantier nécessaire de la réforme de cette prestation, ne semble plus se soucier de laisser courir cette dette, qui depuis 2023 s'accumule pour atteindre un montant d'autant plus déraisonnable qu'il ne sera pas en mesure de la solder**. En effet, l'insuffisance des crédits ouverts en LFI 2023 a abouti au terme de cette exercice budgétaire à une forte hausse de la créance de l'État à l'égard de l'assurance maladie, de l'ordre de 17,3 millions d'euros. La baisse de 4 millions d'euros des crédits ouverts sur le programme 183 en LFI 2024 a logiquement eu pour

conséquence de creuser encore cette dette, alors même que l'année 2024, comme établi par la note d'exécution budgétaire de la Cour des comptes, s'est caractérisée par une forte hausse des dépenses au titre de l'AME : **au 31 décembre 2024, le montant cumulé de cette créance atteint la somme déjà préoccupante de 185 millions d'euros.**

Lors de son audition par le rapporteur spécial, à la fin du mois d'octobre, la DSS a fourni une estimation, au regard du profil de dépense constaté pour l'année en cours, du montant prévisionnel de cette dette en fin d'année : selon que le Gouvernement décide de lever ou non la réserve de précaution (d'un montant de 66,5 millions d'euros), **la dette cumulée de l'État envers l'assurance maladie s'élèverait entre 361,8 et 428,3 millions d'euros en fin d'année 2025.** En effet, la prévision actualisée de dépense revenant à l'État en 2025 est chiffrée à 1 385 millions d'euros <sup>(1)</sup>, soit un écart de 177 millions d'euros représentant près de 15 % de l'enveloppe allouée par le législateur en LFI.

***b. L'apurement de cette dette ne semblant pas à l'ordre du jour, l'AME tend à devenir une dépense cofinancée par l'État et la sécurité sociale***

Le rapporteur spécial ne peut que constater qu'aucun programme d'apurement de cette dette n'est prévu par l'État, comme le manifeste sa proposition de reconduire à l'identique les crédits de l'AME en 2026, alors que **la prévision de dépense pourrait atteindre l'année prochaine 1 410 millions d'euros**, d'après l'estimation fournie par la DSS. L'écart par rapport aux crédits votés serait alors de 202 millions d'euros, **portant la dette de l'État très au-delà du demi-milliard d'euros.**

**Le rapporteur spécial relève que l'absence de règlement à l'assurance maladie de l'écart de dépenses que celle-ci est contrainte d'engager du fait des paramètres de la prestation tels que définis par l'État enfreint la volonté du législateur**, qui a disposé que les dépenses d'AME devaient s'imputer sur le budget de l'État, au nom de la solidarité nationale, *modulo* les dépassements du forfait de 70 millions d'euros prévu au titre des soins urgents <sup>(2)</sup>.

Ce faisant, c'est la nature même de la prestation qui est en cause. Si cette tendance de l'État à se défausser sur la sécurité sociale d'une part croissante de la dépense d'AME se confirme, **cette prestation sera à terme cofinancée par l'État et la Sécurité sociale.** Il est à craindre que le caractère exceptionnel de cette dépense, consentie au titre de la solidarité nationale, ne soit incorporé dans l'ensemble des dépenses sociales que le pays consacre à ses ressortissants, sur un fondement contributif. Il n'est pas acceptable que le déséquilibre des comptes

---

(1) Cette prévision de dépense est ainsi composée de 1 314 millions d'euros au titre de l'AME de droit commun, à laquelle s'ajoute la dotation forfaitaire de 70 millions d'euros pour les soins urgents, dont l'insuffisance implique une dépense équivalente pour l'assurance maladie qui ne peut en réclamer le remboursement à l'État, et 1 million d'euros pour les autres dispositifs d'AME. La dépense réelle pour les soins urgents est en effet attendue à 140 millions d'euros.

(2) Dispositions des articles L. 253-2 et L. 254-1 du CASF.

sociaux soit aggravé par la dérive budgétaire d'une prestation aux contours trop généreux au regard des dispositifs comparables existants chez nos voisins européens.

Alors que des efforts sont demandés aux Français dans le contexte très dégradé des finances publiques, à l'instar de la hausse des franchises médicales prévue dans le PLFSS pour 2026, l'AME ne saurait continuer à être délivrée, gratuitement, à des étrangers présents irrégulièrement sur le territoire français, sans chercher à y apporter les restrictions qu'appelle une dépense manifestement à la dérive. **Le rapporteur spécial estime qu'il est temps d'avoir un débat pragmatique sur les paramètres de cette prestation**, qui ne doit pas être l'otage de considérations politiques excessives la tenant soit pour un symbole inaliénable, soit pour un repoussoir. Le refus d'engager ce débat ne peut conduire qu'à accentuer encore le poids de cette dépense d'AME et à remettre en question sa justification aux yeux des contribuables.

### **3. L'aide médicale de l'État doit être réformée pour répondre strictement à ses objectifs humanitaires et sanitaires, conformément aux standards des pays européens**

Le rapporteur spécial ne disconvient pas de la nécessité d'une prestation d'aide médicale de l'État pour prendre en charge les soins des étrangers en situation irrégulière. Tout en répondant à des considérations humanitaires, l'AME permet de dispenser des soins sans attendre l'aggravation de l'état de santé qui nécessiterait une prise en charge plus coûteuse pour la collectivité. L'AME répond aussi à des objectifs de santé publique, en permettant le suivi de l'état de santé de l'ensemble de la population présente sur le territoire français, et prévenir des risques épidémiologiques.

S'il ne s'agit donc pas de remettre en cause la pertinence de cette dépense de solidarité nationale, **le rapporteur spécial est préoccupé par son acceptation sociale et sa soutenabilité financière, et préconise sa transformation en aide médicale d'urgence (AMU)**, aux contours plus larges que le dispositif actuel des soins urgents prévu à l'article L. 254-1 du CASF, mais dont la délivrance serait plus stricte et plus contrôlée. *A minima*, une adaptation des paramètres de l'AME, concernant le panier de soins et les critères d'éligibilité, conformément aux recommandations du rapport Évin-Stefanini, permettrait d'engager la maîtrise de la dépense d'AME.

#### ***a. La transformation de l'AME en aide médicale d'urgence permettrait d'aligner la prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière sur le cadre existant dans d'autres pays européens***

**L'étendue des soins pris en charge dans le cadre de l'AME est beaucoup plus large que dans les autres pays européens.** En 2019, le rapport conjoint de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relevait que l'AME « *figure parmi les [dispositifs les] plus*

*généreux d'Europe* » <sup>(1)</sup>. Dans son rapport de juillet 2025, le sénateur Vincent Delahaye formule le même constat <sup>(2)</sup> : dans la majeure partie des pays européens étudiés, l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est plus restreint que celui offert par l'AME française.

- Certains pays limitent strictement la prise en charge aux soins urgents. Au Danemark, seuls les soins hospitaliers urgents sont gratuits ; les soins liés à la grossesse et à la prévention peuvent faire l'objet d'une participation financière (franchise).

- D'autres pays offrent un panier plus large, mais clairement en-deçà des soins minimums fournis aux étrangers en situation régulière ou *a fortiori* à leurs ressortissants. En Allemagne, au Royaume-Uni, en Suède ou en Italie, si les soins urgents et ceux nécessaires au traitement des maladies et douleurs aiguës, ainsi que la grossesse et certaines actions de prophylaxie (schéma vaccinal) sont systématiquement pris en charge, les soins programmés, les maladies chroniques, la rééducation ou certains soins hospitaliers sont exclus ou soumis à autorisation préalable, sans que cet accord préalable soit limité au seul délai de carence de neuf mois, comme en France.

- Il existe certes des pays présentant des dispositifs comparables à l'AME française, comme la Belgique ou l'Espagne, dont le panier de soins pour les étrangers en situation irrégulière présente peu de limitations par rapport aux soins remboursés pour les assurés sociaux. En tout état de cause, la France se situe plutôt dans le haut du classement des systèmes les plus protecteurs, ce qui, au regard tant du flux de l'immigration illégale que de la situation des comptes publics, ne peut se justifier.

Actuellement, le panier de soins de l'AME est proche du panier de soins de droit commun de la protection maladie universelle et ne comprend que deux exclusions relatives :

- aux actes, produits et prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important (ainsi des cures thermales) ;

- aux actes, produits et prestations lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie.

---

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

(2) *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances du Sénat par M. Vincent Delahaye, juillet 2025.*

**Partant de ce constat, le rapporteur spécial a déposé un amendement portant article additionnel rattaché à la mission Santé<sup>(1)</sup>, afin d'acter la transformation de l'aide médicale de l'État en aide médicale d'urgence (AMU).** Il s'agit de recentrer le dispositif sur la **prise en charge des situations les plus graves et sous réserve du paiement d'un droit de timbre**. Le ministre chargé de l'action sociale conserverait néanmoins sa faculté d'accorder l'AMU par décision individuelle afin de pouvoir répondre aux situations exceptionnelles. Le panier de soins serait limité à la prophylaxie et au traitement des maladies graves et des douleurs aiguës, aux soins liés à la grossesse et ses suites, les vaccinations réglementaires, ainsi que les examens de médecine préventive. Par ailleurs, le dispositif des soins urgents, plus restreint, continuerait de bénéficier, dans les conditions actuelles, aux étrangers en situation irrégulière ne satisfaisant pas à la condition de résidence ininterrompue de trois mois sur le sol national.

Le rapporteur spécial estime que la transformation de l'AME en AMU pourrait représenter une économie d'au moins 400 millions d'euros par rapport à la dépense constatée en 2024.

***b. A minima, le rapport Évin-Stefanini a indiqué les priorités à mettre en œuvre pour corriger les anomalies du dispositif actuel***

Le rapporteur spécial considère que la transformation de l'AME en AMU est le seul moyen de réduire significativement la dépense de soins pour les étrangers en situation irrégulière et de la maintenir à un niveau soutenable pour la solidarité nationale. Cependant, à périmètre constant, des modifications peuvent être apportées par le législateur pour améliorer l'acceptabilité sociale de l'AME en éliminant les anomalies du dispositif actuel. **Le rapporteur spécial plaide pour une mise en œuvre de l'ensemble des recommandations de nature législative portées par MM. Evin et Stefanini dans leur rapport de décembre 2023, et rappelle que sa prédécesseure, Mme Véronique Louwagie, a déposé à cette fin une proposition de loi (n° 238) le 17 septembre 2024.**

Le rapporteur spécial estime ainsi indispensable **d'apprécier les ressources des bénéficiaires de l'AME en prenant en compte également celles du conjoint**, afin d'aligner les conditions d'accès à la prestation AME sur le droit commun de la sécurité sociale<sup>(2)</sup>. D'autre part, il conviendrait de **réserver la qualité d'ayant-droit d'un bénéficiaire de l'AME aux seuls enfants mineurs**, comme cela est prévu pour la protection universelle maladie<sup>(3)</sup>. L'émancipation des majeurs ayants-droits permettrait de soumettre leur situation à un contrôle individualisé au moment de l'octroi de la carte AME, ce qui constitue une charge supplémentaire pour les caisses chargées d'instruire les dossiers, mais les évolutions du panier de soins prévues par ailleurs permettraient largement de supporter cette charge administrative supplémentaire. De la même façon, le rapporteur spécial souhaite

---

(1) Amendement n° II-CF2609.

(2) Amendement n° II-CF2008.

(3) Amendement n° II-CF2616.

**resserrer la vérification des conditions d'accès à l'AME en imposant la présence physique du demandeur** lors du dépôt de son dossier d'ouverture ou de renouvellement de droits <sup>(1)</sup>.

D'autres restrictions à l'éligibilité à l'AME s'imposent au regard de l'effort de solidarité consenti par les contribuables pour le financement de cette prestation. En particulier, il n'est pas acceptable que **les personnes frappées d'une mesure d'éloignement du territoire pour motif d'ordre public** (arrêté d'expulsion, interdiction du territoire français ou obligation de quitter le territoire français) puissent continuer à bénéficier de l'AME <sup>(2)</sup>. Seul le dispositif des « soins urgents » continuerait à leur être accessible, en l'attente d'une exécution de la mesure administrative dont ils sont frappés.

Par ailleurs, la solidarité nationale ne peut supporter sans limite le coût de soins chroniques et lourds en l'absence de toute participation des bénéficiaires. Le rapporteur spécial souhaite soumettre la prise en charge de tels soins à la **vérification préalable qu'il n'existe pas d'alternative médicale dans le pays d'origine des demandeurs** <sup>(3)</sup>. La poursuite éventuelle de tels soins pourrait être soumise à l'autorisation du collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, sur la base de l'offre de soins existant dans le pays d'origine. De même, le **régime soumettant à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie certains soins, déterminés par décret et correspondant à des « prestations programmées ne revêtant pas un caractère d'urgence »**, institué en 2021 pour les nouveaux bénéficiaires de l'AME (délai de carence de neuf mois, **devrait être généralisé pour l'ensemble des bénéficiaires**, permettant un meilleur contrôle de l'opportunité de la délivrance des soins et pour rappeler que l'AME ne peut avoir le caractère d'une prise en charge inconditionnelle <sup>(4)</sup>. La restriction du panier de soins apparaît nécessaire, tant pour des raisons d'équité à l'égard des assurés sociaux qui ne peuvent bénéficier de la gratuité, que de maîtrise de la dépense <sup>(5)</sup>. Plus largement, le rapporteur spécial considère justifié de revenir à un **régime de franchise sur chaque soin et médicament pris en charge par l'AME**, tel qu'il avait été institué en 2011 avant d'être supprimé suite à l'élection présidentielle de 2012 <sup>(6)</sup>.

Enfin, **la situation spécifique de la Guyane** justifie des restrictions pour répondre à la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME dans ce territoire, représentant actuellement **10 % de l'ensemble des bénéficiaires** (39 814 bénéficiaires au 30 juin 2023, ce qui place la Guyane au troisième rang des départements français pour le nombre de bénéficiaires de l'AME).

---

(1) Amendement n° II-CF2614.

(2) Amendement n° II-CF2615.

(3) Amendement n° II-CF2617.

(4) Amendement n° II-CF2131 du groupe Droite républicaine, cosigné par le rapporteur spécial.

(5) Amendement n° II-CF2024.

(6) Amendement n° II-CF2129 du groupe Droite républicaine, cosigné par le rapporteur spécial.

## B. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE : UNE CONTRIBUTION STABLE DU BUDGET DE L'ÉTAT

L'utilisation de l'amiante est interdite en France depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le **fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante** a été créé (sous la forme d'un établissement public administratif) par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dans le but d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent au total un peu **plus de 7,7 milliards d'euros** au 31 décembre 2024.

Les ressources du FIVA relèvent pour l'essentiel du budget de la sécurité sociale (branche AT-MP), puisque 85 % des personnes indemnisées ont bénéficié d'une reconnaissance en maladie professionnelle, mais une dotation de l'État est inscrite en loi de finances sur la mission *Santé*, au titre de la solidarité nationale à l'égard des victimes de l'amiante dans un cadre non professionnel (environnement, famille). Il est à noter que le FIVA bénéficie également de ressources propres issues des actions subrogatoires qu'il engage en cas de faute inexcusable de l'employeur, lesquelles s'élèvent généralement autour de 30 millions d'euros chaque année.

Les demandes enregistrées sur le premier semestre de l'année 2025 (9 350 demandes) marquent une baisse de 2,7 % par rapport à la même période de l'année précédente. Le montant total des dépenses d'indemnisation du FIVA en 2025 s'élèverait à 415 millions d'euros. La dotation de la branche AT-MP a été fixée à 465 millions d'euros et la dotation de l'État à 8 millions d'euros (LFI pour 2025).

Le coût moyen d'un dossier est estimé à 58 100 euros pour les victimes et 11 700 euros pour les ayants-droit. En 2025, les niveaux d'indemnisation ont augmenté en raison de l'indexation du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux et des rentes, votée par le conseil d'administration du FIVA.

Pour 2026, la prévision repose sur un niveau de demandes en hausse de 4,7 %. Les dépenses d'indemnisation devraient augmenter pour atteindre 449 millions d'euros. La dotation de l'Etat demeurerait inchangée en 2026 comme depuis 2017, à 8 millions d'euros. La dotation de la branche AT/MP diminuerait, quant à elle, de 78 millions d'euros. Le fonds de roulement se maintiendrait à un niveau satisfaisant de 58,2 millions d'euros.

Il convient enfin de noter que les mesures de rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM ne sont plus à l'ordre du jour. **Des possibilités de mutualisation des fonctions supports entre les deux établissements pourraient toutefois être examinées**, dans le prolongement de la mission conjointe de l'IGF et de l'IGAS de 2021 <sup>(1)</sup>.

---

(1) *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé - Enjeux et modalités du rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM, janvier 2021.*

### C. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183

Trois dépenses fiscales sont rattachées au programme 183 *Protection maladie* pour les victimes indemnisées par le FIVA, pour un montant estimé à 542 millions d’euros, stable par rapport à l’année précédente.

#### DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 183

| Dépense fiscale                                                                                                                                                                             | Chiffrage 2026         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 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 | 533 millions d’euros   |
| Exonération des indemnités versées aux victimes de l’amiante                                                                                                                                | 9 millions d’euros     |
| Déduction de l’actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie                                             | Dépense non chiffrable |

Source : projet annuel de performances pour 2026.

Le nombre de ménages ayant perçu des indemnités versées aux victimes de l’amiante et bénéficiaires en 2023 de l’exonération de l’impôt sur le revenu est de 13 256. Ce nombre n’est pas connu pour les deux autres dépenses fiscales contribuant au programme 183.

## II. LE PROGRAMME 204 PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS : DES DÉPENSES DE SOUTIEN À LA POLITIQUE DE SANTÉ POUR UN MONTANT EN BAISSÉ

Le programme 204 *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* finance la politique de modernisation de l'offre de soins, le pilotage de la politique de santé publique, des mesures de prévention et d'autres actions sanitaires. Le PLF pour 2026 dote ce programme de moyens à hauteur de **210,5 millions d'euros en AE** et de **213,8 millions d'euros en CP**, soit une baisse respectivement de 4 % et 1 % par rapport à la LFI pour 2025.

### ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PROGRAMME 204

(en millions d'euros)

|                                                                                                   | LFI 2025     |              | PLF 2026     |              | Évolution 2025- 2026<br>(en %) |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------------|----------------|
|                                                                                                   | AE           | CP           | AE           | CP           | AE                             | CP             |
| <b>Programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>                             | <b>219,5</b> | <b>211,7</b> | <b>210,5</b> | <b>213,8</b> | <b>– 4,1 %</b>                 | <b>– 1,0 %</b> |
| <i>Pilotage de la politique de santé publique</i> (action n° 11)                                  | 52,7         | 52,7         | 44,9         | 44,9         | – 14,9 %                       | – 14,8 %       |
| <i>Santé des populations</i> (action n° 12)                                                       | 0,9          | 0,9          | 0,9          | 0,9          | –                              | –              |
| <i>Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades</i> (action n° 14)            | 43,5         | 43,5         | 53,1         | 53,1         | + 22,1 %                       | + 22,1 %       |
| <i>Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation</i> (action n° 15)           | 28,3         | 28,3         | 28,1         | 28,1         | – 0,6 %                        | – 0,6 %        |
| <i>Veille et sécurité sanitaire</i> (action 16)                                                   | 19,4         | 19,4         | 7,6          | 7,6          | – 60,8 %                       | – 60,8 %       |
| <i>Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins</i> (action n° 17) | 4,3          | 4,3          | 4,3          | 4,3          | –                              | –              |
| <i>Modernisation de l'offre de soins</i> (action n° 19)                                           | 70,3         | 62,5         | 71,5         | 74,8         | + 1,7 %                        | + 19,7 %       |

Source : projet annuel de performances pour 2026 du programme 204.

La baisse des crédits demeure limitée sur l'ensemble du programme, mais des réallocations de crédits peuvent être constatées, avec la poursuite de la diminution des financements pour l'action 11 *Pilotage de la politique de santé publique* et surtout pour l'action 16 *Veille et sécurité sanitaire*, qui bénéficie par ailleurs de fonds de concours, et à l'inverse des moyens supplémentaires pour la prévention des cancers sur l'action 14.

Ces mouvements de crédits résultent principalement de la hausse de la subvention versée par l'État à deux opérateurs, l'Institut national du cancer (INCa), d'une part (+ 9,6 millions d'euros), et l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (ONIAM), d'autre part (+ 3,8 millions d'euros), ainsi que de la poursuite de la contribution de l'État (+ 3 millions d'euros) à la résorption du déficit de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, qui doit dès maintenant repenser son modèle de financement afin de moins peser sur la solidarité nationale.

## **A. LE SOUTIEN À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE : ACTIONS DE PILOTAGE, DE VEILLE SANITAIRE ET D'ANTICIPATION DES CRISES**

### **1. L'anticipation et la gestion des crises sanitaires : la réduction des crédits marque la fermeture d'un cycle de dépenses largement abondées par des fonds de concours européens depuis 2020**

- Les crédits proposés par le PLF pour 2026 sur l'action 16 *Veille et sécurité sanitaire* continuent de diminuer fortement (– 66 % en 2025 et encore – 60 % en 2026) marquant un retour au périmètre hors temps de crise. Cette action avait bénéficié de fonds de concours européens importants, avec une enveloppe de 338 millions d'euros sur trois ans pilotée au niveau interministériel par la DGS pour la constitution, le stockage et l'entretien de contre-mesures face aux risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques) et pandémiques (stocks européens RescUE). Il s'agit de stocks de deuxième niveau complétant les stocks nationaux, mais ne s'y substituant pas. Pour l'année 2026, seuls des crédits budgétaires seront mobilisés à hauteur de 3,2 millions d'euros.

Outre RescUE, quatre fonds de concours étaient rattachés au sein du programme 204. Le « fonds de concours Covid », supportant les dépenses en lien avec la gestion de la crise sanitaire (achats de matériels et de prestations), a été clôturé au mois de décembre 2024 par le décret n° 2 024-685, conformément à une recommandation de la Cour des comptes, permettant le versement d'un reliquat de 25 000 euros à Santé publique France (SPF). Il s'agissait du second reversement effectué par la direction générale de la santé (DGS) dans le cadre de la gestion de ce fonds de concours, le premier étant intervenu avec le décret n° 2023-1 158 du 9 décembre 2023.

Deux autres fonds de concours, percevant des recettes moins élevées, demeurent rattachés au programme 204 en 2026 :

- un fonds de concours finançant des actions innovantes dans le domaine de la santé, correspondant à des appels à projets européens remportés par la France (projet « Jardin » d'actions conjointes pour les maladies rares, finançant des conventions avec l'INSERM, l'AP-HP et les hôpitaux de Lyon, pour un montant total de 698 656 euros) ;

– un fonds de concours européen pour la modernisation de l’offre de soins : les financements obtenus dans le cadre du partenariat européen (*Grant agreement THCS*) doivent notamment permettre l’établissement d’une convention avec l’INSERM.

De façon général, le rapporteur spécial regrette que les volumes abondés par la Commission européenne via ces fonds de concours ne fasse l’objet que d’une présentation parcellaire dans la documentation budgétaire. La prévision des montants à percevoir n’est pas clairement affichée dans les projets annuels de performance accompagnant le PLF, tandis que des versements importants sont constatés dans la documentation accompagnant les projets de loi de fin de gestion ou les projets de loi de règlement. Ainsi, en 2024, les crédits non budgétaires s’élevaient au total conséquent de 160 millions d’euros, au regard de l’enveloppe allouée au programme 204 par la LFI pour 2024 (266 millions d’euros).

#### LES FONDS DE CONCOURS RATTACHÉS AU PROGRAMME 204

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1-00587 | Financements européens pour des actions innovantes dans le domaine de la santé.                                                                                                                                                                                                      |
| 1-1-00315 | Constitution d’un stock de produits médicaux et non médicaux en cas de pandémie ou d’évènement nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) : programme RescUE depuis 2023.                                                                                                |
| 1-1-00715 | Financements européens pour la modernisation de l’offre de soins (pilotage par la DGOS)                                                                                                                                                                                              |
| 1-2-00640 | Participations diverses aux politiques de prévention, de sécurité sanitaire et d’offre de soins - programme 204 ( <b>dans le cadre de la crise COVID</b> ).<br><br><b>Ce dernier fonds a été clôturé en décembre 2024, conformément à une recommandation de la Cour des Comptes.</b> |

Source : réponse au questionnaire budgétaire du rapporteur spécial.

● L’action 11 *Pilotage de la politique de santé publique* portait également des mesures issues de la gestion de la crise sanitaire destinées à recevoir des financements pérennes. C’est le cas en particulier du système d’information « LABOé-SI », dont la mise en service a été effectuée le 30 mai 2024, qui a pour objectif de capitaliser sur l’expérience acquise dans le champ du dépistage biologique (système d’information de dépistage populationnel de la Covid-19, SI-DEP). Actuellement, 2 500 laboratoires participent au dispositif « LABOé-SI », avec 12 000 résultats de tests reçus quotidiennement. Les crédits concernés sur l’action 11 feront l’objet en 2026 d’un transfert vers le programme budgétaire 155 *Soutien des ministères sociaux* représentant une moindre de dépense de 3 millions d’euros sur le programme 204.

## 2. La hausse de la dotation de l’ONIAM ne paraît pas suffisante au regard du dynamisme des dépôts de dossiers d’indemnisation

L’action 11 *Pilotage de la santé publique* porte en particulier la dotation allouée à l’Office national d’indemnisation des victimes d’accidents médicaux (ONIAM), dont le montant proposé par le PLF pour 2026 est en hausse de

3,8 millions d’euros, à **34,5 millions d’euros** contre 30,8 millions d’euros en LFI 2025 <sup>(1)</sup>. Cette hausse permettra d’absorber la revalorisation du barème d’indemnisation, mais non de suivre l’augmentation observée depuis 2024 des demandes d’indemnisation sur le dossier de la Dépakine <sup>(2)</sup>, résultat de la campagne de communication à destination des victimes potentielles à la suite de l’amendement de la députée Véronique Louwagie adopté en LFI pour 2024 <sup>(3)</sup>. L’ONIAM alerte depuis plusieurs années sur le décalage entre l’enveloppe budgétaire allouée et les besoins en exécution : la direction générale de la santé (DGS) a indiqué au rapporteur spécial que la prévision d’exécution pour l’année en cours s’élevait désormais à 52 millions d’euros.

### **Le contrat d’objectif et de performance (COP) 2025-2027 de l’ONIAM**

Le nouveau COP 2025-2027 liant l’ONIAM au ministère de la Santé a été signé le 29 juillet 2025. Ce nouveau COP traduit notamment les recommandations figurant dans le rapport de l’IGAS de juillet 2024 sur l’évaluation du COP 2021-2024 de l’ONIAM.

Le nouveau COP est organisé en trois axes stratégiques, qui comportent chacun plusieurs objectifs auxquels sont liées des actions concrètes devant être mises en œuvre :

- axe 1 : améliorer le service rendu aux usagers, autour des enjeux d’information et d’accompagnement sur les dispositifs d’indemnisation amiable ;
- axe 2 : améliorer les outils de l’ONIAM au service du processus d’indemnisation, via le déploiement d’un nouveau système d’information (SI) permettant d’assurer un meilleur suivi des demandes, de mieux maîtriser les délais de traitement et d’améliorer la performance des actions de recouvrement ;
- axe 3 : améliorer le pilotage stratégique et l’efficacité du dispositif d’indemnisation amiable par l’anticipation.

### **3. Les autres dépenses de soutien à la politique de santé publique**

Le programme 204 porte également des dépenses composites qui viennent en soutien à la politique de santé publique.

● Outre les dépenses évoquées précédemment, l’action 11 finance d’autres actions relatives au pilotage, au soutien et aux partenariats relayant la politique de santé publique. **Le rapporteur spécial regrette que les crédits envisagés pour**

---

(1) Cette dotation correspond pour les 3/4 au dispositif amiable d’indemnisation des victimes de la Dépakine et pour 1/4 environ aux indemnisations liées aux vaccinations obligatoires et aux mesures sanitaires d’urgence.

(2) La Dépakine (et ses dérivés) est un médicament utilisé dans le traitement de l’épilepsie et des troubles bipolaires dont la prise in utero (pendant une grossesse) est susceptible d’être à l’origine de graves malformations et de troubles du développement neurologique chez l’enfant. La loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 a créé un dispositif d’indemnisation destiné à « faciliter l’indemnisation amiable des dommages résultant de la prescription de valproate de sodium ou de l’un de ses dérivés pendant une grossesse et d’assurer la réparation intégrale des préjudices imputables à cette prescription ».

(3) 1 million d’euros supplémentaire au titre de l’enveloppe fléchée permettant la mise en œuvre d’actions d’informations de toutes les personnes susceptibles d’avoir été victimes de la Dépakine de la possibilité de recourir à l’ONIAM.

chacune de ces sous-actions ne fassent pas l'objet d'une présentation plus détaillée dans le projet annuel de performance accompagnant le PLF pour 2026. Toutefois, il est possible de mentionner au titre de ces dépenses, le fonctionnement de la Conférence nationale de santé (CNF), instance de consultation à la disposition du Gouvernement pour l'élaboration de la stratégie nationale de santé (SNS), le financement pluriannuel apporté par la France à l'Académie de l'OMS, les financements complémentaires apportés à différentes études et recherches, ainsi que le soutien à des actions de veille, surveillance, évaluation et expertise dont le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

- L'action 12 *Santé des populations* porte l'essentiel du financement octroyé par le ministère de la santé et de l'accès aux soins à diverses associations en fonction des priorités de la politique gouvernementale, à hauteur de 0,9 million d'euros (montant inchangé). Ces financements soutiennent également des actions en direction des personnes migrantes, exilées ou encore des populations roms et des gens du voyage. Cette action finance enfin, de façon subsidiaire, des mesures en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, s'inscrivant dans le cadre de la feuille de route interministérielle des 1 000 premiers jours.

- L'action 17 *Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* finance, comme en 2025 à hauteur de 4,3 millions d'euros en AE et en CP, des actions relatives aux comités de protection des personnes (CPP). La mission de ces comités est de veiller à la protection des personnes participant aux recherches impliquant la personne humaine en s'assurant du bien-fondé d'un projet de recherche.

## B. UN RENFORCEMENT DES MOYENS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Les actions 14 et 15 du programme 204 financent des actions de prévention en santé pour un **montant cumulé de 81,2 millions d'euros** (+ 4,2 millions d'euros par rapport à la LFI pour 2025).

Ces deux actions portent en outre l'essentiel du **soutien aux associations**, dans le cadre de la stratégie des partenariats associatifs adoptée par la direction générale de la santé (DGS) en 2017. Plus de 100 associations sont subventionnées par la DGS pour un montant avoisinant les 12 millions d'euros. Pour 2026, il est proposé de sécuriser et simplifier l'attribution des subventions versées aux associations intervenant dans le champ de la santé publique et de déterminer des priorités d'actions au regard du projet stratégique de la DGS.

### 1. Conformément à la loi du 30 juin 2025, les nouvelles missions de l'Institut national du cancer (INCa) justifient une hausse de sa dotation

La subvention pour charges de service public (SCSP) accordé à l'Institut national du cancer (INCa) bénéficie d'une **forte hausse de 9 millions d'euros, pour atteindre 41,8 millions d'euros**, imputés sur les crédits de l'action 14 (près de 78 % des crédits).

Cette budgétisation résulte des nouvelles missions confiées à l'INCa par la loi du 30 juin 2025 créant un registre national des cancers, et de la nouvelle feuille de route présentée par cet opérateur au Gouvernement pour la deuxième période (2026-2030) de la stratégie décennale de lutte contre le cancer. Pour rappel, la première période (2021-2025) était dotée d'un budget global de 1,74 milliard d'euros.

Le schéma d'emplois de l'INCa progresse d'une unité et s'établit à 152 ETPT dont 132 sous plafond.

#### **Création du registre national des cancers (loi du 30 juin 2025)**

La **loi n° 2025-596 du 30 juin 2025**, adoptée à l'unanimité par le Sénat puis l'Assemblée nationale, met en place un **registre national des cancers afin de doter la France d'un outil épidémiologique centralisé pour le suivi, la prévention et la recherche sur les cancers**.

Jusqu'à présent, la France ne disposait que de 33 registres locaux ou spécialisés, couvrant moins d'un quart de la population, ce qui limitait la fiabilité et la représentativité des données nationales. La France accusait en la matière un retard certain, puisque vingt-deux pays européens ont déjà mis en œuvre un registre national des cancers.

La gestion de ce registre est confiée à l'Institut national du cancer (INCa), déjà chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer (art. L. 1415-2), qui peut mettre ses données à disposition d'organismes publics ou privés à des fins de recherche, d'études ou d'évaluations.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, précisera les modalités de collecte, de traitement et d'appariement des données de santé. Les données seront hébergées sur un cloud souverain en France.

Le registre sera alimenté à partir :

- des registres existants, appelés à devenir des composantes du dispositif national ;
- de nouvelles zones de couverture, notamment urbaines ou à risque industriel (sites Seveso) ;
- de sources de données multiples (hospitalières, médico-administratives, épidémiologiques).

Le coût estimé de mise en œuvre est de 6 à 8 millions d'euros supplémentaires, par rapport au budget actuel consacré aux registres locaux, estimé entre 10 et 12 millions.

Cette augmentation bienvenue des moyens de l'INCa, dont la situation budgétaire paraissait délicate du fait de la trajectoire baissière de la SCSP depuis 2021, devra s'accompagner de mesures d'efficience et d'optimisation des moyens, en concentrant ses efforts sur la coordination de la recherche, sa raison d'être, et en articulant mieux ses actions de sensibilisation et de communication avec les autres organismes comme Santé publique France (SPF) et les agences de santé, conformément aux recommandations formulées par la Cour des comptes dans un récent rapport <sup>(1)</sup>.

---

(1) Rapport de la Cour des comptes du 2 octobre 2025 sur l'Institut national du cancer.

## **2. Les autres actions de prévention en santé**

### **i. L'action 14 Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades**

Le PLF pour 2026 prévoit de doter l'action 14 d'un crédit de 53,1 millions d'euros, soit un montant en hausse de 22 % par rapport au précédent budget.

- Outre la dotation de l'INCa, cette action rassemble les crédits de politiques publiques destinées à améliorer la prévention des maladies chroniques et la qualité de vie des malades et de leurs proches. Elle concerne donc une très grande diversité de pathologies (maladies neurodégénératives, maladies liées au vieillissement, cancers, santé mentale, santé sexuelle <sup>(1)</sup>, VIH, IST, hépatites, tuberculose, etc.).

- Le rapporteur spécial déplore que la ventilation des crédits ne soit pas précisée dans les documents budgétaires entre ces différentes sous-actions. La grande cause nationale en santé mentale, annoncée par le Gouvernement à l'automne 2025, a donné lieu à un renforcement des actions de prévention, la création d'un site dédié « [santementale.info](https://santementale.info) », opérée par Santé publique France, et une campagne de communication à travers différents médias et réseaux sociaux.

Par ailleurs, le rapporteur spécial a présenté un amendement (amendement n° II-CF2015) visant à développer des actions de prévention de l'endométriose, pathologie douloureusement handicapante qui touche, selon l'OMS, près de 10 % des femmes en âge de procréer dans le monde. Un effort spécifique doit être déployé pour permettre un diagnostic plus précoce et une meilleure information des praticiens de santé.

---

*(1) La troisième feuille de route pour la stratégie nationale de santé sexuelle 2025-2030 est en cours d'élaboration.*

### **L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)**

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) est un groupement d'intérêt public (GIP), à durée indéterminée depuis 2018, constitué entre dix ministères, la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), représentant l'État.

L'action 14 du programme 204 contribue au financement de l'activité d'observation et d'évaluation de l'OFDT dans le champ des substances psychoactives licites et illicites, ainsi que des addictions sans substances (jeux d'argent et de hasard notamment).

En particulier, des enquêtes sont menées en population générale et auprès de publics spécifiques, et des dispositifs d'observation qualitatifs sont mis en place au titre de la veille sanitaire. L'OFDT s'attache également à analyser et synthétiser les données disponibles relatives aux drogues et aux conduites addictives émanant de sources différentes, en vue d'une mise à disposition des informations scientifiquement validées. L'OFDT assure ainsi un rôle d'aide à la décision publique en apportant son concours au suivi des plans nationaux de mobilisation contre les addictions.

L'OFDT est financé à titre principal par une subvention pour charge de service public (SCSP), versée par la MILDECA dont l'OFDT est un opérateur. Cette subvention était de 2 707 257 euros en 2025 (en diminution de 200 000 euros par rapport à 2024). Les recettes de l'OFDT sont complétées par une contribution financière de certains des ministères membres du GIP (50 000 euros au total en LFI 2025), ainsi que par une subvention de 100 000 euros par an de la part de l'Agence européenne des drogues pour la réalisation des missions relatives au Point focal national. **En 2025, la contribution du ministère chargé de la santé s'élevait à 50 000 euros, somme imputée sur le programme budgétaire 204.**

● L'action 14 participe enfin au financement des études prévues par la convention AERAS (« s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »), signée en 2006 entre le secteur de la bancassurance, des associations de malades et le ministère de santé. En 2024, trois nouvelles études ont été financées, via des conventions, sur les sujets d'invalidité et d'arrêt de travail (entre l'INSERM et Aix-Marseille Université) pour un coût de 178 000 euros, sur l'hémophilie avec l'APHM pour un coût de 111 750 euros et sur l'insuffisance rénale avec l'agence de biomédecine pour un coût de 90 613 euros. Par ailleurs, les droits des malades ont été davantage pris en compte par la loi du 28 février 2022 dite « loi Lemoine », qui a notamment acté, sur le fondement d'études menées précédemment dans le cadre de la convention AERAS, des évolutions importantes comme l'interdiction de procéder à un questionnaire de santé pour les prêts immobiliers dont la quotité est inférieure à 200 000 euros, pour tous les emprunteurs de moins de 60 ans, ou la réduction à 5 ans du droit à l'oubli après une pathologie lourde.

ii. L'action 15 Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Le PLF pour 2026 prévoit de doter l'action 15 d'un crédit de 28,1 millions d'euros, soit un montant en léger repli (– 0,6 %) par rapport au budget 2025.

- Cette action contribue principalement au **financement de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** <sup>(1)</sup>, à hauteur de **23,3 millions d'euros en AE et en CP**, un montant inchangé par rapport à 2025 mais en baisse de 1,7 million d'euros par rapport à 2024.

- L'action 15 participe également au financement du Plan Chlordécone IV, pour un montant deux fois moins élevé que les années précédentes (483 000 euros contre 802 000 euros), du fait de la réduction des crédits alloués au programme 204 en LFI pour 2025. Le PLF pour 2026 prévoit de maintenir ces crédits, qui financent principalement des études de santé portées par des agences d'expertises (Inserm, Anses, Santé publique France) permettant la mise en œuvre du plan chlordécone notamment dans ses stratégies Recherche et Santé. La direction générale de la santé copilote le plan national et anime la coordination du système des agences sanitaires, opérateurs très mobilisés dans la réalisation des actions du plan.

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

- l'analyse de chlordécone dans le sang est gratuite pour tous avec un parcours d'accompagnement gradué en fonction des résultats d'analyses ;
- les analyses de sols sont gratuites pour les agriculteurs et les particuliers ;
- une aide financière aux pêcheurs impactés par cette pollution ;
- le déploiement du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides opérationnel, et son accès est facilité par la reconnaissance du cancer de la prostate comme maladie professionnelle liée à une exposition aux pesticides (FIVP) depuis fin 2021 ;
- de nombreux travaux de recherche sont engagés et, dernièrement, un appel à projets dédié a permis de sélectionner six projets sur la dépollution des sols.

Au 31 juillet 2025, 281 demandes de reconnaissance de maladies professionnelles ont été présentées dans les Antilles au titre de l'indemnisation d'une exposition professionnelle aux pesticides, 117 en Guadeloupe et 164 en Martinique. Parmi ces dossiers, 205 ont fait l'objet d'une notification d'accord et 45 d'une notification de refus. Le total des montants versés en 2024 s'élève à 0,72 million d'euros <sup>(2)</sup>.

---

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

(2) Le fonds est financé pour partie par des contributions des régimes accidents du travail et maladies professionnelles et pour partie par une fraction de la taxe sur la vente des produits phytopharmaceutiques.

### C. LE FINANCEMENT DE L'AGENCE DE SANTÉ DE WALLIS-ET-FUTUNA DOIT ÊTRE ALIGNÉ SUR LE DROIT COMMUN ET NE PLUS PESER EXCLUSIVEMENT SUR LE BUDGET DE L'ÉTAT

Les crédits de l'action 19 *Modernisation de l'offre de soins* continuent de progresser en 2026 à **71,5 millions d'euros en AE** (+ 1,7 %) et **74,8 millions d'euros en CP** (+ 19,7 %). Ces crédits concourent à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins des populations, et sont principalement consacrés depuis plusieurs exercices au **redressement de la situation financière de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna**, ainsi qu'au **soutien à l'investissement** dans le cadre de la **reconstruction de l'hôpital de Futuna**, dont le chantier engagé en 2024 devrait s'échelonner jusqu'en 2027.

- **La dotation de l'agence de santé du territoire des îles Wallis et Futuna porte l'essentiel de la hausse des crédits pour cette action (+ 3 millions d'euros), puisqu'elle s'établirait à 56,6 millions d'euros, soit une hausse de 5,3 %.** La DGS a indiqué au rapporteur spécial que cette hausse ne serait pour autant pas suffisante pour résorber le déficit de l'agence de santé, dont les besoins au titre de l'année en cours s'établiraient plutôt autour de 58 millions d'euros.

- Outre cette dotation, l'action 19 porte un **financement supplémentaire de 11,3 millions d'euros en AE et 13 millions d'euros en CP pour la reconstruction de l'hôpital de Futuna.**

#### Le système de santé de Wallis-et-Futuna

Le territoire de Wallis-et-Futuna est situé dans le Pacifique sud, à plus de 16 000 km de la métropole, et compte une population de 11 000 habitants répartis sur deux îles distantes de 230 km (124 km<sup>2</sup> au total).

La répartition des compétences entre l'État, le territoire, les chefferies coutumières et les autorités ecclésiastiques découle de la loi n° 61-814 du 29 juillet 1961, qui a intégré à la République ces îles ayant rejoint la France en 1888 dans le cadre d'un protectorat. L'article 68 de la loi de finances pour 1972 est venu ajouter à la liste des services pris en charge par l'État l'hygiène et la santé publique.

Si le régime local de retraites et de prestations familiales, alimenté par des cotisations sur les salaires, est géré par la Caisse des prestations sociales des îles Wallis-et-Futuna (CPSWF), au fonctionnement autonome, le système de santé repose quant à lui sur le principe de la gratuité des soins, intégralement pris en charge par l'État à travers la dotation qu'il verse à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, établissement public national à caractère administratif doté de l'autonomie administrative et financière, créée en 2000 <sup>(1)</sup>, conformément aux dispositions du titre II du livre IV du code de la santé publique. L'agence de santé gère le fonctionnement de deux hôpitaux, sur chacune des îles principales, ainsi que quatre dispensaires.

---

(1) Ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 portant création d'une agence de santé et extension ou adaptation de certaines dispositions du code de santé publique aux îles Wallis et Futuna.

Les crédits de fonctionnement de l'agence de santé sont votés en loi de finances sur le programme 204 de la mission *Santé*, pour un montant de l'ordre de 50 millions d'euros par an, tandis que le coût des évacuations sanitaires (vers la Nouvelle-Calédonie ou dans certains cas vers la métropole) est intégralement pris en charge sur le fondement de conventions spécifiques avec la CNAM. Sa dotation d'investissement est financée par le programme 123 de la mission *Outre-mer*, pour un montant de 3,5 millions d'euros sur la période visée par le contrat de convergence et de transformation (CCT) 2019-2022.

Ces dotations pour le financement du système de santé correspondent au quart de la contribution du budget national au fonctionnement et à l'investissement du territoire (200 millions d'euros, principalement via les programmes budgétaires 123 et 138 de la mission *Outre-mer*), qui bénéficie également de 25 millions d'euros de recettes fiscales locales.

Le vieillissement rapide de la population engendre des besoins médicaux croissants, alors même que l'offre hospitalière demeure peu développée, et que la crise sanitaire a laissé une situation de déficit marqué pour l'agence de santé.

Comme le relevait la Cour des comptes <sup>(1)</sup>, « *si la solidarité nationale a vocation à contribuer significativement à la prise en charge de ces défis* », elle doit s'accompagner « *d'une participation accrue du territoire aux besoins de financement* », ce qui suppose des évolutions du cadre juridique et la création de nouvelles ressources fiscales locales.

Le territoire d'outre-mer des îles Wallis et Futuna dispose d'un système de protection sociale indépendant qui ne relève pas de l'assurance maladie, et dont le financement repose intégralement sur le budget de l'État. S'il ne s'agit pas de remettre en cause la nécessaire péréquation et la solidarité au profit des territoires d'outre-mer, confrontés à des coûts de santé plus importants du fait de leur situation géographique et de l'insuffisance des infrastructures hospitalières ou médicales, le maintien de ce particularisme historique au seul bénéfice de ce territoire ne semble pas justifié, au regard de sa situation financière qui appelle des besoins croissants financés exclusivement par l'État.

En particulier, **la situation financière de l'agence de santé du territoire s'est nettement dégradée depuis fin 2021, avec un déficit structurel attendu à 10 millions d'euros en 2026, qui a donc progressé de 25 % en deux ans**, malgré les ouvertures de crédits sur le programme 204, en loi de finances initiales comme en fin de gestion, **alors que sa dotation a été multipliée par deux en dix ans**. Cette dégradation résulte de plusieurs facteurs, notamment l'accroissement des effectifs, la revalorisation des rémunérations et l'inflation pesant notamment sur **le coût des évacuations sanitaires** (principalement vers l'hôpital de Nouméa en Nouvelle-Calédonie, distant de plus de 2 000 km, en application d'une convention), qui représentent le tiers du budget de l'agence de santé (20,1 millions d'euros en 2024). La DGS a indiqué au rapporteur spécial que ces dépenses présentent des atypicités, notamment s'agissant de la durée de séjour lors des évacuations sanitaires : au regard des volumes financiers croissants dont bénéficie l'agence de santé, des travaux d'efficience doivent être engagés ainsi qu'un meilleur contrôle sur la durée du séjour.

---

(1) Cour des comptes, Rapport d'observations définitives : Le territoire des îles Wallis et Futuna, janvier 2023.

Le rapporteur spécial se félicite qu'une mission d'inspection ait été diligentée en janvier 2025 pour analyser les raisons de cette situation et envisager des évolutions du financement, qui passent nécessairement par une mise à contribution des habitants et des entreprises de ce territoire, sans exclure la poursuite du soutien public au nom de la solidarité nationale. Il invite la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à porter la mise en œuvre des recommandations qui seront formulées par l'IGA et l'IGAS sur le sujet. Ces évolutions pourront être traduites dans le cadre de la révision du contrat pluriannuel de convergence et de transformation (CCT) entre l'État et Wallis-et-Futuna, qui devrait intervenir d'ici la fin de l'année 2027.

#### D. LES DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204

Six dépenses fiscales sont rattachées au programme 204, mais seules quatre d'entre elles font l'objet d'un chiffrage en 2026, à 169 millions d'euros, le PLFSS prévoyant de supprimer l'exonération des indemnités journalières de sécurité sociale, deux dépenses fiscales dont le coût est estimé au titre de 2025 à 662 millions d'euros.

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

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

##### DÉPENSES FISCALES RATTACHÉES AU PROGRAMME 204

| Dépense fiscale                                                                                                                                                                                                         | Coût estimé en 2025  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses » (traitements, salaires, pensions et rentes viagères)                                                 | 621 millions d'euros |
| Taux de 10 % pour les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés                                                                                                                         | 11 millions d'euros  |
| Exonérations des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses » (bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices agricoles et bénéfices non commerciaux)            | 41 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 | 47 millions d'euros  |
| Déduction forfaitaire de 3 % déclarée par les médecins conventionnés                                                                                                                                                    | 41 millions d'euros  |
| Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés                                                                                                                                    | 73 millions d'euros  |

Source : projet annuel de performances pour 2026.

### III. LE PROGRAMME 379 : UNE MODIFICATION DE LA CHRONIQUE DES REVERSEMENTS À LA SÉCURITÉ SOCIALE JUSTIFIE UNE HAUSSE PONCTUELLE DES CRÉDITS JUSQU'EN 2028

Alors que la précédente loi de finances marquait une quasi extinction des crédits transitant par ce canal budgétaire de l'État vers la Sécurité sociale, le PLF pour 2026 prévoit une hausse inattendue des crédits, dans la mesure où ce programme devait disparaître à l'issue du prochain exercice, à **242 millions d'euros (+ 348 %)**. Cette hausse résulte d'une modification de la chronique des reversements à la sécurité sociale des crédits européens de la Facilité pour la relance et la résilience (FRR), afin de financer le volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR).

Il est à noter que le programme 379 ne comporte plus qu'une seule action (l'action 02 Ségur investissement du PNRR), en raison de la disparition en 2025 de l'action portant le remboursement à la Sécurité sociale des dons de vaccins effectués pendant la crise Covid à des pays tiers, ainsi que de l'action créée en LFI 2024, qui visait à compenser des pertes de recettes de l'assurance maladie du fait de la baisse du taux de cotisation due par les employeurs territoriaux.

#### A. LES ACTIONS FINANCÉES PAR LES RECETTES DE LA FACILITÉ POUR LA RELANCE ET LA RÉILIENCE EUROPÉENNE

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

- le soutien aux projets d'investissement dans les **établissements de santé** (2,5 milliards d'euros) ;
- le soutien aux projets d'investissement dans les **établissements médico-sociaux**, en particulier les EHPAD (1,5 milliard d'euros) ;
- le soutien aux projets d'amélioration des **outils numériques en santé** (2 milliards d'euros).

Les modalités de détermination de la part du « Ségur investissement » au sein du Plan national de la relance et de la résilience (PNRR) et des recettes de la Facilité pour la relance et la résilience européenne (FRR) sont définies dans le cadre d'une convention en date du 28 octobre 2022 conclue entre le ministre de l'économie et des finances et le ministre de la santé et de la prévention. La part du « Ségur investissement » correspond ainsi à 15,2 % du montant total de l'enveloppe FRR. Estimée initialement à 39,4 milliards d'euros, cette enveloppe a été révisée à 37,4 milliards d'euros. La chronique initiale de reversement à la sécurité sociale prévoyait de s'étaler jusqu'en 2026 au même titre que la FRR. Cette

même chronique n’ayant pu être respectée en 2025 (227,5 millions d’euros au lieu de 434 millions d’euros), un rééchelonnement des reversements jusqu’en 2028 sera prévu.

## CHRONIQUE DES CRÉDITS À VERSER À LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en millions d’euros)

|                          | 2021  | 2022    | 2023    | 2024    | 2025    | 2026  | 2027          | 2028  | Total   |
|--------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|---------------|-------|---------|
| Financement UE FRR       | 5118  | 7400    | 12 700  | 5 966,5 | 2 855,5 | 3 417 | Fin de la FRR |       | 36 457  |
| Dotation initiale        | 777,9 | 1 124,8 | 1 930,4 | 906,9   | 434,0   | 519,4 |               |       | 5 693,4 |
| Dotation révisée en 2025 | 777,9 | 1 124,8 | 1 930,4 | 906,9   | 227,5   | 242,0 | 242,0         | 241,9 | 5 693,4 |

Source : Direction de la sécurité sociale.

## B. LES CIBLES ET JALONS CONDITIONNANT LE VERSEMENT DES CRÉDITS EUROPÉENS DEVRAIENT ÊTRE ATTEINTS

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

La direction de la sécurité sociale (DSS) participe au comité de pilotage du PNRR des ministères sociaux et aux groupes techniques animés par le secrétariat général des ministères sociaux.

En tant que responsable du programme budgétaire 379, la DSS est en lien régulier avec les autorités déléguées de gestion (ADG) que sont la direction générale de l’offre de soins (DGOS) sur le volet établissements de santé, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) sur le volet médico-social et la direction du numérique en santé (DNS) sur le volet numérique afin d’assurer un suivi global des montants engagés, de leur utilisation et de l’avancement des indicateurs.

Les cibles et jalons ont été construits avec un double souci d’ambition et de réalisme. Ainsi, un jalon et une cible ont été révisés à la marge lors de l’amendement du PNRR en juin dernier, à la faveur d’une clause de revoyure prévue initialement pour chaque État avec la Commission européenne. Ces ajustements ont été effectués pour prendre en compte l’impact de l’inflation sur le coût des projets de construction et rénovation d’établissements sanitaires et médico-sociaux.

D’après les indicateurs de performance figurant dans les documents budgétaires accompagnant le PLF pour 2026, l’ensemble de ces cibles et jalons paraissent atteignables. Un bilan devrait être établi, après 2028, sur les bénéfices effectivement procurés par le déploiement de ces crédits sur les opérations de rénovation et construction des établissements de santé, en s’appuyant sur un retour des acteurs du terrain.

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

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

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



## EXAMEN EN COMMISSION

*Au cours de sa réunion du samedi 8 novembre 2025 à 9 heures, la commission des finances a examiné les crédits de la mission Santé.*

*Après avoir examiné les amendements de crédits et **adopté l'amendement II-CF2015 présenté par le rapporteur spécial**, ainsi que les amendements II- CF1637, II-CF1773, II-CF2028, II-CF290, II-CF1276, II-CF1790, II-CF1706, II-CF1957, II-CF712 et II-CF1111, la commission, suivant l'avis du rapporteur spécial, a rejeté les crédits de la mission Santé.*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** La mission *Santé* regroupe les actions de santé publique financées par le budget de l'État. Il s'agit d'un champ restreint dont nous devons nous garder de sortir : je serai amené à formuler plusieurs demandes de retrait d'amendements dont la place relève en fait du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale).

Depuis 2023, la mission regroupe trois programmes.

Le programme 183, *Protection maladie*, qui représente les trois quarts des crédits de la mission, finance l'AME – l'aide médicale de l'État – et, de manière plus marginale, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

Le programme 204, *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins*, finance notamment l'Institut national du cancer (Inca) et l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales).

Le programme 379 est un canal budgétaire qui permet à l'État de reverser à la sécurité sociale – en particulier sous la forme d'aides à l'investissement pour nos hôpitaux et nos Ehpad, dans le cadre du volet investissement du Ségur – les recettes qu'il perçoit de l'Union européenne dans le cadre de la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR). Ce programme constitue, de loin, la principale source d'augmentation des crédits de la mission. En effet, en raison d'une modification de la chronique des versements, 242 millions d'euros transiteront cette année du budget de l'État vers celui de la sécurité sociale.

Au total, la mission *Santé* est dotée cette année de 1,67 milliard d'euros de crédits de paiement (CP), en hausse de 13 %, évolution imputable quasi exclusivement aux versements sur le programme 379. Les crédits du programme 183 sont quant à eux gelés à leur niveau de 2024, tandis que ceux du programme 204 sont quasi stables.

Cette mission souffre d'un manque de sincérité. En effet, les crédits alloués à l'AME ne sont d'ores et déjà pas suffisants pour couvrir les besoins constatés et payés par l'assurance maladie, à moins que l'on décide de faire évoluer les règles. Chacun devra faire ses choix.

Le programme 204 est marqué par trois évolutions principales. Premièrement, une dotation en hausse de 9,6 millions d'euros est accordée à l'Institut national du cancer pour lui permettre de piloter l'unification des registres des cancers prévus par la loi du 30 juin 2025. Deuxièmement, la dotation de l'Oniam bénéficie d'une augmentation de l'ordre de 2 millions d'euros liée à l'indemnisation des victimes de la Dépakine, alors que les demandes d'indemnisation connaissent une forte hausse. Troisièmement, le texte prévoit la poursuite de la contribution à la résorption du déficit de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna.

Je salue les moyens supplémentaires apportés à l’Inca et à l’Oniam. S’agissant de Wallis-et-Futuna, en revanche, je me dois de vous alerter sur l’impasse budgétaire dans laquelle se trouve cette agence, en l’absence de toute contribution de la population de ce territoire au financement de son système de santé. Si l’on peut tenir compte de certains particularismes ultra-marins, force est de constater qu’il y a là une inégalité vis-à-vis des autres territoires d’outre-mer – sans même parler de la métropole. Cette anomalie n’a pas de raison de perdurer. Il convient de faire rentrer ce territoire, auquel nous sommes attachés, dans le droit commun. L’IGA (Inspection générale de l’administration) et l’IGAS (Inspection générale des affaires sociales) mènent actuellement une mission à ce sujet. J’invite le gouvernement à appliquer les recommandations qu’elles formuleront. Chaque année, nous votons une dotation – qui s’élève à 75 millions pour 2026 – afin de combler le déficit de l’agence.

Comme je le disais, le programme 183 connaît un gel de ses crédits, les autorisations d’engagement (AE) et les crédits de paiement (CP) étant limités à 1,2 milliard d’euros, alors que la dépense constatée dépassait 1,3 milliard en 2024. La direction de la sécurité sociale m’a indiqué que les dépenses d’AME devraient s’élever à 1,4 milliard en 2026. Compte tenu des règles actuelles de l’AME, le budget est donc insincère. L’AME est en effet une dépense de guichet qui, par définition, ne peut être plafonnée, ce qui conduit l’État à s’endetter un peu plus chaque année auprès de la sécurité sociale. La dette de l’État atteignait 185 millions d’euros en 2024 et devrait avoisiner 400 millions d’euros fin 2025.

Face au coût de l’AME, je prône une réforme de la prestation, comme le préconise le rapport Évin-Stefanini de décembre 2023. En effet, cette politique ne doit pas continuer à grever le budget de la sécurité sociale à l’heure où l’on demande des efforts aux Français. Cette différenciation est source d’incompréhension. Il faudra mettre le gouvernement face à ses responsabilités, mais il conviendra aussi que nous prenions les nôtres et nous attachions, avec réalisme et humanité, à réformer le dispositif. Si la solidarité nationale nous oblige, si l’on ne peut refuser des soins vitaux aux étrangers en situation irrégulière – seuls concernés par l’AME –, on ne peut pas accepter que tous types de soins leur soient fournis, de manière aussi généreuse. C’est pourquoi mon groupe a déposé plusieurs amendements – j’en ai présenté aussi en ma qualité de rapporteur spécial – pour restreindre cette aide médicale aux soins revêtant un caractère d’urgence. C’est un débat que nous devons avoir dans le cadre de l’examen de cette mission.

#### **Article 49 et état B**

*Amendements II-CF1164 de M. Anthony Boulogne, II-CF2619 de M. Nicolas Ray, II-CF513 de M. Fabien Di Filippo, II-CF1637 de M. Hendrik Davi et II-CF1869 de M. Sacha Houlié (discussion commune)*

**Mme Stéphanie Galzy (RN).** Depuis de nombreuses années, le Rassemblement national propose de remplacer l’AME par une aide médicale d’urgence afin de réduire le coût faramineux pour nos comptes publics de la prise en charge médicale des clandestins. Des soins humanitaires leur seraient prodigués lorsque leur pronostic vital est engagé. L’amendement II-CF1164 vise à réduire des deux tiers les crédits alloués à cette aide médicale.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je propose, par l’amendement II-CF2619, de réduire les crédits de l’AME de 400 millions. Étant attaché à la sincérité budgétaire, j’ai veillé au caractère réaliste de cette diminution et me suis notamment appuyé, pour parvenir à ce chiffre, sur les travaux de Mme Louwagie. L’AME comporte plusieurs niveaux, le premier d’entre eux étant la prise en charge des soins de base, d’urgence absolue, dont le coût s’élève à 140 millions. Nous proposons d’élargir cette prise en charge à la grossesse, à la vaccination,

ainsi qu'à certains soins préventifs et de ville – car on ne peut pas laisser des gens sans soins primaires. C'est un amendement responsable, raisonnable et courageux, alors que les dépenses de l'AME ont doublé depuis 2012, à l'instar du nombre de ses bénéficiaires, qui est passé de 250 000 à près de 500 000.

**M. Fabien Di Filippo (DR).** Je propose, par l'amendement II-CF513, de réduire les crédits de l'AME de 600 millions, soit d'environ 50 %, pour lui substituer une aide médicale d'urgence. Il n'est pas compréhensible que des personnes qui se maintiennent illégalement en France, qui violent nos lois, puissent bénéficier de soins sans contrepartie. Surtout, comme on peut le constater sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr), certains soins pris en charge au bout d'un délai de neuf mois excèdent largement le champ de l'urgence. L'exemple le plus caricatural, souvent cité, est le traitement des oreilles décollées, mais on peut aussi évoquer la gastroplastie, les prothèses de genou ou de hanche, etc. Tout cela se fait aux frais du contribuable français. Compte tenu de la situation dramatique de notre système de santé, on doit remettre un minimum d'ordre en ce domaine.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Je ne sais pas si c'est le racisme qui aveugle ou si c'est l'aveuglement qui produit du racisme, mais ce qui est certain, c'est que vous alimentez par vos propos un certain nombre de fantasmes. Contrairement à ce que vous dites, il faut augmenter le budget de l'AME, qui ne représente que 0,47 % des dépenses de santé. Rappelons que près de la moitié des personnes éligibles à l'aide n'y recourent pas. Il convient de supprimer la condition de résidence en France depuis au moins trois mois et le délai de neuf mois exigé pour le remboursement de certains soins essentiels comme les prothèses et les greffes.

L'AME s'adresse à des personnes en situation de grande précarité qui, souvent, vivent sous le seuil de pauvreté et sont dépourvues de titre de séjour. Le problème n'est pas la fraude. Les cas de non-recours s'expliquent par la complexité administrative et le manque d'information. Les obstacles spécifiques imposés aux bénéficiaires de l'AME entraînent même des refus de soins discriminatoires, comme l'a montré le testing récent de Médecins du monde. Les conséquences de l'absence de prise en charge sont connues : ruptures de soins, hospitalisations d'urgence coûteuses, aggravation des pathologies... Supprimer ces délais serait une mesure d'humanité, de santé publique et d'efficacité économique.

**M. Arnaud Simion (SOC).** L'amendement II-CF1869 vise à dégelier les crédits de l'AME. Le groupe Socialistes et apparentés ne peut accepter une réforme déguisée de ce dispositif ni, à plus forte raison, une suppression de ses crédits. Bien que 465 000 personnes bénéficient de cette aide médicale, le taux de non-recours s'élève à 49 %. C'est certainement l'aide la moins fraudée : on ne comptait que 120 bénéficiaires indus en 2024, soit 0,026 % des dossiers. De surcroît, le projet annuel de performances montre que l'AME fait l'objet d'un contrôle strict, dont le taux s'élevait à 15,5 % en 2024, au-delà de l'objectif cible de 14 %. Voilà qui tord le cou aux spéculations xénophobes. S'attaquer à l'AME serait une faute à la fois morale et stratégique.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je donnerai un avis défavorable à l'amendement II-CF1164, qui vise à réduire les crédits de cette aide médicale de 805 millions. Cela me paraît en effet irréaliste compte tenu de la nécessité d'assurer, au minimum, certains soins d'urgence et d'élargir le champ du dispositif à la grossesse, à la vaccination et à des mesures de prévention. Un autre amendement du groupe Rassemblement national a été déclaré irrecevable car il supprimait la totalité des crédits du programme, ce qui faisait aussi disparaître les crédits du Fiva.

En dehors du mien, je donnerai un avis favorable à l'amendement II-CF513, qui est un peu plus ambitieux puisqu'il propose de réduire les crédits de 600 millions – on peut y arriver, même si ce ne sera pas aisé.

En revanche, mon avis sera défavorable sur les amendements II-CF1637 et II-CF1869. Certes le gel des crédits affiché par le gouvernement n'est pas tenable, mais on ne peut pas non plus continuer d'augmenter ces crédits indéfiniment. La solution passe nécessairement par la réforme du dispositif pour en maîtriser les coûts, sans renoncer aux objectifs de santé publique. On lit, dans l'exposé sommaire de l'amendement II-CF1869, que l'AME représente 1,2 milliard d'euros de dépenses, soit une « partie infime des dépenses de santé » : attention aux mots que vous employez, car 1,2 milliard, ce n'est tout de même pas une petite somme aux yeux des Français.

**Mme Marianne Maximi (LFI-NFP).** En Espagne, en 2018, le panier de soins a été réduit afin de lutter contre le prétendu « tourisme sanitaire », ce qui a conduit à un accroissement de 15 % de la mortalité, en l'espace de trois ans, parmi la population migrante. L'Espagne revient donc sur cette mesure inefficace.

L'AME représente 0,5 % des dépenses de santé. Le rapport Stefanini-Évin le dit très clairement : le dispositif, sous sa forme actuelle, ne crée pas d'appel d'air. De plus, c'est l'aide la plus contrôlée et la moins fraudée dans le champ de l'assurance maladie.

Vous parlez des Français : on a bien compris que les étrangers, vous ne les aimez pas, vous ne voulez pas qu'ils viennent, vous ne voulez pas qu'on les soigne. Mais à vous, si attachés à la santé des Français, je voudrais rappeler que réduire l'AME, c'est mettre en danger l'ensemble de la population. La politique sanitaire ne tient pas compte des nationalités ou des frontières : nous avons besoin d'un panier de soins qui protège toutes les personnes vivant en France, qu'elles soient ou non en situation régulière.

**M. Jean-Didier Berger (DR).** Il faut arrêter de s'envoyer ce type d'arguments à la figure : il n'y a pas, d'un côté, les bons et, de l'autre, les méchants ! Je vous rappelle, madame Simonnet, que le racisme n'est pas une opinion mais un délit. Dire à certains de nos collègues qu'ils se rendent coupables d'un délit parce qu'ils déposent des amendements me paraît tout à fait inconvenant – je pèse mes mots. Sur le fond, dans un contexte de raréfaction des financements publics, il est normal que les députés que nous sommes se prononcent sur la meilleure répartition possible de ces crédits. Il est demandé aux Français, depuis des décennies, de réaliser des efforts, en particulier en matière de dépenses de santé. Il serait pour le moins étrange que les vannes soient totalement ouvertes pour les étrangers alors qu'elles sont en train de se refermer pour nos compatriotes. Pour ces raisons, nous serons favorables aux amendements qui visent à réguler les crédits de l'AME.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** On ne met pas sa vie en danger en traversant la Méditerranée ou les Alpes pour se faire recoller les oreilles ! Il est insupportable d'entendre des aberrations pareilles. Vous vous cachez derrière des arguments fallacieux liés à une pseudo-rigueur budgétaire pour encourager le racisme et stigmatiser les populations étrangères, notamment les personnes en situation administrative irrégulière, sans prendre conscience que nos lois fabriquent, par l'impossibilité de renouveler les titres de séjour, des situations d'irrégularité.

La législation rend très difficile l'accès de toutes et tous aux soins, en particulier à l'AME. Comme nous le signalent des associations de prévention contre le VIH, les personnes en situation administrative irrégulière, particulièrement affectées par l'aggravation de la précarité, méconnaissent leurs droits et contractent le VIH une fois arrivées en France. Elles

peinent ensuite à accéder à un traitement. Alors qu'on devrait en avoir fini avec le sida, on assiste à sa recrudescence. Notre priorité doit être de faire en sorte qu'il n'y ait plus 50 % de non-recours. C'est une exigence humanitaire et un enjeu de santé publique – vous semblez avoir oublié un peu vite les leçons du covid.

**M. le président Éric Coquerel.** Il est difficile de ne pas voir derrière la discussion sur l'AME autre chose que l'attention à l'équilibre des comptes : il s'agit évidemment d'un sujet éminemment politique. Lors du premier mandat d'Emmanuel Macron, la remise en question de l'AME constituait une ligne rouge séparant l'extrême droite, qui était peu présente à l'époque, de la majorité gouvernementale. Puis, peu à peu, la distinction a perdu de sa netteté au point que des premiers ministres – M. Bayrou en dernière instance – ont expliqué qu'il fallait réduire le panier de soins. Les idées de l'extrême droite ont ainsi largement déteint.

L'AME ne représente que 0,2 % des dépenses de de santé. Laisser penser que l'on réduirait le déficit budgétaire en touchant à cette aide médicale est donc très exagéré. Le rapport Évin-Stefanini affirme que « l'AME n'apparaît pas comme un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration ». Il considère que cette aide « répond à une double vocation, l'affirmation par la nation d'un principe humanitaire et éthique et la protection de la santé individuelle des personnes et de la santé collective de la population résidant en France ». Mettre en danger toute la population du fait d'une restriction du panier de soins serait une erreur collective terrible. Je voterai évidemment contre tous les amendements qui remettent en question l'AME.

**M. Denis Masségli (EPR).** Monsieur le président, le groupe Ensemble pour la République n'a jamais dit qu'il voulait remettre en cause l'AME. À l'instar du président de la République, nous sommes très clairs : nous souhaitons conserver cette aide. Le rapport Stefanini-Évin, qui est de grande qualité – et sur lequel il faut s'appuyer –, estime qu'il faut conserver l'AME, mais que certaines évolutions pourraient être engagées pour accroître l'efficacité du dispositif. Nous ne parlerons jamais au nom de La France insoumise, mais ne parlez pas non plus au nom de la majorité présidentielle.

**M. le président Éric Coquerel.** Si les faits confirment vos dires, j'en serai fort heureux.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Nous adoptons une position responsable. Nous ne voulons pas brader la sécurité sanitaire de notre pays ; c'est pourquoi nous proposons une aide médicale d'urgence qui aille – dans la lignée du rapport Évin-Stefanini – au-delà des soins d'urgence tels qu'ils existent actuellement. D'autres pays, comme l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Italie, appliquent une aide d'urgence, qui fonctionne très bien. Les Français sont capables d'accepter les efforts qu'on leur demande si ces derniers sont justement répartis. La vérité, la sincérité, la responsabilité se situent au milieu du chemin, loin des positions extrêmes.

La politique sanitaire de l'AME dépend aussi, évidemment, de la politique migratoire, ce qui appelle un débat sur les politiques liées à la maîtrise de l'immigration.

Le rapport Évin-Stefanini, qui émane de deux personnalités de sensibilité différente, contient des propositions intéressantes. Je me suis inspiré de certaines d'entre elles pour rédiger mes amendements.

J'ajoute que la grande générosité de l'AME est aussi difficile à comprendre pour les étrangers en situation régulière, qui ont respecté le droit de notre pays, mais qui ne bénéficient

pas nécessairement, selon leurs moyens, d'une meilleure prise en charge de leurs dépenses de santé.

*La commission **rejette** successivement les amendements II-CF1164, II-CF2619 et II-CF513.*

*Elle **adopte** l'amendement II-CF1637.*

*En conséquence, l'amendement II-CF1869 **tombe**.*

*Amendement II-CF1773 de M. Guillaume Garot*

**M. Arnaud Simion (SOC).** La loi dite Jomier-Garot du 29 janvier 2025 instaure un ratio de soignants par patient hospitalisé. Nous souhaitons, par cet amendement, ouvrir 52 000 places de formation afin de préparer au mieux l'entrée en vigueur du texte, attendue par toutes et tous, au 1<sup>er</sup> janvier 2027. Nous proposons d'abonder de 422 millions à cette fin l'action 14 du programme 204.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je vous demande de retirer l'amendement, car l'ouverture de 52 000 places de formation pour les soignants ne relève pas du budget de l'État, mais de celui de la sécurité sociale. À défaut, j'émettrais un avis défavorable. Je vous invite à amender le PLFSS.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** J'appelle votre attention, comme nous l'avions fait dans l'hémicycle, sur les effets pervers de ce texte. La création de quotas entraînera purement et simplement des fermetures de services. À l'heure actuelle, des équilibres, fruits de l'entente entre les chefs de service, peuvent parfois être trouvés. Désormais, pour se prémunir contre tout risque juridique, on procédera à des fermetures.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendements II-CF288 de M. Fabrice Brun et II-CF2028 de M. Michel Lauzzana (discussion commune)*

**M. Fabrice Brun (DR).** L'amendement II-CF288 s'inscrit dans la continuité du travail transpartisan engagé au moins depuis le PLF 2019. Lors de l'examen de ce texte, nous avons obtenu une première enveloppe de 5 millions supplémentaires pour la recherche contre les cancers – en l'occurrence, contre les cancers pédiatriques. Nous vous proposons d'augmenter les crédits dédiés à la recherche contre le cancer.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Monsieur le rapporteur, vous avez salué l'augmentation des moyens accordés à l'Inca, mais il s'agit d'une évolution en trompe-l'œil. L'établissement a reçu une dotation de 35 millions en 2023, qui a été ramenée à 30 millions en 2024. La situation étant intenable, les crédits de 2025 sont revenus à 35 millions. Pour 2026, les crédits sont de 35 millions, auxquels s'ajoutent 9,6 millions destinés à permettre à l'Institut de piloter l'unification des registres des cancers. Du fait de ce transfert de compétences, l'Inca ne bénéficie, en réalité, d'aucune augmentation de crédits. Dans la loi du 30 juin 2025, votée à l'unanimité, nous avons évalué à 10 millions la charge liée à l'établissement d'un registre national des cancers.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je salue l'engagement de notre collègue Fabrice Brun sur le sujet, notamment au sein du groupe d'études sur le cancer.

L'amendement II-CF288 prévoit une augmentation du budget de l'Inca de 20 millions, l'amendement II-CF2028 de 2 millions. Or les moyens de l'action 14 sont déjà en hausse de près de 10 millions, un montant significatif : le budget de l'Inca est renforcé d'un tiers pour permettre la création du registre national des cancers en application de la loi du 30 juin 2025. L'Inca dispose déjà d'une trésorerie confortable, dans laquelle il doit puiser, comme les autres agences. La Cour des comptes l'invite d'ailleurs à améliorer l'efficacité et l'efficacités de ses actions et à mieux se coordonner avec Santé publique France. Dans le contexte de nécessaire maîtrise de nos finances publiques et en dépit de l'importance de cette question, j'émet à regret un avis de sagesse.

**Mme Marianne Maximi (LFI-NFP).** Monsieur Brun, nous sommes d'accord sur les besoins de financement et pourrions donc voter pour votre amendement, mais vous n'y appelez pas à lever le gage et voulez donc ponctionner l'aide médicale de l'État – une manière déguisée de réduire son budget.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** À ce propos, si mon amendement tend à prendre 2 millions sur le plan national de relance et de résilience (PNRR), c'est simplement pour être recevable : je ne souhaite pas que le PNRR soit ponctionné.

Ensuite, le budget de l'Inca n'a pas augmenté : il est revenu à son niveau normal. L'augmentation résulte d'un transfert de compétences et de celui d'un ETP (équivalent temps plein) affecté auparavant au plan régional.

**M. Fabrice Brun (DR).** Vu le vote qui vient d'avoir lieu, j'ai bien compris que les moyens de l'AME allaient être renforcés ! Cela vous permet, chère collègue, de voter mon amendement en toute tranquillité.

**M. Jean-Philippe Tanguy (RN).** Le secrétariat général du gouvernement a rappelé que la levée du gage – qui peut, pour des raisons politiques, être mentionné ou non dans l'exposé sommaire – n'était pas une excuse pour voter ou refuser de voter les amendements des groupes adverses. Je l'ignorais moi-même. La levée du gage est un mythe parlementaire parmi d'autres : si le gouvernement ne dépose pas lui-même un amendement, le Conseil constitutionnel censurera en vertu de l'article 40 de la Constitution une levée de gage adoptée par le Parlement. Je l'ai vérifié. J'invite donc à dégonfler ce mythe : cela ne sert à rien de s'exciter !

**M. le président Éric Coquerel.** L'appel à lever le gage a une signification politique. M. Brun, très habilement, n'a pas déclaré qu'il appelait à lever le gage, contrairement à M. Lauzzana, qui ne compte pas réellement prendre 2 millions sur le programme indiqué. Cette mention éclaire l'intention de l'auteur de l'amendement, ce que j'ai rappelé hier.

**M. Philippe Brun (SOC).** Sur le plan technique, le gage peut être levé sans amendement du gouvernement, comme le prouve la jurisprudence du Conseil constitutionnel : le contrôle de recevabilité a lieu *a priori* et le Conseil constitutionnel peut reconnaître que le gage a été levé à partir des déclarations du gouvernement. Nous pouvons voter un amendement dont le gage a été levé oralement sans que l'article 40 s'applique.

**M. le président Éric Coquerel.** C'est en effet suffisant pour lever le gage d'une perte de recettes, mais les gages des amendements de crédits sont en fait des déplacements de crédits et ils nécessitent donc un amendement du gouvernement afin d'abonder le programme en crédits supplémentaires. Mais je répète que l'appel à lever le gage est moins réglementaire que politique.

**M. Jean-Paul Mattei (Dem).** Nous avons adopté tout à l'heure l'amendement II-CF1773 de M. Garot, qui, tout à la fois, demande une levée de gage et relève du budget de la sécurité sociale ! Je veux bien qu'on se fasse plaisir avec des effets d'annonce, mais ce bricolage législatif est sidérant.

*Successivement, la commission **rejette** l'amendement II-CF288 et **adopte** l'amendement II-CF2028.*

*Amendement II-CF2002 de Mme Danielle Simonnet*

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Cet amendement vise à renforcer les moyens alloués aux centres d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et aux centres de santé.

Alors que le droit à l'interruption volontaire de grossesse a été constitutionnalisé, rapports et constats de terrain montrent la fragilisation du maillage territorial des centres d'IVG. Il est nécessaire de garantir l'effectivité de ce droit.

Les centres de santé, eux, permettent, face à la désertification médicale, de garantir l'accès aux soins dans l'ensemble des territoires de la République, y compris les quartiers prioritaires et les zones rurales. Leur mode de financement les conduit pourtant à être structurellement déficitaires.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Votre amendement propose de créer un nouveau programme budgétaire doté de 20 millions d'euros pour la mission *Santé* afin de soutenir les centres d'IVG et les centres de santé. Je salue votre engagement. Toutefois, certains crédits de l'action 14 du programme 204 financent déjà des actions en santé sexuelle, notamment le déploiement des maisons de santé. Ce sont surtout des actions de coordination, car l'essentiel du financement de ces centres ne relève pas du budget de l'État, mais du budget de la sécurité sociale. Vous proposez enfin de confier la gestion de ces crédits aux agences régionales de santé (ARS) alors qu'elles ne les gèrent pas directement. Demande de retrait ou avis défavorable.

**M. le président Éric Coquerel.** En l'occurrence, il s'agirait de dépenses d'État.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF289 de M. Fabrice Brun*

**M. Fabrice Brun (DR).** Rencontrer des malades et s'investir dans le groupe d'études présidé par Vincent Descoeur permet de comprendre à quel point la maladie de Lyme fait l'objet de controverses scientifiques et médicales et combien les parcours de soins des patients sont erratiques. Je propose d'augmenter les crédits pour la recherche sur cette maladie, sans appeler à lever le gage car il s'agit d'une action budgétaire à périmètre constant.

**M. le président Éric Coquerel.** Des crédits pris sur l'AME, donc.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je vous rejoins en ce qui concerne l'importance de renforcer les moyens consacrés à la recherche sur la maladie de Lyme et à la prise en charge des malades. Notre pays accuse un retard en la matière par rapport à d'autres pays européens, ce que ma prédécesseure Véronique Louwagie avait souligné à plusieurs reprises. Je suis attaché à la rigueur budgétaire, mais, compte tenu de l'importance de la question et du caractère mesuré de la hausse de crédits proposée, j'émetts un avis favorable.

**M. le président Éric Coquerel.** Merci à M. Fabrice Brun d'avoir eu la correction et l'honnêteté de rappeler que cet amendement visait autant à faire avancer la recherche sur la maladie de Lyme qu'à ponctionner le budget de l'aide médicale de l'État...

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF290 de M. Fabrice Brun*

**M. Fabrice Brun (DR).** Nous connaissons l'importance du don de sang, ce don de soi. Or, en 2025, l'État n'alloue à l'Établissement français du sang (EFS), malgré l'augmentation de ses missions, que 110 millions d'euros de subvention – loin des 160 millions recommandés par la mission de l'Inspection générale des affaires sociales. Je propose donc de doter exceptionnellement l'EFS de 5 millions de crédits supplémentaires et j'appelle le gouvernement à lever le gage.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Demande de retrait ou avis défavorable. J'approuve l'esprit de cet amendement, mais tout ce qui concerne l'EFS relève du PLFSS et non de la mission *Santé*. La dotation de l'EFS est de 115 millions en 2025. Nous saluons naturellement son engagement et celui de toutes les associations de donneurs.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement II-CF1276 de Mme Mereana Reid Arbelot*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Sagesse sur cet amendement d'appel concernant la prévention de l'addiction à la méthamphétamine en Polynésie. Il vise à financer à hauteur de 2 millions d'euros des actions de prévention contre cette addiction. Or il est important de sensibiliser la population et le montant demandé est raisonnable.

**M. le président Éric Coquerel.** Cette drogue est extrêmement addictive et cet amendement souligne la nécessité d'allouer des moyens à la fois à une répression plus stricte des trafiquants et à la prévention et la réparation, en installant un centre de désintoxication. Il propose d'agir aux deux bouts de la chaîne.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement II-CF1790 de M. Sébastien Peytavie*

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Cet amendement appelle à financer à hauteur de ses besoins le numéro national 3114 de prévention du suicide, l'un des derniers maillons de la chaîne de secours pour les personnes en grave détresse psychique. Ce service n'est pas une simple ligne d'écoute : il compte dix-huit centres de réponse dans l'Hexagone et en outre-mer et plus de 250 répondants pour 300 000 appels par an. Je salue d'ailleurs l'engagement très fort du personnel. Alors que, depuis 2014, le nombre de pensées suicidaires a été multiplié par deux chez les jeunes de 18 à 24 ans et que le suicide est, devant les accidents de la route, la première cause de mortalité évitable chez les 25-34 ans, le taux d'appels décrochés n'est que de 40 %, ce qui laisse 60 % des appelants – dont certains au bord du passage à l'acte – face à un silence parfois dramatique. Dans un contexte où les moyens manquent pour la santé mentale, nous proposons d'augmenter de 2 millions d'euros le budget correspondant.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Merci pour cet amendement. À la lecture de son exposé sommaire, on est en effet effaré par le faible taux d'appels décrochés. La santé mentale est un vrai problème et je salue l'engagement de Michel Barnier, qui en avait fait une

cause nationale. Cela dit, l'action 14 consacre déjà à ces questions 1 million, que vous proposez de multiplier par trois. J'ignore si c'est la bonne jauge vu les moyens actuels. Je souhaiterais que l'on évalue les mesures à mettre en œuvre, dans un souci de bonne gestion. Sagesse.

**Mme Marianne Maximi (LFI-NFP).** Je soutiens cet amendement. J'alerte sur les difficultés de ce numéro, comme sur celles du 119 pour l'enfance en danger, dont le taux de réponse est ridicule. Nous avons besoin de ces lignes au sujet desquelles le gouvernement communique, mais dont les financements restent insuffisants. Il est très hypocrite de donner aux gens l'espoir d'être écoutés alors que le taux de réponse n'est pas à la hauteur.

**M. Frédéric Maillot (GDR).** Je ne peux qu'appuyer cet amendement. Les suicides chez les jeunes touchent aussi les outre-mer – j'ai moi-même perdu mon petit cousin de 19 ans. Il faut des moyens pour ce centre d'appel afin que ces jeunes puissent être en contact avec des professionnels. Ils se tournent, sinon, vers ChatGPT ; j'ai lu dans *Le Parisien* – une information que j'ai vérifiée – qu'un jeune de 19 ans avait été encouragé au suicide par ChatGPT, contre lequel ses parents ont ensuite porté plainte.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement II-CF1706 de Mme Océane Godard*

**Mme Océane Godard (SOC).** Cet amendement vise à reconnaître et indemniser les victimes de méningiomes liés à la prise de certains progestatifs de synthèse dont les risques ont été documentés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Dans de nombreux cas, les patientes n'ont pas été informées et ont subi des préjudices graves, parfois irréversibles. Comme pour le valproate de sodium, il est impératif de leur garantir une réparation intégrale et accessible.

Cet amendement ouvre 1 million d'euros pour la prévention et l'accompagnement et pose les bases d'un dispositif d'indemnisation avec présomption d'imputabilité et orientation par l'Oniam. Le gage sur l'aide médicale de l'État pourrait être levé par le gouvernement. Cet amendement important est attendu par de nombreuses femmes.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Ce sujet est grave. Je suis favorable à cet amendement : il faut que l'Oniam se saisisse du sujet et prévoie les crédits nécessaires pour l'indemnisation des victimes – des crédits souvent sous-budgétisés, comme dans le cas de la Dépakine.

**M. le président Éric Coquerel.** Si on annonce très clairement qu'il faut lever le gage, il n'y a pas d'intention cachée. C'est comme cela que je l'interprète.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement II-CF2015 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** L'an dernier, le même amendement, déposé par Mme Louwagie, avait été adopté, mais n'avait pas été retenu dans le texte adopté par 49.3. Il vise à renforcer la prévention dès le plus jeune âge pour lutter contre l'endométriose, maladie qui touche 10 % des femmes, génère des douleurs aiguës et perturbantes et demeure difficile à diagnostiquer. Le président de la République en avait fait une cause nationale et un enjeu de santé publique : il faut des moyens malgré le contexte budgétaire.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement II-CF1957 de Mme Brigitte Liso*

**Mme Brigitte Liso (EPR).** Mon amendement vise à modifier le budget du programme 204 pour financer une campagne de prévention nationale sur les risques liés à la pratique du chemsex. Cette pratique dangereuse consistant à prolonger et à améliorer les rapports sexuels grâce aux effets psychoactifs des molécules consommées progresse très rapidement dans notre pays, notamment chez les jeunes. Il ne s'écoule pas une semaine sans que la presse, locale ou nationale, rapporte des décès liés à cette pratique partout dans le pays. Pour rappel, la proposition de résolution pour une stratégie nationale de prévention sur le chemsex que j'ai eu l'honneur de présenter a été votée à l'unanimité au mois d'avril 2025. Le gage a bien sûr vocation à être levé par le gouvernement.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Avis favorable. Malgré le contexte budgétaire, des moyens sont nécessaires pour lutter contre ces pratiques qui touchent de nombreux jeunes.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement II-CF712 de Mme Chantal Jourdan*

**Mme Chantal Jourdan (SOC).** Je reviens sur le sujet évoqué par Mme Godard. Mon amendement porte plus précisément sur l'Androcur et invite l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales à se saisir du contentieux en cours. Environ 750 dossiers sont constitués et les patientes attendent les indemnisations auxquelles elles peuvent prétendre.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** S'agissant de cet amendement d'appel, je m'en remets à la sagesse de la commission, car même si le montant n'est que de 1 euro, nous attendons encore des décisions de justice sur le sujet. Le cas échéant, il faudra en effet que l'Oniam se saisisse de la question de l'Androcur et engage les crédits nécessaires.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendements II-CF1111 de M. Damien Maudet et II-CF2006 de Mme Danielle Simonnet (discussion commune)*

**Mme Marianne Maximi (LFI-NFP).** Monsieur le rapporteur spécial, vous avez tendance à relever les « vrais sujets » qui mériteraient un abondement budgétaire. Un vrai sujet qui revient fréquemment dans notre commission depuis le covid concerne les exclus du Ségur, ceux que nous avons oublié d'applaudir à 20 heures pendant le confinement et qui, pourtant, étaient à leur poste : les salariés du médico-social, de la santé et de la protection de l'enfance. J'en étais, moi, de ceux qui sont allés bosser sans masque, sans gel hydroalcoolique, sans récompense. Si les éducateurs spécialisés l'ont reçue depuis, certains métiers, notamment dans la fonction publique hospitalière, ne sont toujours pas couverts. C'est problématique : si des agents de blanchisserie titulaires de la fonction publique hospitalière, mais qui travaillent pour la protection de l'enfance, n'ont pas la prime Ségur alors qu'ils l'auraient à l'hôpital, ils iront, même si ce n'est pas grand-chose, là où c'est le plus intéressant. Cela contribue à aggraver les difficultés déjà très profondes de certains secteurs. Notre amendement vise donc à mettre fin aux inégalités relatives à cette prime.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Il est important de créer une nouvelle ligne budgétaire afin de compenser enfin le versement de la prime Ségur par les structures

associatives sanitaires, sociales et médico-sociales non lucratives. Les associations ont eu beaucoup de difficultés à appliquer cette prime – qui était une très bonne nouvelle pour les travailleuses et les travailleurs, et l’aurait été pour les associations si l’État avait accompagné celles-ci financièrement. Sans cet accompagnement, l’application rétroactive de la prime Ségur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 représente pour elles un surcoût insoutenable. Parmi de nombreux autres exemples, des associations de lutte contre le VIH doivent réduire leurs effectifs et des associations féministes, leur activité. C’est un problème majeur.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Madame Maximi, oui, j’essaye d’émettre des avis crédibles et responsables compte tenu du contexte budgétaire et je les fonde sur les montants, les évolutions présentées et les besoins.

La mission *Santé* ne couvre pas les dépenses de personnel, mais concerne des actions de prévention et de communication, de recherche et de coordination. Ces amendements relèvent du PLFSS.

Madame Simonnet, le vôtre a le mérite de relever l’impasse budgétaire dans laquelle se trouvent les associations non lucratives du secteur sanitaire, mais la mission *Santé* ne verse pas non plus de fonds aux départements.

Demande de retrait ou avis défavorable pour les deux amendements.

**M. le président Éric Coquerel.** Un des exposés sommaires évoque la prime Coquerel. Nous pouvons convenir que l’État, quand il a institué la prime Ségur, ne l’a pas dotée, ce qui a eu des conséquences sur le budget de la sécurité sociale à hauteur de 10 milliards – contribuant à son déficit, alors même qu’il s’agissait d’une politique d’État. La prime Coquerel permettait que les personnels des centres de santé municipaux en bénéficient aussi. Or, pour que les communes puissent la verser, nous avons trouvé avec Bercy un système qui était temporaire et n’a pas été renouvelé. Il faut trouver une solution plus pérenne. Le versement de ces primes pose question pour de très nombreux personnels de santé, et il faudra bien l’examiner un jour : avoir soigné pendant la pandémie a représenté le même risque que ce soit dans un centre municipal ou ailleurs. Tout cela pour dire que la prime Coquerel, hélas, n’existe plus pour les personnels des centres municipaux.

*La commission adopte l’amendement II-CF1111.*

*En conséquence, l’amendement II-CF2006 tombe.*

**M. le président Éric Coquerel.** Nous passons aux explications de vote. Pour information, nos votes aboutissent à déplacer 660 millions d’euros, dont 130 millions pour l’AME, 422 millions pour la formation des soignants et 90 millions pour le Ségur.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je reste défavorable à l’adoption des crédits de cette mission. L’augmentation des crédits de l’AME a été approuvée. Or il est impératif, sans non plus tomber dans l’excès inverse, de redéfinir le périmètre de cette aide pour nous diriger vers une aide médicale d’urgence élargie. On ne peut pas demander des efforts aux Français – notamment, peut-être, par les hausses de franchises – et laisser courir ce système dont le coût augmente constamment. En dix ans, son coût comme le nombre de ses bénéficiaires ont doublé. Il faut nous saisir du rapport Stéfanini-Évin, qui est, lui, équilibré.

**M. Denis Masségli (EPR).** En ce qui concerne l’AME, sur laquelle M. le rapporteur spécial a centré son travail, nous sommes très attachés au rapport de MM. Évin et Stefanini,

que l'on peut qualifier de transpartisan puisqu'ils sont respectivement socialiste et membre des Républicains.

Toutefois, leurs préconisations n'ont pas leur place au sein du budget. Elles exigent un texte *ad hoc* permettant de conserver l'AME, à laquelle mon groupe tient beaucoup, tout en œuvrant à rendre le panier de soins aussi efficace que possible, dans une période où les deniers publics sont rares et doivent être préservés.

Notre groupe votera contre les crédits de la mission *Santé*. Ce budget de 1,67 milliard, nos votes l'ont augmenté de 650 millions. Nous en arrivons à une facture globale de 7,5 milliards pour la seconde partie du projet de loi de finances. En un temps où les Françaises et les Français nous disent que la pression fiscale est excessive, nous devons être raisonnables.

**Mme Marianne Maximi (LFI-NFP).** Le groupe La France insoumise votera les crédits de la mission *Santé* pour plusieurs raisons. Les votes de ce matin démontrent qu'il n'y a pas de majorité à l'Assemblée nationale pour s'en prendre à l'AME, et qu'au contraire il y en a une pour la renforcer, afin d'assurer un panier de soins à la hauteur des besoins des populations migrantes. Pour nous, c'est une bonne nouvelle. Par ailleurs, nous voterons les crédits parce qu'ils généralisent la prime Ségur, ce qui est une bonne nouvelle pour les travailleurs et les travailleuses du secteur de la santé et pour les associations en difficulté à cause de décisions gouvernementales non compensées.

M. Masségli nous dit que nous en sommes à 7,5 milliards de dépenses supplémentaires en seconde partie du projet de loi de finances. Nous, nous sommes cohérents. Nous disons que, si nous voulons une loi de finances à la hauteur, il faut partir des besoins et aligner les recettes fiscales pour y répondre.

Il y a quelques jours, dans l'hémicycle, nous avons donc proposé des recettes fiscales qui auraient largement compensé cette augmentation de dépenses. Vous avez refusé, c'est votre problème. Nous sommes cohérents avec ce que nous défendons depuis le début : répondre aux besoins, lever de nouvelles recettes et faire contribuer celles et ceux qui vont très bien dans ce pays pour accompagner les personnes les plus vulnérables qui en ont besoin.

**M. Philippe Brun (SOC).** Ayant obtenu des avancées par nos amendements, comme l'a appelé notre collègue Maximi, nous voterons les crédits de la mission *Santé*.

**M. Jean-Didier Berger (DR).** Nous ne voterons pas ces crédits, considérant que trop peu d'amendements de notre collègue Nicolas Ray ont été adoptés.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Le groupe Écologiste et social votera les crédits.

Le débat s'annonçait rude, de nombreux collègues ayant pris l'engagement de remettre en cause l'AME. Ce matin, dans cette commission, nous avons réussi à montrer qu'il n'y a pas de majorité pour s'attaquer à l'AME ; au contraire, il y a eu une vraie prise de responsabilité : face à un taux de non-recours qui dépasse 50 %, nous avons décidé d'augmenter l'AME de 10 %.

Nous avons montré la nécessité de mieux soutenir et accompagner les structures des secteurs sanitaire, social et médico-social afin de compenser les disparités induites par la prime Ségur.

Je salue aussi l'engagement, en cette année où la santé mentale a été désignée grande cause nationale, à augmenter enfin les moyens alloués au numéro national de prévention du suicide, le 3114, même si beaucoup reste à faire.

Quant à celles et ceux qui disent que nous augmentons les dépenses alors même que la situation des recettes est délicate, je leur rappelle que d'autres recettes étaient possibles. Nous continuerons à nous battre pour qu'il y en ait de nouvelles permettant de répondre aux besoins.

**M. Jean-Paul Mattei (Dem).** Nous voterons contre ce budget, dont les équilibres ont été rompus faute de cohérence des amendements, qui relèvent davantage du jeu de rôle que d'un véritable travail légistique.

**M. Christophe Plassard (HOR).** Le groupe Horizons & indépendants salue la progression des crédits de la mission, signe d'un effort constant en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins. Nous approuvons la priorité donnée à la prévention, à la réduction des inégalités, à la cohésion sociale. Nous appelons à maintenir un haut niveau de préparation face aux crises sanitaires et à poursuivre l'indispensable territorialisation de l'offre de soins.

Néanmoins, nous regrettons l'adoption d'amendements coûteux, notamment celui visant à augmenter de 10 % le budget de l'AME. Ils vont à l'encontre de l'effort budgétaire dont nous savons qu'il est nécessaire. La hausse des dépenses à hauteur de 655 millions nous amène à ne pas voter les crédits de la mission.

**M. Frédéric Maillot (GDR).** La santé est notre bien le plus précieux, quelle que soit la nationalité, la couleur de peau ou l'endroit où on est né. Nous voterons ce budget.

*La commission **rejette** les crédits de la mission Santé **modifiés**.*

**Après l'article 77 :**

*Amendement II-CF2609 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Je défendrai plusieurs amendements visant à revoir le périmètre de l'AME.

Le présent amendement vise à la transformer en AMU (aide médicale d'urgence), en précisant ce dont il s'agit, l'AMU pouvant faire l'objet de plusieurs définitions. Il s'agit de stopper l'explosion du budget de l'AME en recentrant l'aide médicale sur la prise en charge des situations graves et urgentes. Les interventions liées à la grossesse, à la vaccination, à la médecine préventive et, s'agissant de la médecine de ville, aux soins urgents, notamment les soins dentaires – on ne peut pas laisser souffrir des gens, fussent-ils en situation irrégulière –, seraient conservées.

Cet amendement responsable, juste, humain et équilibré prévoit une économie de 600 millions sur 1,4 milliard. Issu du groupe Droite républicaine, il a été réécrit pour être recevable.

**M. Jérôme Legavre (LFI-NFP).** On commence par restreindre le périmètre de l'AME et on finit par la supprimer. Je vais entrer dans le détail, faute de quoi cette discussion finit par être désincarnée.

J'ai dans ma circonscription une famille nigériane ayant fui les persécutions. Sa région d'origine est dévastée par les affrontements entre l'armée et Boko Haram. Depuis le

mois de mars, cette famille, qui compte deux enfants de 3 et 5 ans, vit à la rue. On fait quoi ? S'ils sont malades, pas d'AME, pas d'accès aux soins ?

La logique, au bout du compte, c'est quoi ? Dans quelque temps, on dira aux enfants « vous n'avez plus accès à l'école » ? Voilà la logique des amendements sur lesquels nous sommes amenés à nous prononcer ! C'est inacceptable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2616 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Cet amendement, comme les autres, s'inspire d'une recommandation du rapport Évin-Stefanini. Il vise à réserver la qualité d'ayant droit d'un bénéficiaire de l'AME aux enfants mineurs.

Parmi les ayants droit, on dénombre 26 000 majeurs, ce qui déroge au droit commun des assurés sociaux nationaux. Cette exception n'a pas de raison d'être.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2008 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Il s'agit de corriger une incohérence. L'amendement vise à prendre en considération les revenus du conjoint dans la détermination du plafond de ressources applicable à l'AME.

L'éligibilité à l'AME est soumise à une vérification de ressources qui ne tient pas compte, contrairement à celle applicable aux autres dispositifs de droit commun, des revenus du conjoint. Conjugaliser les ressources du bénéficiaire est une mesure de bon sens. Nos concitoyens nous demandent de prendre des mesures de bon sens.

**Mme Anne Stambach-Terrenoir (LFI-NFP).** Ce que vous appelez une mesure de bon sens est en réalité une attaque contre le droit à la santé des femmes précaires. De nombreux responsables associatifs, notamment le Planning familial, ont bien montré que conjugaliser les ressources des bénéficiaires de l'AME, c'est toucher durement les femmes étrangères précaires. Cela aggrave leur situation, notamment en cas d'emprise et de violences.

Les enfants en subissent les conséquences. Dans le cadre de la mission d'information sur la santé mentale des mineurs, j'ai eu l'occasion de visiter la structure Care en Mater de l'hôpital de Toulouse, qui prend en charge de façon pluridisciplinaire les femmes enceintes, en mettant l'accent sur la prise en charge psychiatrique de la périnatalité. Des femmes étrangères précaires y arrivent après avoir fui un conflit et des situations de violence, et les troubles et difficultés qui en résultent ont des conséquences sur les enfants.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2615 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Cet amendement, comme les autres, est inspiré du rapport Évin-Stefanini, que vous avez tous salué. Il vise à exclure du bénéfice de l'AME, pour les faire basculer dans le dispositif dit des soins urgents, les personnes frappées d'une mesure d'éloignement du territoire prononcée pour des motifs d'ordre public, les personnes condamnées à une peine d'interdiction du territoire français (ITF) et les personnes déchues de

la nationalité française au motif qu'elles ont été condamnées pour un crime ou un délit constituant une atteinte aux intérêts de la nation.

C'est une mesure logique et de bon sens. On ne peut pas maintenir dans le régime généreux de l'AME des personnes ayant commis de tels actes ou ainsi condamnées.

Au surplus, il y a une asymétrie : un bénéficiaire de l'AME obtenant un titre de séjour cesse d'en bénéficier, mais perdre un titre de séjour à la suite d'une mesure administrative ou judiciaire d'éloignement n'emporte pas la perte de l'éligibilité à l'AME.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2614 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Pour renforcer les contrôles et éviter la fraude à l'AME, il est proposé, par cet amendement, d'imposer la présence physique du bénéficiaire lors du dépôt de la demande de renouvellement et de la remise de la carte ouvrant droit à l'AME ou renouvelant les droits. Seules 15 % des demandes font l'objet d'un contrôle. Il n'est pas interdit de considérer que c'est insuffisant – faute, certes, de moyens, dont l'augmentation induirait des dépenses supplémentaires. Cet amendement de bon sens vise à limiter les risques d'abus et de fraude, identifiés par le rapport Évin-Stefanini.

**Mme Marianne Maximi (LFI-NFP).** L'AME est la prestation sociale la plus contrôlée et faisant le moins l'objet de fraudes. L'amendement semble tout à fait inefficace. Il n'est pas nécessaire de renforcer les contrôles là où ils sont déjà les plus forts.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2130 de M. Laurent Wauquiez, amendements II-CF2024 et II-CF2022 de M. Nicolas Ray (discussion commune)*

**M. Jean-Pierre Vigier (DR).** Cet amendement du groupe Droite républicaine vise à restreindre l'AME aux soins d'urgence. Rien ne justifie que des étrangers venus illégalement sur notre sol bénéficient de soins totalement gratuits.

Il semble nécessaire de limiter la prise en charge aux soins considérés comme vitaux, c'est-à-dire ceux relatifs à la vaccination, aux maladies contagieuses, à la prophylaxie et à la maternité. Les mineurs et les femmes enceintes ne seraient pas concernés par cette restriction.

C'est un amendement de bon sens. Certains étrangers en situation régulière, et même des Français, sont moins bien soignés que les étrangers en situation irrégulière.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** L'amendement II-CF2024 vise à limiter l'AME au niveau de prise en charge dont bénéficient tous les Français, notamment en tenant compte du forfait hospitalier, que paient les Français et les étrangers en situation régulière. Il n'y a pas de raison que cette contribution ne soit pas demandée aux bénéficiaires de l'AME, d'autant que le gouvernement prévoit de l'augmenter, ce qui met beaucoup d'entre nous en difficulté.

L'amendement II-CF2022 vise à restreindre le panier de soins de l'AME pour en exclure les soins esthétiques ainsi que les soins en lien avec la stérilisation et le transsexualisme, qui n'ont rien à voir avec des soins urgents ou vitaux et contribuent chaque année à augmenter fortement les dépenses d'AME. Ce que les Français attendent, c'est une dépense de bon sens.

**M. le président Éric Coquerel.** Dans le rapport d'information sur l'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière, Mme Louwagie, membre de votre groupe, admet que les cas dont vous parlez se comptent sur les doigts d'une main. On en fait une généralité comme si c'était une utilisation courante de l'AME, alors même que plusieurs soins en ont été exclus, notamment les prothèses. On voit bien l'objectif : faire croire que l'AME sert à ça alors même que Mme Louwagie, dans son rapport, n'a pas pu renseigner les lignes correspondantes, car les rares cas existants sont sans valeur statistique. Tout cela concourt à faire disparaître l'AME petit à petit.

**M. Matthias Renault (RN).** Nous soutiendrons ces amendements, notamment l'amendement II-CF2130, qui correspond à notre programme politique et reprend un amendement défendu par Mme Louwagie il y a quelques années.

Premièrement, la question, s'agissant du budget de l'AME, n'est pas son montant mais la définition du panier de soins, dès lors que c'est une dépense de guichet, exécutée quel que soit le montant crédité.

Deuxièmement, le resserrement du panier de soins sur les soins urgents le rapproche des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME et bénéficient d'une prise en charge de fait des soins urgents dans les hôpitaux.

Troisièmement, la question, pour nous, n'est pas de savoir quels soins on prend en charge mais si la présence en France de personnes en situation irrégulière est justifiée ou non. Notre projet est de faire en sorte que, à terme, il n'y ait plus d'AME du tout faute de personnes en situation irrégulière sur le territoire. Il ne faut pas oublier cet aspect de la question.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** La question de l'AME est en effet inséparable de celle de la politique migratoire de notre pays.

Vous m'accorderez, monsieur le président, que cet amendement n'est pas le seul que je défends. La mesure proposée n'est peut-être pas essentielle financièrement parlant, mais c'est une question de principe et de symbole. Les cas sont certes rares, mais les soins sont coûteux et longs, par exemple dans le cas du transsexualisme.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement II-CF2617 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Inspiré du rapport Évin-Stefanini, il vise à subordonner la poursuite de soins chroniques et lourds à la vérification que l'étranger en situation irrégulière concerné ne peut pas bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2618 de M. Nicolas Ray*

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Il vise à permettre, dans le respect du principe de proportionnalité du règlement général sur la protection des données (RGPD), la collecte de données sur la nationalité des demandeurs et des bénéficiaires de l'AME et de soins urgents. Ces données permettent de suivre l'évolution du profil des bénéficiaires de l'AME et de documenter les raisons de leurs demandes, voire l'existence de filières. De telles données sont

recueillies dans d'autres pays de l'Union européenne. L'amendement vise à améliorer la connaissance de la situation des bénéficiaires de l'AME.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2131 de M. Laurent Wauquiez*

**M. Jean-Pierre Vigier (DR).** Il vise à instaurer un accord préalable des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) aux soins non urgents dans le cadre de l'AME.

**M. Nicolas Ray, rapporteur spécial.** Avis favorable. Il s'agit de garantir un contrôle plus strict des autorisations.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement II-CF2129 de M. Laurent Wauquiez*

**M. Jean-Pierre Vigier (DR).** Il vise à instaurer une franchise sur chaque acte médical et sur chaque médicament pour les bénéficiaires de l'AME.

*Contre l'avis du rapporteur spécial, la commission **rejette** l'amendement.*

\*

\* \*

## **LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR SPÉCIAL**

### **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

- Mme Marion Muscat, sous-directrice de l'accès aux soins
- M. Thomas Ramilijaona, sous-directeur du financement de la sécurité sociale

### **Direction Générale de la Santé (DGS)**

- Mme Sarah Sauneron, directrice générale adjointe,
- M. Emilien Roger, sous-directeur appui au pilotage et ressources

\*

\* \*