RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Contrôle de la gestion et du déploiement du dispositif Asalée

MAI 2025
2024-043R

· RAPPORT DEFINITIF - TOME 1

RAPPORT

Dr Sylvie **BAQUÉ**

Corinne **CHERUBINI**

Nicolas **DURAND**

Emmanuel **FERMOND**

Marie **SIRINELLI**

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Suivez-nous sur LinkedIn

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2

SYNTHESE 5

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 11

INTRODUCTION 16

1 GRACE AU SOUTIEN FINANCIER DES POUVOIRS PUBLICS, ASALEE A CONNU UN FORT DEVELOPPEMENT, AUTOUR D'UN MODELE ATYPIQUE, DONT LES ACTIONS S'INSCRIVENT DANS UN BESOIN DE SANTE PUBLIQUE 19

1.1 CREE EN 2004 POUR FACILITER LA COOPERATION ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERS AU SERVICE DES MALADES CHRONIQUES, LE DISPOSITIF ASALEE SE DEVELOPPE RAPIDEMENT JUSQU'EN 2023, GRACE AU SOUTIEN FINANCIER DES POUVOIRS PUBLICS 19

1.1.1 Né dans les Deux-Sèvres en 2004, le dispositif Asalée s'étend progressivement à toute la France 19

1.1.2 Asalée bénéficie d'un soutien financier continu et croissant des pouvoirs publics et, depuis 2015, d'un financement presque intégral par l'assurance maladie 22

1.2 L'ACTION DES INFIRMIERS ASALEE NE S'APPREHENDE PAS FACILEMENT TANT EN RAISON DE LA NATURE DE LEUR PRATIQUE QUE DE LEUR STATUT 24

1.2.1 L'éducation thérapeutique du patient, cœur du dispositif Asalée, est déclinée dans un protocole de coopération incluant des actes dérogatoires, source parfois d'incompréhensions 24

1.2.2 L'association salarie des infirmiers sans assumer l'intégralité de ses responsabilités en tant qu'employeur du fait de l'interférence des médecins dans la relation de travail 26

1.3 LA COOPERATION INFIRMIER-MEDECIN ORGANISEE PAR L'ASSOCIATION POUR DISPENSER DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE REPOND A DE REELS BESOINS DE SANTE 28

1.3.1 L'éducation thérapeutique, partie intégrante de la prise en charge du patient, consiste en une approche holistique qui nécessite du temps 28

1.3.2 Le cahier des charges réglementaire des actions d'accompagnement thérapeutique n'est pas défini 29

1.3.3 Les recommandations les plus récentes sur la prise en charge des pathologies chroniques mettent au premier rang les modifications thérapeutiques du mode de vie, cœur de cible de l'activité du dispositif Asalée 29

2 LES ACTIONS DEPLOYEES PAR ASALEE SONT PARTIELLEMENT CONFORMES AUX DECISIONS DE FINANCEMENT 30

2.1 AU REGARD DE LEUR NATURE, LES DEPENSES DE L'ASSOCIATION SONT, POUR L'ESSENTIEL, CONFORMES AUX DECISIONS DE FINANCEMENT, LESQUELLES RECELENT DE NOMBREUSES IMPRECISIONS 30

2.1.1 Dans leur très grande majorité, les dépenses d'Asalée correspondent – au regard de leur nature – à la liste énumérée par les décisions de financement 32

2.1.2 Une part résiduelle des dépenses a été contestée par l'assurance maladie sans qu'il soit possible de statuer sur leur conformité en raison de l'imprécision de la convention de financement et des comptes 33

2.1.3 Les sommes versées aux médecins s'avèrent insuffisamment encadrées et, pour certaines, ne sont pas conformes aux décisions de financement 35

2.2 LE DEPLOIEMENT DU DISPOSITIF EST PARTIELLEMENT CONFORME AUX DECISIONS DE FINANCEMENT 36

2.2.1 La répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes aux décisions de financement, qui ne sont pas suffisamment précises au sujet des activités déployées 37

2.2.2 Les plafonds d'équivalents temps plein inscrits dans les décisions de financement n'ont, sauf exception, pas été respectés par Asalée 39

2.2.3 Les dépassements des plafonds conventionnels ont conduit à une dégradation de la situation financière de l'association sur la période récente ... 40
2.3 ASALEE N'ATTEINT PAS LES OBJECTIFS D'ACTIVITE FIXES PAR LA CONVENTION ... 43
2.3.1 Le nombre de patients rencontrés est très en deçà des objectifs fixés par la convention, ce qui se traduit par un faible nombre de bénéficiaires et un coût élevé de la consultation ... 43
2.3.2 Le nombre limité de consultations, au regard de l'objectif conventionnel, s'explique par leur durée mais aussi par l'importance des autres activités ... 45
2.3.3 L'augmentation de l'activité des infirmiers nécessite d'encadrer l'adressage de patients et la révision du ratio infirmier/médecin ... 47

3 LES PRINCIPES D'EXTERNALISATION ET D'HOLACRATIE STRUCTURENT UNE ASSOCIATION A LA GESTION ET AU PILOTAGE INSUFFISANTS ... 49

3.1 L'EXTERNALISATION ET CERTAINES NEGLIGENCES SE CONJUGUENT POUR CREER DES DIFFICULTES GENERALES DE GOUVERNANCE ET DE GESTION ... 50
3.1.1 La fonction de direction quoique portée par un nombre restreint de personnes est éclatée et connaît d'importants dysfonctionnements ... 51
3.1.2 La fonction administrative, totalement déléguée, fait l'objet de négligences ce qui pose des problèmes de traçabilité et d'opposabilité ... 55
3.1.3 La fonction financière, reposant sur l'appui de prestataires, comporte des lacunes notamment en termes de transparence, et génère des risques qui doivent être maîtrisés ... 56
3.2 L'EXTERNALISATION DE NOMBREUSES FONCTIONS CONDUIT A UNE GESTION OPAQUE ET GENERE DES CONFLITS D'INTERETS ... 58
3.2.1 L'externalisation conjuguée à l'absence de comptabilité fine génèrent une certaine opacité financière qui ne permet pas d'apprécier l'efficience d'une gestion en apparence économe ... 58
3.2.2 L'imbrication avec les prestataires historiques induit des conflits d'intérêts au détriment du patrimoine de l'association, de l'efficience de sa gestion et du respect des règles de la commande publique ... 60
3.3 L'HOLACRATIE COUPLEE A LA SOUS-TRAITANCE GENERALISEE CREENT [redacted] ... 64
3.3.1 Les salariés, [redacted] ... 64

4 LE CONTROLE ET L'EVALUATION DU DISPOSITIF ASALEE DOIVENT ETRE RENOVES ... 68

4.1 L'OCTROI DE LA SUBVENTION ET LE SUIVI DE SON USAGE REPOSENT SUR UNE PROCEDURE CONVENTIONNELLE QUI DOIT SE NORMALISER ... 69
4.1.1 Sur la période courant de 2019 à 2024, l'octroi de la subvention s'est partiellement affranchi du cadre posé par la loi du 12 avril 2000 ... 69
4.1.2 Le support conventionnel d'octroi de la subvention peut encore être clarifié ... 71
4.2 LE CONTROLE DE L'USAGE DE LA SUBVENTION PAR LES AUTORITES ADMINISTRATIVES A SOUFFERT DE SON DEMEMBREMENT, TOUT EN S'AJUSTANT PROGRESSIVEMENT ... 72
4.2.1 Le financement de l'association obéit à un dispositif tripartite, unique pour l'assurance maladie, qui n'a pas contribué à l'efficacité du contrôle ... 72
4.2.2 Le contrôle de l'usage du financement par l'ensemble des autorités administratives concernées a plus largement connu des difficultés de positionnement et de coordination ... 75
4.3 L'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF ASALEE SE HEURTE ENFIN A PLUSIEURS DIFFICULTES ... 80
[redacted] La mesure de l'activité de l'association, qui ne peut reposer en l'état actuel sur aucun moyen externe [redacted] ... 80
4.3.2 Le dispositif Asalée ne fait plus l'objet d'aucune évaluation externe ... 81

CONCLUSION ... 85

LISTE DES ANNEXES ... 87

LISTE DES PIECES JOINTES ... 88

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ... 89

ASSOCIATION ASALEE **90**
SIGLES UTILISES **95**
LETTRE DE MISSION **99**
OBSERVATIONS DE L'ASSOCIATION ASALEE REPONSES DE L'IGAS **101**
OBSERVATIONS DE LA CNAM ET LA CPAM 79 REPONSES DE L'IGAS **220**
OBSERVATIONS DE LA DSS – REPONSES DE L'IGAS **241**

Les informations occultées dans le présent rapport (y compris dans les réponses formulées au sujet du rapport provisoire) l'ont été au titre des secrets et données protégés par la loi (articles L. 311-6 et L. 312-1-2 du CRPA), en particulier le secret des affaires et le secret de la vie privée (applicable aux personnes morales, conformément à la jurisprudence). Les informations disponibles en sources ouverte ou celles qui devraient être rendues publiques en application des textes en vigueur ont été maintenues ; de même que celles directement rattachables aux concours publics reçus par Asalée.

SYNTHÈSE

[1] Le dispositif Asalée permet à des malades chroniques de bénéficier, sur proposition de leur médecin traitant, de séances d'éducation thérapeutique et le cas échéant, d'actes techniques dérogatoires réalisés par un infirmier. L'association Asalée forme et accompagne des équipes pluriprofessionnelles composées de médecins et d'infirmiers, soutenues par des fonctions supports. Les infirmiers sont, dans leur immense majorité, salariés par l'association alors que les médecins en sont des adhérents.

[2] Né dans les Deux-Sèvres en 2004, ce dispositif se développe rapidement à partir de 2012 et s'étend à toute la France grâce au soutien financier des pouvoirs publics, en particulier aux subventions de l'assurance maladie. Celles-ci ont plus que doublé entre 2019 et 2023 (295,2 M€ versés sur la période) et atteignent 83 M€ en 2023, soit 97,6 % des ressources de l'association. Fin 2023, le dispositif compte 2 004 infirmiers [redacted] et 9 010 médecins.

[3] L'éducation thérapeutique du patient répond à de réels besoins de santé publique et rejoint les recommandations récentes des autorités sanitaires sur les modifications thérapeutiques du mode de vie comme traitement des maladies chroniques. La présente mission n'avait toutefois pas pour objet d'évaluer le dispositif – qui a fait l'objet d'évaluations positives quoique déjà anciennes de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)[1] - mais de contrôler la régularité et la qualité de sa gestion par l'association Asalée.

Asalée s'organise autour de deux principes fondateurs, l'externalisation et l'holacratie, qui sont sources de multiples difficultés et de nombreuses irrégularités

[4] Malgré une croissance très importante, le fonctionnement, la gestion et la gouvernance d'Asalée ont très peu évolué et restent fondés sur deux principes :

- l'externalisation qui conduit à confier la quasi-totalité des fonctions de direction et des fonctions opérationnelles à des prestataires, notamment IS@S Ingénierie S@nté social SARL (dite ISAS) et Informed 79 Services SAS (dite Informed 79) qui accompagnement l'association depuis sa création au point qu'Asalée les qualifie de « *prestataires historiques* ».
- l'holacratie[2] qui, dans une logique de déconcentration, confie aux infirmiers et médecins participant au dispositif de nombreuses tâches [redacted]

[1] Tout particulièrement s'agissant du suivi des patients diabétiques.

[2] « *Système de gouvernance organisationnelle permettant l'auto-organisation des parties prenantes* », selon le Petit Larousse. Cette terminologie étant celle utilisée et revendiquée par l'association, la mission l'emploie comme telle dans ce rapport.

[redacted]

[5] Cette organisation apparaît désormais mal adaptée à ce qu'est devenue Asalée : une structure nationale de taille intermédiaire quasi-intégralement financée par des fonds publics. Ainsi, l'externalisation, à laquelle s'ajoutent un certain nombre de négligences, est source de difficultés générales de gouvernance et de gestion (absence de budget, [redacted], etc). Conjuguée à l'absence de comptabilité fine, elle génère une opacité financière qui ne permet pas de mesurer exactement les coûts de gestion.

[6] Cette organisation et ces négligences sont également sources d'irrégularités : omission de signalement de changement de statuts et de dirigeants en préfecture, comptes partiellement publiés, [redacted] pour un organisme sans but lucratif...

[7] L'externalisation et l'imbrication d'Asalée avec ses prestataires historiques induit, en outre, des conflits d'intérêts. [redacted]. Le marché de prestations de service conclu début 2023 est, en raison de cette imbrication, entaché par des conflits d'intérêts et une rupture d'égalité entre les candidats.

[8] L'organisation holacratique d'Asalée, couplée à la sous-traitance généralisée, créent enfin des difficultés globales de pilotage : les infirmiers réalisent parfois des missions éloignées de leur métier, les modes de résolution des différends et des conflits [redacted], l'organisation du dispositif met des tiers (médecins, structures d'exercice coordonné...) en situation d'interférer dans le lien de subordination juridique entre Asalée et ses salariés... Les infirmiers, [redacted], sont néanmoins pour la plupart d'entre eux satisfaits de leur travail.

[9] [redacted], enfin, l'organisation holacratique, dans un contexte d'externalisation des fonctions liées aux ressources humaines (RH), engendre d'importants dysfonctionnements et des irrégularités. [redacted]

Les activités d'Asalée sont partiellement conformes aux décisions de financement, lesquelles comportent de nombreuses imprécisions

[10] Le dispositif conventionnel sur lequel se fonde la subvention de l'assurance maladie n'a, lui non plus, pas fondamentalement évolué, alors que les sommes versées ont été multipliées par près de trente entre 2013 et 2023.

[11] En premier lieu, la convention de financement signée en 2019 entre l'association, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la caisse primaire d'assurance maladie des Deux-Sèvres (CPAM 79) fixe une liste de dépenses éligibles qui, pour l'essentiel, a été respectée. Il s'agit notamment des charges de personnel (82 % des dépenses), des frais de fonctionnement et des

frais de formation. Au total, 95 % des dépenses réalisées sur la période 2019-2023 peuvent être considérées comme conformes aux décisions de financement, au regard de leur nature.

[12] Une partie des dépenses restantes a été contestée par l'assurance maladie : dépenses immobilières (2,7 % des dépenses en 2023), licences informatiques, formation des infirmiers en pratique avancée et recrutement de personnels non-infirmiers. La mission n'a pu statuer sur la conformité de ces dépenses faute de dispositions conventionnelles claires et d'une distinction comptable complète des différentes ressources et de leur emploi, permettant de vérifier le bon usage de la subvention.

[13] Des sommes significatives sont allouées aux médecins adhérents à l'association – 15 % des subventions versées sur la période 2019-2022 - notamment pour indemniser les temps de concertation autour des dossiers patients alors que les règles de calcul de ces indemnités ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle. De même, la formation des médecins est indemnisée par Asalée hors de tout cadre conventionnel.

[14] En deuxième lieu, la convention signée en 2019 fixe des conditions pour le déploiement du dispositif qui n'ont été que partiellement respectées. Si la répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes, ce n'est pas le cas des plafonds de recrutements subventionnés que l'association dépasse régulièrement depuis 2017.

[15] En dernier lieu, la convention signée avec l'assurance maladie comporte un objectif d'activité (1 205 patients/an/ETP) que moins de 10 % des infirmiers respectent en 2022 et 2023. Cet écart s'explique notamment par l'importance de leurs activités annexes [redacted] ou insuffisamment encadrées [redacted]

[16] Par ailleurs, si l'éducation thérapeutique du patient est au coeur du dispositif Asalée, elle apparaît de façon marginale dans le protocole de coopération autorisé en 2012, la grille de la Haute Autorité de santé mettant en avant les pathologies chroniques susceptibles de donner lieu aux actes techniques dérogatoires autorisées par le protocole[3]. Cette ambiguïté étant reproduite dans les conventions de financement successives, y compris celle signée en 2019, il n'est pas possible de statuer sur la conformité, par rapport à la convention, des activités déployées par Asalée au cours de la période 2019-2023.

[17] Sur le plan financier, le défaut de pilotage budgétaire et le dépassement des plafonds de recrutement fixés par la convention se sont conjugués pour conduire à une dégradation des comptes de l'association à partir de 2021. Le financement du dispositif repose, en effet, sur un forfait – versé pour chaque ETP infirmier - qui a, jusqu'en 2021, assuré à Asalée une situation financière confortable.

[18] Cette situation s'est dégradée lorsque, parallèlement à la baisse de ce forfait et à la récupération par l'assurance maladie des réserves constituées par l'association, celle-ci a poursuivi ses recrutements au-delà des plafonds conventionnels sans bénéficier de ressources complémentaires. En 2023, dans un contexte marqué par l'absence de convention de financement, les recrutements se sont poursuivis, conduisant l'association au bord de la cessation

[3] Tabagisme à risque de broncho pneumopathie chronique obstructive, diabète de type 2, risque cardio-vasculaire et troubles cognitifs.

de paiement au printemps 2024. Celle-ci ne sera évitée que grâce à l'intervention de l'État et la signature d'une nouvelle convention au mois de juin suivant avec l'assurance maladie.

Un contrôle qui peine à trouver sa juste mesure en dépit des efforts de l'Assurance maladie pour le renforcer depuis 2022

[19] Face à ces difficultés et à la stratégie de développement continu d'Asalée, la réaction des autorités administratives a été parfois hésitante voire incohérente.

[20] La procédure de subventionnement est ponctuée par de nombreux retards dans la signature des conventions de financement : plus d'un tiers de la période 2019-2024 est passé sans décision de financement. Le dispositif conventionnel est même totalement interrompu en 2023, car Asalée refuse de signer le texte proposé, en raison d'une augmentation jugée insuffisante du nombre d'ETP financés et des nouvelles conditions que l'assurance maladie souhaitait poser pour le développement du dispositif.

[21] Au sein de l'assurance maladie, le financement d'Asalée est partagé entre la CNAM qui assume le rôle de prescripteur et la CPAM 79 qui assure celui de payeur. Cette répartition, héritée de l'histoire d'Asalée, comporte des fragilités juridiques et ne traduit pas la réalité des responsabilités respectives. Elle a aussi conduit à un fonctionnement cloisonné jusqu'en 2022, avant une implication accrue de la CNAM et une meilleure coordination CNAM/CPAM 79.

[22] Signataire des conventions de financement jusqu'en 2019, le ministère de la santé - représenté par la direction de la sécurité sociale (DSS) - se désengage en partie par la suite, faisant porter à l'assurance maladie l'essentiel du pilotage, désormais rattachable à l'article L. 221-1, 9° du code de la sécurité sociale, sans s'assurer de la mise en œuvre des dispositifs de contrôle de droit commun.

[23] Le contrôle exercé par les autorités administratives sur l'usage de la subvention n'a d'abord pas trouvé son juste champ et sa juste intensité. Les irrégularités constatées par la CPAM 79 lors de ses contrôles annuels depuis 2018 ne trouvent ainsi qu'un faible écho au niveau national. À partir d'octobre 2022, l'assurance maladie se montre plus ferme. Cependant, cette fermeté se heurte à la dépendance financière de l'association et à la crainte de provoquer la fin de son activité, au détriment des salariés et des patients. Elle est également entravée par l'attitude [redacted] d'Asalée qui résistent à certaines demandes de leur financeur, en mobilisant au surplus des soutiens publics et politiques. L'attribution, par l'État en juillet 2024, d'une aide finançant partiellement les dépassements de plafonds conventionnels de recrutement affaiblit cette tentative de pilotage plus déterminée de la part de l'assurance maladie.

[24] La création, en 2021, d'un comité de surveillance (COSUR) aux larges attributions témoigne du basculement du contrôle de l'usage de la subvention vers un risque d'ingérence. Ce risque est toutefois demeuré limité, ce comité n'ayant en réalité pas exercé les missions qui lui étaient dévolues. La convention du 11 juin 2024, qui ne fait plus mention de ce comité, témoigne de la recherche d'un nouvel équilibre dans le contrôle exercé par les pouvoirs publics, mieux ciblé sur le seul usage de la subvention.

[25] [redacted]

[26] Enfin, l'évaluation du dispositif Asalée par l'IRDES, prévue dans les conventions de financement successives, a permis de documenter son impact sur l'activité des médecins et sur la qualité du suivi des patients diabétiques. Ces travaux sont interrompus depuis 2021.

Des changements profonds doivent être apportés au cadre de financement, à son contrôle et à la gestion de l'association

[27] Compte tenu de ces multiples difficultés, si les pouvoirs publics souhaitent poursuivre leur soutien financier à l'association, des changements profonds s'imposent pour tenir compte de ce qu'est aujourd'hui Asalée : une association de 2 000 salariés dotée d'un budget de plus de 100 millions d'euros. Ces changements ne pourront s'opérer sans une volonté réelle de l'association et un changement de posture [redacted], aujourd'hui marquée par une défiance assumée à l'égard des pouvoirs publics.

[28] La mission formule 38 recommandations adressées, parfois conjointement, à Asalée (32), à l'assurance maladie (13) et au ministère de la santé (6), qui s'articulent autour de 5 thèmes :

- **Clarifier le protocole Asalée et la convention de financement, en y intégrant une relance de l'évaluation externe :** il s'agit de reprendre, clarifier et simplifier le protocole de coopération afin d'y positionner clairement l'éducation thérapeutique et, sur ce fondement, d'adopter des dispositions conventionnelles précises concernant le déploiement du dispositif, les activités financées et les dépenses éligibles ; ces nouvelles dispositions conventionnelles devraient inclure une relance de l'évaluation externe en la centrant sur l'éducation thérapeutique du patient.
- **Sécuriser, sur le plan comptable, budgétaire et financier, l'attribution de la subvention de l'assurance maladie et sa gestion par Asalée** :
  - pour Asalée, une meilleure gestion de la subvention - qui ne peut être perçue sans la signature préalable d'une convention de financement - suppose l'amélioration de la qualité des comptes et la production des comptes rendus financiers prévus par la loi pour permettre aux financeurs de vérifier la bonne utilisation de leurs subventions ; cela suppose également la mise en œuvre d'un réel pilotage du déploiement du dispositif, incluant un budget prévisionnel, [redacted]
  - pour l'assurance maladie, cette sécurisation implique une recentralisation de la gestion de ce dossier, un plein respect des prescriptions légales en matière d'octroi et de suivi des subventions et l'anticipation des échéances des conventions ou, à défaut, l'instauration de mécanismes provisoires sécurisant les versements sous forme d'acomptes récupérables, assortis de conditions et d'objectifs ;
  - pour les autorités administratives dans leur ensemble, cela suppose de structurer et repositionner le contrôle de l'utilisation de la subvention, en soumettant les conventions au contrôle de l'État, en associant un ou plusieurs acteurs tiers au dialogue entre Asalée et l'assurance maladie (médiateur et contrôleur économique et financier), en associant la direction générale de l'offre de soins au suivi de l'usage de la subvention et en poursuivant des contrôles annuels sur place et sur pièces, contradictoires et limités au seul usage de la subvention.

- **Accroître l'activité des infirmiers dédiée aux patients,** ce qui nécessite d'augmenter la part du temps de travail consacré aux consultations [redacted] ; de renforcer, aux niveaux national et individuel, le suivi des indicateurs d'activité et de garantir un certain adressage de patients en faisant signer aux médecins un contrat définissant leurs droits et devoirs.

- **Renforcer et sécuriser la gouvernance d'Asalée,** en régularisant les modifications de gouvernance, [redacted] en supprimant – pour le passé - le COSUR et en choisissant entre une gestion intéressée ou désintéressée [redacted]

- **Professionnaliser la gestion des RH, les relations de travail et le dialogue social :** pour cela, Asalée doit exercer l'ensemble de ses prérogatives et responsabilités d'employeur ; [redacted] ; [redacted]

- **Clarifier les liens avec les prestataires historiques :** cela suppose de relancer, fin 2025, un marché de prestations de services pour les lots support-ingénierie et informatique, en assurant la prévention des conflits d'intérêts et l'égalité de traitement des candidats ; plus généralement l'association devrait examiner la possibilité d'internaliser les prestations offertes par Informed 79 et ISAS.

[29] Pour assurer la poursuite du dispositif, les mesures ici proposées doivent être mises en œuvre à brève échéance par Asalée et, s'agissant du cadre de pilotage et de contrôle, par les autorités administratives.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Les recommandations de mise en conformité sont signalées par un astérisque (*).

Trois niveaux de priorité sont distingués. Le niveau 1 correspond aux 29 recommandations les plus urgentes. Parmi ces 29 recommandations, on trouve 14 recommandations de mise en conformité. Parmi les 15 autres recommandations de niveau 1 restantes, figurent de nombreuses recommandations destinées à améliorer et sécuriser la gestion, le pilotage et la gouvernance d'Asalée. On y trouve également des recommandations concernant l'amélioration du dispositif conventionnel.

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable (le cas échéant : pilote en gras)	Échéance
Clarifier le protocole Asalée et la convention de financement, en y intégrant une relance de l'évaluation externe du dispositif				
1	Reprendre, clarifier et simplifier la rédaction du protocole de coopération Asalée afin d'en faciliter la compréhension, en positionnant clairement l'éducation thérapeutique.	1	Asalée	2026
3	Publier le cahier des charges des actions d'accompagnement d'éducation thérapeutique prévu par l'article L. 1161-3 du code de la santé publique.	2	DGS	2026
7	Adopter des dispositions conventionnelles précises s'agissant des dépenses éligibles (notamment les dépenses immobilières, la formation des infirmiers en pratique avancée, les licences informatiques, les indemnités de concertation des médecins, les personnels non-infirmiers...) et des activités financées ; ces dernières devront être revues lorsque le protocole de coopération sera révisé ; pour chaque objectif poursuivi, définir et suivre des indicateurs chiffrés.	1	**Assurance maladie** Asalée	2025
38	Relancer l'évaluation externe du dispositif Asalée, en la faisant porter sur une période longue et en la centrant sur l'activité d'éducation thérapeutique du patient.	2	**CNAM** Asalée DGOS DSS	2026
Sécuriser sur le plan comptable, budgétaire et financier l'attribution de la subvention assurance maladie et sa gestion par l'association				
Octroi de la subvention				
32*	Anticiper les échéances des conventions ; à défaut, prévoir des mécanismes conservatoires, restrictifs et conditionnels sécurisant les versements sous forme d'acomptes récupérables. En tant que de besoin, suivre la procédure de réquisition du comptable.	1	**Assurance maladie** DSS	2025

	Parfaire les dispositions règlementaires relatives au régime de réquisition des comptables des organismes de sécurité sociale.			
29*	Veiller pleinement au respect de la procédure d'octroi des subventions prévue par la loi du 12 avril 2000 dite DCRA, avec l'instruction d'un dossier de demande de subvention, puis la signature de conventions bis ou pluriannuelles précédant l'octroi de la subvention par le financeur et sa perception par Asalée.	1	Asalée **Assurance maladie**	2025
10	Prévoir dans la convention un dispositif d'avance sur subvention et préciser les conditions dans lesquelles peut être conservé tout ou partie de la subvention non intégralement consommée.	1	Assurance maladie	2025
33*	Soumettre les conventions et avenants au contrôle pertinent de l'Etat (CGEFI et DSS ou DSS en fonction du niveau de centralisation retenu pour la gestion de la subvention). À cet égard, édicter les textes règlementaires permettant l'application du contrôle des subventions et avantages octroyés sans décision des conseils des caisses.	2	Assurance maladie **DSS**	2026
31*	Recentraliser la gestion du dispositif Asalée. En cas de volonté de délégation du paiement de la subvention, respecter la procédure de la convention de mandat.	1	CNAM	2026
	Gestion de la subvention			
8	Mettre en œuvre un réel pilotage du déploiement du dispositif Asalée, incluant un budget prévisionnel, des objectifs territorialisés de recrutement et un suivi rigoureux de leur respect.	1	Asalée	2026
9	Formaliser la procédure de recrutement des équipes Asalée et produire des indicateurs rendant compte de sa mise en œuvre.	1	Asalée	2026
5	Améliorer la précision des comptes pour permettre de vérifier la bonne utilisation des subventions publiques.	1	Asalée	2026
6*	Établir, dans les délais légaux, des comptes-rendus financiers de subvention permettant de distinguer les différentes ressources et leur emploi.	1	Asalée	2025
	Suivi et contrôle de la subvention			
34	Prévoir la poursuite d'un contrôle annuel contradictoire, sur pièces et sur place, du seul usage de la subvention. En cas de non-respect des conditions fixées par la convention, prévoir une récupération de la subvention en mettant en œuvre cet outil de façon proportionnée.	1	Assurance maladie	2025
35	Associer la DGOS au suivi de l'usage de la subvention. Subordonner le versement de la subvention à la déclaration des professionnels de santé participant au protocole de coopération, tout en précisant dans la convention que, pour participer au dispositif et percevoir	2	CNAM DGOS	2026

	les rémunérations et indemnisations afférentes, médecins et infirmiers sont tenus de procéder à cette déclaration.			
36	Associer un ou plusieurs acteurs tiers au dialogue entre Asalée et les financeurs et au contrôle de l'usage de la subvention (médiateur et contrôleur économique et financier).	1	Asalée CNAM **DSS** DGOS	2025
30*	Assurer la transparence des données essentielles relatives à la convention, conformément aux dispositions de la loi du 12 avril 2000 dite DCRA.	2	CNAM	2026
Accroître l'activité				
12	[redacted]	1	Asalée	2026
14	Préciser les droits (indemnités de concertation, formation…) et devoirs (adressage de patients, participation – le cas échéant - aux frais de fonctionnement, cotisation, déclaration d'adhésion au protocole de coopération…) des médecins. À cette fin, revoir les statuts et le règlement intérieur et faire signer à chaque médecin adhérant à Asalée un contrat stipulant ces droits et devoirs. Inscrire dans les conventions de financement des dispositions précises fixant les dépenses autorisées au bénéfice des médecins et les conditions qu'ils doivent remplir pour les percevoir.	1	Asalée CNAM	2026
11	Renforcer, aux niveaux national et individuel, le pilotage et le suivi des indicateurs d'activité, fondés sur les objectifs précis inscrits dans la convention de financement.	2	Asalée Assurance maladie	2026
13	Redéfinir le ratio infirmier/médecin généraliste pour intégrer les caractéristiques de la patientèle médecin (taille de la file active, nombre de patients souffrant de maladies chroniques, précarité…) et, le cas échéant, le volume d'adressage.	2	Asalée Assurance maladie	2026
Renforcer et sécuriser la gouvernance de l'association				
20*	Mettre en place un pilotage budgétaire en élaborant des budgets prévisionnels et, le cas échéant, rectificatifs, et en les soumettant au conseil d'administration.	1	Asalée	2025
15	Adapter la gouvernance de l'association à la réalité de ses pratiques, notamment le rôle des retraités et anciens membres du conseil d'administration, et adapter également la composition de ce dernier.	2	Asalée	2026
16*	Choisir entre une gestion intéressée ou désintéressée et se conformer à l'ensemble des règles fiscales correspondantes.	1	Asalée	2025

17*	Régulariser auprès de la préfecture les modifications de gouvernance.	1	Asalée	2025
18	[redacted]	1	Asalée	2025
19	[redacted]	1	Asalée	2025
21*	Supprimer conventionnellement l'exigence d'une approbation des comptes 2022 par le comité de surveillance, supprimer ce comité des statuts d'Asalée et procéder à l'approbation des comptes 2022 selon les règles statutaires	1	Asalée Assurance maladie	2025
22*	Publier, conformément aux textes, les comptes de l'association et rapports du commissaire aux comptes pour les exercices antérieurs à 2019 et postérieurs à 2021.	1	Asalée	2025
37	[redacted]	1	Asalée	2026
Professionnaliser la gestion des ressources humaines, les relations du travail et le dialogue social				
2*	Sécuriser le cadre dans lequel l'association exerce ses prérogatives et responsabilités d'employeur.	1	Asalée	2026
4	Inscrire une clause de dédit-formation dans le contrat des infirmiers Asalée s'engageant dans une formation IPA financée par l'association.	3	Asalée	2026
26	[redacted]	1	Asalée	2026
27*	[redacted]	1	Asalée	2025
28*	[redacted]	1	Asalée	2025
Clarifier le lien avec les prestataires historiques				
23*	Relancer fin 2025 un marché de prestations de services pour les lots support-ingénierie et informatique, en veillant au strict respect des règles de la commande publique, notamment la prévention des conflits d'intérêts et l'égalité de traitement des candidats.	1	Asalée	2025
24	Examiner la possibilité d'internaliser les prestations offertes par ISAS et Informed 79.	1	Asalée	2026

25*	Se conformer aux règles de la commande publique pour l'ensemble des achats dont le montant est au moins égal au seuil fixé par la règlementation.	1	Asalée	2026

INTRODUCTION

[30] Par une lettre de mission datée du 6 juin 2024 et reçue par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) le 9 juillet suivant, le ministre chargé de la santé et de la prévention a confié à l'IGAS une mission de contrôle de la gestion du dispositif Asalée et d'évaluation de ses conditions de déploiement, distinguant ces deux objets suivant deux « *temps* » spécifiques. Le présent rapport répond à l'objet énoncé « *dans un premier temps* », à savoir la mission de contrôle.

[31] Conformément à la lettre de mission, les travaux ont porté :

- sur l'efficience et la régularité de l'utilisation des financements publics perçus par l'association Asalée, au premier rang desquels la subvention versée par l'assurance maladie, qui représente 97,6 %[4] du total des produits d'exploitation de l'association en 2023 ;
- sur la gouvernance et la gestion de l'association en se concentrant, à ce dernier titre, sur les ressources humaines et le dialogue social, mentionnés dans la lettre de mission, de même que sur le sujet de la commande publique, spécifiquement évoqué par le commanditaire lors des échanges de cadrage, en raison des conclusions des rapports de contrôle annuels de la CPAM des Deux-Sèvres ;
- enfin, sur l'étendue des contrôles que les pouvoirs publics sont fondés à exercer sur l'association.

[32] À cet égard, la mission ne peut se prévaloir d'un regard exhaustif sur Asalée, et ne s'est penchée que sur les sujets et questions qui sont explicitement traités dans le présent rapport.

[33] Les actions déployées par l'association Asalée permettent à des malades chroniques de bénéficier de séances d'éducation thérapeutique (et le cas échant d'actes techniques) de la part d'un infirmier, sur décision du médecin traitant. Cette prise en charge déclinée notamment dans un protocole de coopération autorisé en 2012 après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et étendu au niveau national en 2021, repose sur l'association qui recrute, forme et accompagne des infirmiers collaborant avec les médecins généralistes adhérant à l'association.

[4] Assurance maladie, *Rapport de contrôle réalisé par l'assurance maladie sur l'usage de la subvention en 2023*, janvier 2025.

Asalée

La dénomination « *Asalée* » (« Action de santé libérale en équipe ») couvre plusieurs notions, légèrement distinctes. Elle désigne, tout d'abord, le projet de coopération entre infirmiers et médecins qui a donné lieu, à partir de 2012, à un protocole de coopération du même nom. Ensuite, et également, elle désigne l'association (« *Association Asalée* ») créée en 2005 pour mettre en œuvre ce projet, puis ce protocole[5]. Elle couvre enfin le « *dispositif* », nommé comme tel dans de nombreux documents (au premier rang desquels les conventions de financement), qui englobe tant le contenu du projet, mis en forme dans le protocole, que son support associatif et son mode de financement. Selon l'association, le dispositif Asalée constitue, plus largement, « *un modèle organisationnel global, articulant une vision du soin en équipe, une dynamique territoriale, et un engagement fort en matière d'éducation thérapeutique, de prévention et de prise en charge coordonnée* »[6].

La mission, dans ce rapport, utilisera le terme simple « *Asalée* » pour désigner l'association, et les termes « *protocole de coopération Asalée* » ou « *dispositif Asalée* » pour désigner le contenu de l'action mise en œuvre, selon un prisme plus ou moins global.

[34] Le contrôle ainsi mené sur la gestion du dispositif Asalée a porté sur une période courant de l'année 2019 (année de signature de la première convention de financement conclue exclusivement entre Asalée et l'assurance maladie, sans signature par l'État) à septembre 2024. Cette période inclut celle de l'épidémie de covid-19, que la mission a intégrée à l'analyse en ayant toutefois bien à l'esprit son caractère atypique, tant pour l'association que pour les autorités administratives.

[35] Les constats de la mission résultent de l'étude des nombreux documents transmis par l'association, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la caisse primaire d'assurance maladie des Deux-Sèvres (CPAM 79), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le comité social et économique (CSE), recueillis par le biais de questionnaires adressés au moyen de la plate-forme collecte-pro. Elle a pu, tout particulièrement, se fonder sur les rapports et les dossiers du contrôle réalisé annuellement par la CPAM 79. Ces analyses sur pièces ont été complétées par des entretiens avec les membres du conseil d'administration d'Asalée et certains de ses salariés, prestataires – dont certains sont désignés par l'association comme des « prestataires historiques » -, de même qu'avec les élus du CSE, et plusieurs interlocuteurs au sein de la CNAM, de la CPAM 79, de la DSS, de la DGOS et de la DGS (cf. liste des personnes rencontrées, en annexe). La mission a également échangé avec une trentaine de professionnels de santé exerçant dans le cadre du dispositif Asalée, en se déplaçant sur les lieux d'exercice de plusieurs d'entre eux. La méthodologie mise en œuvre par la mission est détaillée en annexe 4.

[36] Malgré le très bon accueil réservé par les professionnels lors de ces visites de terrain, et les nombreux documents transmis par l'association[7], le déroulé de la mission a été marqué par la difficulté à établir un dialogue apaisé avec certains interlocuteurs, et par la posture plus générale

[5] Association que l'on trouvera, dans ce rapport, parfois dénommée sous le terme d'« *entreprise* », afin d'épouser les typologies pertinentes du code du travail.
[6] Cf. réponse de l'association au rapport provisoire.
[7] Parfois avec d'importants retards.

de défiance de l'association, se traduisant dans des échanges verbaux parfois tendus, et par la mise en cause, à plusieurs reprises, du fondement ou des méthodes de la mission. Cette défiance s'est poursuivie et même accentuée lors de la phase contradictoire : la réponse d'Asalée est ponctuée de très nombreuses accusations voire de menaces, exprimées de façon souvent véhémente. L'IGAS ne rencontre qu'exceptionnellement ce type de posture dans le cadre de ses missions, quelle que soit la situation dans laquelle se trouvent les organismes sur lesquels elle intervient. Celle-ci a pu ainsi mesurer à quel point les difficultés traversées par l'association, notamment dans sa relation avec ses financeurs, s'expliquaient, au moins partiellement, par des attitudes personnelles et une posture institutionnelle d'opposition aux autorités publiques. Cette difficulté à établir des échanges fluides, et l'absence répétée de réponse à plusieurs questions[8], justifient dans le présent rapport une précaution particulière pour la formulation de certains constats, faute pour la mission d'avoir pu éclaircir ces points de façon aussi complète ou précise qu'elle l'aurait souhaité.

[37] L'organisation atypique de l'association a par ailleurs soulevé, au cours des travaux de la mission, des questions juridiques dont un certain nombre ont été explorées avec l'aide de la direction des affaires juridiques des ministères sociaux. La mission a également pu s'appuyer sur des travaux juridiques préalables, tout particulièrement une note d'expertise rédigée par un membre du Conseil d'État en février 2023[9].

[38] Le présent rapport ne restitue qu'une partie des analyses ainsi menées par la mission, qui sont plus globalement détaillées dans les onze annexes thématiques jointes - auxquelles les développements qui suivent s'efforcent de renvoyer dans l'en-tête de chaque partie et sous-partie, pour guider la lecture.

[39] En surplomb de l'approche thématique détaillée en annexes, le présent rapport présente l'important développement du dispositif Asalée, autour d'un modèle atypique qui s'inscrit dans un réel besoin de santé publique (1), avant d'analyser son activité, partiellement conforme aux décisions de financement (2). L'examen de la gestion de l'association met ensuite en lumière les difficultés, déficiences et irrégularités engendrées par ses deux caractéristiques principales, l'externalisation et l'organisation de type holacratique choisie par Asalée (3). Enfin, le contrôle et l'évaluation du dispositif Asalée par l'administration appellent également un certain nombre de recommandations (4).

[40] Dans ce cadre, la mission a analysé la situation à modèle constant (*i.e.* une association salariant les infirmiers et subventionnée par l'assurance maladie). C'est donc à cette aune que les recommandations énoncées sont formulées, aux fins d'envisager les conditions d'une consolidation du dispositif, s'il devait se poursuivre dans sa forme actuelle.

[8] [redacted]

[9] *Le dispositif Asalée, Note d'expertise juridique*, février 2023. Cette note était prévue par l'avenant n° 2 à la convention signée entre l'association et l'assurance maladie en 2019 (lui-même daté du 25 mai 2022).

1 Grâce au soutien financier des pouvoirs publics, Asalée a connu un fort développement, autour d'un modèle atypique, dont les actions s'inscrivent dans un besoin de santé publique

1.1 Créé en 2004 pour faciliter la coopération entre médecins et infirmiers au service des malades chroniques, le dispositif Asalée se développe rapidement jusqu'en 2023, grâce au soutien financier des pouvoirs publics

[41] Né dans les Deux-Sèvres il y a une vingtaine d'années, le dispositif Asalée s'est étendu à toute la France en bénéficiant d'importants financements publics. Le détail de ce développement et de ce déploiement est retracé dans les annexes 1.0 et 1.1, tandis que son financement est présenté dans les annexes 1.3 et 3.3.

1.1.1 Né dans les Deux-Sèvres en 2004, le dispositif Asalée s'étend progressivement à toute la France

1.1.1.1 Une expérimentation locale de coopération infirmiers-médecins devenue nationale

[42] Lancé en 2004 à l'initiative d'un petit groupe de médecins généralistes des Deux-Sèvres (79) et structuré l'année suivante dans une association (soumise au régime de la loi du 1er juillet 1901) portant le nom « *Association Asalée - Action de santé libérale en équipe* », l'expérimentation porte sur le développement de la coopération infirmier-médecin pour améliorer la qualité des soins. Les statuts d'origine de l'association Asalée prévoient qu'elle « *[met] en œuvre une expérimentation ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins… [en] assurant la promotion du travail collaboratif d'infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) au sein des cabinets libéraux de médecine générale sur le mode de la délégation de tâches* », en mentionnant également « *la prévention et l'éducation à la santé des patients, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement médicosocial de ces derniers* »[10].

[43] À partir de 2012, l'expérimentation initiale prend la forme d'un protocole de coopération, que l'ARS Poitou Charente, après dépôt auprès de la HAS[11] et avis favorable de celle-ci, autorise au titre de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative

[10] Sur l'évolution, depuis, de ces statuts de 2005, v. l'annexe 4.

[11] Avis n° 2012.006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 relatif au protocole de coopération n°010 « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné ».

aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)[12]. Les ARS des différentes régions, par la suite, autorisent par arrêté le protocole de coopération qui, rapidement, s'étend à la France entière. Les professionnels y participant doivent se déclarer auprès des ARS.

[44] Enfin, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), le protocole de coopération est repris à l'identique après avis du Comité national des coopérations inter professionnelles (CNCI). Il est approuvé par un arrêté interministériel du 1er mars 2021[13] l'autorisant en tant que protocole national sur l'ensemble du territoire, sans limite de durée. La mise en œuvre du protocole ne nécessite plus d'autorisation, mais l'obligation de déclaration auprès de l'agence régionale de santé d'adhésion au protocole par chaque professionnel concerné persiste[14].

[45] Tout en prévoyant des actions d'éducation thérapeutique, ce protocole autorise, dans le cadre de quatre pathologies chroniques (patient tabagique à risque de broncho pneumopathie chronique obstructive - BPCO -, diabète de type 2, risque cardio-vasculaire, troubles cognitifs) la délégation aux infirmiers d'actes dits dérogatoires : prescription de certains examens biologiques, prescription et réalisation d'électrocardiogrammes, prescription, réalisation et interprétation[15] des spirométries et réalisation des examens des pieds dont test au monofilament.

[46] L'association est chargée de la promotion et du déploiement du protocole, du recrutement des infirmiers, de leur installation avec les médecins, de leur formation initiale et continue, ainsi que de leur rémunération et du suivi de leur activité. Elle assure également un rôle d'animation et de coordination avec et entre les différents professionnels de santé, afin de partager et améliorer les pratiques professionnelles et d'animer et maintenir une dynamique d'équipe.

1.1.1.2 Une montée en puissance continue et rapide des effectifs

[47] Constitué à l'origine par douze médecins et trois infirmiers, le dispositif Asalée rassemble vingt ans plus tard 2 004 infirmières et 9 010 médecins. [redacted][16]

[12] CSP, art. L. 4011-1 et suivants. Ces dispositions autorisent les professionnels de santé travaillant en équipe, parmi lesquels médecins et infirmiers, à opérer entre eux, par des protocoles de coopération soumis aux ARS, des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention et à réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

[13] Arrêté, 1er mars 2021, relatif à l'autorisation du protocole de coopération « ASALEE », NOR : SSAH2101783A

[14] Par ailleurs, de façon concomitante à la parution de cet arrêté, la procédure d'inscription qui avait été précédemment interrompue par la fermeture de la plateforme COOP-PS) a pu être rétablie.

[15] Il s'agit de l'interprétation des conditions techniques de réalisation de l'examen afin qu'il soit interprétable par le médecin.

[16] [redacted]

[redacted]

1.1.1.3 Un déploiement national, mais une couverture territoriale hétérogène

[48] Depuis les Deux-Sèvres, le dispositif Asalée s'est, à partir de 2009, progressivement étendu dans toute l'ex-région Poitou-Charentes (Vienne, Charente, Charente-Maritime), ainsi que dans une poignée de départements (Vosges, Rhône, Nièvre).

[49] Dès 2012, le dispositif intéresse toute la France avec une forte concentration en Poitou-Charentes (près de 50 %) et en Rhône-Alpes (20 % des effectifs) pour couvrir, en 2023, l'ensemble des départements et des régions, y compris l'outre-mer. En 2023, les médecins adhérents d'Asalée représentent 17,3 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

[50] [redacted]

Répartition des équipes ASALEE en juin 2023

[redacted]

1.1.2 Asalée bénéficie d'un soutien financier continu et croissant des pouvoirs publics et, depuis 2015, d'un financement presque intégral par l'assurance maladie

[51] Il n'y a pas de financement spécifique pour l'éducation thérapeutique réalisée en ambulatoire[17].

[52] L'association a donc connu au fil du temps différents supports de financement.

[17] Seuls les programmes d'éducation thérapeutique sont financés par les ARS à l'aide du fonds d'intervention régional et sont le plus souvent portés par des établissements de santé.

Les différents supports de financement de l'association Asalée

Soutenu initialement par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Poitou-Charentes, le dispositif est intégré, à partir de 2012, à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération pilotée par la direction de la sécurité sociale, et financée dans les régions par les ARS sur leur fonds d'intervention régional (FIR). Cette expérimentation prend fin en décembre 2014.

De 2015 à 2018, un financement national dérogatoire est mis en place au titre du collège des financeurs[18]. Des conventions de financement successives sont signées par Asalée avec le ministère de la santé (DSS), la CNAM et la CPAM 79. Le financement est intégralement endossé par l'assurance maladie, et versé par la CPAM 79, en fonction de forfaits « *formation* » et « *activité* » rattachés au nombre d'ETP infirmier.

La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 insère, à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale (CSS), un 9° prévoyant expressément que la CNAM a pour rôle « *[de] participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé* ». Cette disposition permet ainsi une « *pérennisation des financements* » pour « *les coopérations portées par l'association Asalée* »[19].

Dans ce cadre, en 2019, une nouvelle convention de financement est signée entre l'association, la CNAM et la CPAM 79, prévoyant un financement reposant sur les mêmes types de forfaits jusqu'au 31 janvier 2021. Après un premier avenant signé le 19 juillet 2021, créant notamment un comité de surveillance « *destiné à contrôler la gestion des fonds alloués à l'association* », un second avenant signé le 25 mai 2022 prolonge la durée de la convention pour un an.

Enfin, après une période au cours de laquelle les versements se poursuivent hors de tout dispositif conventionnel - deux décisions étant notifiées à ce sujet à l'association en mars 2024 -, une nouvelle convention de financement est signée en juin 2024, puis prolongée pour couvrir le premier semestre 2025, par un avenant signé en décembre 2024[20].

Ce financement par l'assurance maladie prend la forme d'une subvention, répondant aux critères posés par les articles 9-1 et 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (DCRA).

[53] Les sommes versées par l'assurance maladie ont plus que doublé entre 2019 et 2023 (295,2 M€ versés sur la période). Elles représentent en 2023, 97,6 %[21] du total des produits d'exploitation de l'association et leur projection en 2024 dépasse les 100 M€.

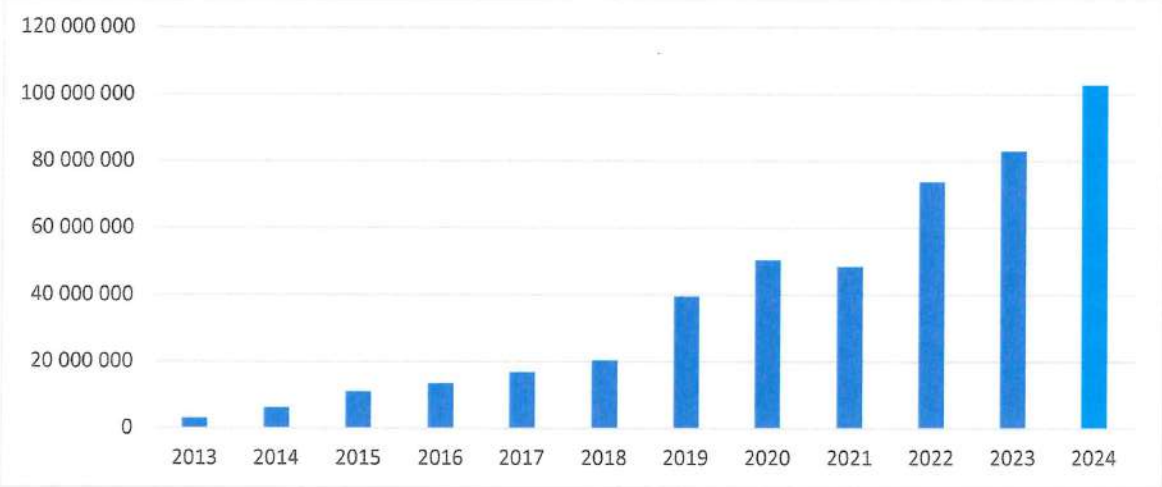
[18] Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, art. 35 ; arrêté du 12 janvier 2025 et du 23 décembre 2015.

[19] Sénat, commission des affaires sociales, *Rapport n°77 fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018*, octobre 2018

[20] La mission a contrôlé l'activité de l'association sur une séquence temporelle s'achevant en septembre 2024.

[21] Assurance maladie, *Rapport de contrôle réalisé par l'assurance maladie sur l'usage de la subvention en 2023*, janvier 2025.

Graphique 1 : Montant des subventions de l'assurance maladie à Asalée (€)



Source : Mission d'après les comptes de l'association - données 2024 projetées

[54] Le reste du financement repose principalement sur des subventions versées par certaines ARS, et quelques prestations réalisées par l'association pour des tiers (cf. *infra, partie 2.1*).

1.2 L'action des infirmiers Asalée ne s'appréhende pas facilement tant en raison de la nature de leur pratique que de leur statut

[55] Le dispositif Asalée est atypique et difficile à appréhender, qu'il s'agisse de comprendre la nature précise de l'activité déployée auprès des patients comme de caractériser la situation juridique des infirmiers qui la mettent en œuvre. L'analyse détaillée du protocole de coopération se trouve en annexe 1.0, sa mise en œuvre est examinée sous l'angle des conditions d'emploi des infirmiers en annexe 2.1.

1.2.1 L'éducation thérapeutique du patient, cœur du dispositif Asalée, est déclinée dans un protocole de coopération incluant des actes dérogatoires, source parfois d'incompréhensions

[56] En 2009, Asalée va trouver l'opportunité, au travers de l'article 51 de la loi HPST susmentionnée, de « *consacrer cette pratique de coopération, formaliser plus nettement les responsabilités de l'infirmier au sein de l'équipe, rendre cette pratique accessible au plus grand nombre... et permettre d'en pérenniser l'exercice* »[22].

[57] Cet article 51 propose un cadre règlementaire permettant de mettre en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, des transferts d'actes ou d'activités de soins[23] ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès des patients.

[22] Protocole de coopération Asalée.

[23] Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne (HAS).

[58] L'association va donc décliner son activité au travers d'une grille préformatée de protocole de coopération mise à disposition par la HAS, en détaillant tout particulièrement les pathologies chroniques susceptibles de donner lieu à des actes techniques dérogatoires qui vont permettre la fluidité des prises en charge. Des protocoles sont élaborés pour quatre pathologies dites « *socles* » précisant les conditions de réalisation des actes (critères d'inclusion et consentement du patient, niveau de délégation, critères d'alerte). L'accent n'est pas spécifiquement mis sur l'éducation thérapeutique, déjà pratiquée au quotidien depuis 2004 et relevant du rôle propre de l'infirmier, mais celle-ci apparait aux cotés des actes dérogatoires dans le protocole de coopération, qui précise que « *s'inscrivent également des activités non directement dérogatoires, comme l'éducation thérapeutique* ».

[59] Lors du dépôt à la HAS, cette grille de protocole de coopération est accompagnée d'une dizaine d'annexes citées plusieurs fois au sein du texte, facilitant ainsi la compréhension globale de la coopération. Dans l'arrêté ministériel de mars 2021, autorisant le protocole de coopération sur l'ensemble du territoire national sans limite de durée, cette grille de protocole de coopération est reprise seule, sans les annexes qu'elle mentionne.

Confusion entre les termes de protocoles de soins et le protocole de coopération

Une difficulté de compréhension de l'action du dispositif Asalée se concentre autour de l'utilisation du terme « *protocole* » qui désigne à la fois le protocole de coopération et les protocoles de réalisation des actes techniques dérogatoires dans le cadre des quatre pathologies socles, certains observateurs pouvant considérer que le dispositif se résume à la seule réalisation des actes dérogatoires[24] dans le cadre de ces quatre pathologies chroniques. L'association reconnait que la confusion entre protocole de coopération et volets du protocole donnant lieu à des actes dérogatoires s'est déjà produite et *« nuit à la compréhension de l'action de santé libérale en équipe, et au cœur de cette action, l'éducation thérapeutique du patient, qui ne forme qu'un protocole et pas plusieurs[25] »*.

La mission retient donc que le protocole de coopération Asalée s'articule autour de l'éducation thérapeutique délivrée aux patients porteurs de maladie chroniques par la coopération infirmier-médecin sans limitation aux quatre pathologies chroniques prédéfinies et que, parfois, des actes dérogatoires peuvent être réalisés, dans le cadre de ces quatre pathologies uniquement, pour faciliter le parcours du patient.

[60] La convention de financement signée entre l'association, la CNAM et la CPAM 79 en 2019, qui reprend de façon très proche les termes des conventions précédentes, reproduit l'ambiguïté du protocole. Ainsi, sans annexer le protocole lui-même, elle prévoit les conditions de financement du « *dispositif Asalée* » dans des termes qui le définissent peu clairement et qui sont parfois contradictoires.

[24] Parmi les actes techniques réalisés par les infirmiers Asalée, seuls 34 % le sont de façon dérogatoire, les médecins continuant à rédiger la prescription de l'acte le plus souvent.
[25] Réponse collecte pro Q4_-_q_1_30_protocole.pdf

Financement du dispositif Asalée – Convention signée avec l'assurance maladie – 2019

Des données contradictoires au sein de la convention peuvent être relevées concernant les critères d'inclusion des patients, limités aux quatre pathologies donnant lieu à des actes dérogatoires (annexe 1) ou élargis à l'ensemble de la patientèle porteuse de maladies chronique (annexe 2) :

Article 1 : « *l'inclusion des patients dans le dispositif est conditionnée à des critères liés à leur état de santé et précisés à l'annexe 1* ».
Annexe 1 : « *Les pathologies justifiant l'inclusion des patients dans le dispositif sont le risque cardio-vasculaire et le diabète de type 2 d'une part (pour le suivi), la BPCO et les troubles cognitifs, d'autre part (pour le dépistage)* ».
Annexe 2 (brochure de présentation du « *dispositif Asalée* ») :
- mention de l'inclusion de « *toute personne suivie par le praticien du cabinet ayant signé une convention avec l'association* »,
- avant d'évoquer « *les patients atteints de maladies chroniques ou ayant des facteurs de risque : le diabète, les risques cardio-vasculaires, la BPCO* »,
- en ajoutant enfin que les infirmiers effectuent aussi « *le repérage des troubles cognitifs* », « *le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant et adolescent en surpoids* », « *le sevrage tabagique* », et « *la participation aux campagnes collectives de dépistage de certains cancers* ».

Recommandation n°1 (Asalée) Reprendre, clarifier et simplifier la rédaction du protocole de coopération Asalée afin d'en faciliter la compréhension, en positionnant clairement l'éducation thérapeutique.

1.2.2 L'association salarie des infirmiers sans assumer l'intégralité de ses responsabilités en tant qu'employeur du fait de l'interférence des médecins dans la relation de travail

[61] Pour réaliser les actes de soins décrits ci-dessus, les infirmiers salariés d'Asalée interviennent gratuitement auprès des patients orientés par les médecins généralistes ayant adhéré au protocole de coopération Asalée.

[62] Dans le règlement intérieur initial de l'association en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2016, le déploiement des infirmiers auprès des médecins généralistes est qualifié de « *mise à disposition à titre gratuit* »[26] et sa formalisation dans une « *convention de mise à disposition* » est évoquée. La dernière convention de financement avec l'assurance maladie signée en 2024[27] reprend cette notion de mise à disposition[28].

[26] Cette notion de mise à disposition qui figurait dans le règlement intérieur initial de 2005 n'est pas reprise dans le règlement intérieur de 2017.
[27] Convention encadrant la participation au financement d'un dispositif d'organisation du travail en équipe entre professionnels de santé : dispositif ASALEE, annexe. 1, art. 3.
[28] Dans la précédente convention de 2019, le terme de mise à disposition n'est pas employé.

[63] Aussi, au regard des dispositions du code du travail et de l'activité d'Asalée, la notion de mise à disposition de salarié a conduit la mission à s'interroger sur l'existence d'un prêt de main d'œuvre à but non lucratif[29].

[64] Cependant, au regard des critères fixés par l'article L. 8241-2 du code du travail, le mode de collaboration actuellement déployé par Asalée, tel qu'il est apparu à la mission dans le cadre de ses investigations, ne s'apparente pas à un prêt de main d'œuvre à but non lucratif :

- [redacted][30] Pour le médecin, le [redacted] engagement formalisé faisant le lien entre lui et l'entreprise est la déclaration commune d'engagement à appliquer le protocole de coopération qu'il cosigne avec l'infirmier, salarié par l'entreprise et intervenant auprès de ses patients ;
- le cadre légal prévoit un remboursement du salaire chargé et des frais fixes par le bénéficiaire du prêt de main d'œuvre (*qui serait ici le médecin*), le salaire restant versé par l'employeur (*qui serait ici Asalée*). Or, les flux financiers entre les parties ne correspondent pas à cette modalité : en pratique, les [redacted] paiements vont d'Asalée vers le médecin pour l'indemnisation des temps de concertation[31] dans un contexte où, sur la base de la convention de financement, l'assurance maladie finance Asalée et non le médecin généraliste.

[65] Par ailleurs, si Asalée définit sa politique de recrutement, de rémunération et de développement de la formation professionnelle, les médecins interviennent dans la relation de travail entre les infirmiers et l'employeur à plusieurs égards :

- l'entreprise ne peut réguler complètement la charge de travail de ses salariés puisque l'orientation des patients vers l'infirmier ainsi que le niveau de délégation d'actes dépendent de la seule décision du médecin ;
- les horaires des concertations sont déterminés en tenant compte des disponibilités de l'infirmier et du médecin, sans encadrement par Asalée ;
- la disponibilité du local de travail de l'infirmier et les modalités de saisie dans le dossier médical du patient du médecin sont définies par la structure d'exercice (maison de santé pluridisciplinaire (MSP), centre de santé, cabinet de groupe...) ;
- les conditions de travail en matière d'éclairage des lieux de travail, de nettoyage du local de travail de l'infirmer, de prévention du risque incendie ou de vérification des installations électriques, autant d'obligations fixées par le code du travail à l'égard de l'employeur aux termes de L. 4121-1 du code du travail, sont définies par le médecin ou le groupe de praticiens à travers la gestion de la structure d'exercice, sans intervention de l'employeur.

[29] Le prêt de main d'œuvre à but lucratif n'est pas autorisé par le code du travail, sauf dans des cas précisément listés qui ne correspondent pas à l'activité d'Asalée.

[30] [redacted]

[31] Peut s'y ajouter éventuellement le paiement d'un loyer pour le local de travail utilisé par l'infirmier dans le cabinet du médecin.

- [redacted][32]
[redacted][33].

[66] Ces interventions de tiers (médecin, MSP, *etc*) interfèrent dans le lien de subordination juridique, créent une insécurité et affaiblissent le pouvoir de direction de l'employeur. Cette insécurité juridique découle de la coopération entre deux professionnels de santé au statut différent : l'un est libéral (médecin) et l'autre (infirmier), dans 99 % des cas, salarié. Si Asalée ne souhaite pas s'appuyer sur un modèle d'exercice libéral pour les infirmiers[34], modèle qui a été régulièrement mentionné dans son conventionnement avec le financeur, ni aller jusqu'au bout du modèle salarial (par exemple en créant un groupement d'employeurs), il lui appartient de trouver les moyens de sécuriser le cadre dans lequel s'exercent ses responsabilités d'employeur.

Recommandation n°2 (Asalée) Sécuriser le cadre dans lequel l'association exerce ses prérogatives et responsabilités d'employeur.

1.3 La coopération infirmier-médecin organisée par l'association pour dispenser de l'éducation thérapeutique répond à de réels besoins de santé

1.3.1 L'éducation thérapeutique, partie intégrante de la prise en charge du patient, consiste en une approche holistique qui nécessite du temps

[67] Définie juridiquement depuis 2009 à l'article L. 1161-1 du code de la santé publique, « *l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient* ». Elle a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie quotidienne avec une maladie chronique[35] en étant « *plus autonomes, en facilitant leur adhésion aux traitements prescrits et en améliorant leur qualité de vie.* »

[68] Supposant « *un accueil inconditionnel du patient dans sa globalité* », l'éducation thérapeutique nécessite de mobiliser des techniques de communication centrées sur le patient et des méthodes pédagogiques ciblées. La communication soignant-soigné est essentielle afin de permettre une meilleure compréhension du contexte dans lequel s'inscrit la prise en charge du patient. La confiance instaurée permet de poser des questions, de lever des doutes et d'instaurer une alliance thérapeutique.

---

[32] [redacted]

[33] [redacted].

[34] Pour leur activité au sein d'Asalée, les infirmiers libéraux (actuellement très minoritaires, cf. annexe 2.1) perçoivent des honoraires.

[35] L'Organisation mondiale de la santé considère que l'éducation thérapeutique « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (...)* » (rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996).

[69] Les séances d'éducation thérapeutique se déroulent donc sur un temps long[36], permettant au patient d'exprimer ses difficultés, adhérer à la démarche et faire alliance. Le protocole de coopération Asalée permet au médecin de confier cette mission à l'infirmier.

[70] L'éducation thérapeutique fait partie des compétences des infirmiers[37] et est incluse dans leur programme de formation initiale depuis 2011[38].

1.3.2 Le cahier des charges réglementaire des actions d'accompagnement thérapeutique n'est pas défini

[71] Le code de la santé publique distingue différents types d'éducation thérapeutique, notamment les « *programmes d'éducation thérapeutique* » et les « *actions d'accompagnement* »[39]; ces dernières correspondant à l'activité d'Asalée. Le cahier des charges national des actions d'accompagnement, prévu par l'article L. 1161-3 de ce code, n'a pas été publié.

[72] Si l'on observe le protocole de coopération Asalée par le prisme des référentiels existants, destinés aux programmes d'éducation thérapeutique et *a priori* plus exigeants, les actions d'accompagnement menées par Asalée sont cohérentes avec les attendus d'un programme tant pour dispenser que pour coordonner de l'éducation thérapeutique.

[73] En termes de formation, l'association répond aux attendus définis par un arrêté du 2 août 2010[40], en délivrant une formation initiale d'une durée de 42 h (minimum requis 40 h). L'association Asalée dispose d'un « *groupe formateur Education thérapeutique du patient (ETP)* », constitué d'une équipe de trente infirmiers. Ce groupe a produit un document qui détaille le dispositif pédagogique, la structuration et les objectifs de la formation, qui reprennent les compétences cibles de l'arrêté du 2 août 2010. Le corpus pédagogique nécessaire pour répondre aux attendus en termes de formation est en place dans le dispositif Asalée.

Recommandation n°3 (DGS) Publier le cahier des charges des actions d'accompagnement d'éducation thérapeutique prévu par l'article L. 1161-3 du code de la santé publique.

1.3.3 Les recommandations les plus récentes sur la prise en charge des pathologies chroniques mettent au premier rang les modifications thérapeutiques du mode de vie, cœur de cible de l'activité du dispositif Asalée

[74] En 2021, les problèmes de santé chroniques ou durables concernent 37,5 % des personnes âgées de 16 ans ou plus selon l'Institut national de la statistique et des études économiques.

---

[36] En 2007, la HAS estime la durée des séances d'éducation thérapeutique de 30 à 45 minutes.

[37] CSP, art. D. 1161-1.

[38] BO Santé – Protection sociale – Solidarités, n° 2009/7, 15 août 2009, p.279 - Référentiel de formation - DE d'infirmier - Compétence 5 « *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* ».

[39] CSP, art. L. 1161-2 et 3, respectivement.

[40] Arrêté, 2 août 2010, relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. NOR : SASH1017893A.

13,7 millions de personnes étaient reconnues en affection de longue durée et leurs dépenses de santé s'élevaient à 123 Md€, soit 60 % des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

[75] Dans ce contexte, la prise en charge des maladies chroniques connait un réel bouleversement avec la mise en avant comme traitement de première intention des modifications thérapeutiques du mode de vie soit l'alimentation équilibrée, l'activité physique adaptée, la lutte contre la sédentarité, le sommeil, *etc.*

[76] Dans ce cadre, les actions d'Asalée sont concordantes, pour la part qui la concerne, avec les récentes recommandations de sociétés savantes ou de la HAS[41] à propos du diabète de type 2 et du risque cardiovasculaire, pathologies prévalentes parmi les maladies chroniques.

[77] En créant une alliance thérapeutique et en accompagnant de façon personnalisée les patients porteurs de maladies chroniques vers une modification de leur mode de vie, Asalée propose des réponses à un réel besoin de santé en matière de prévention.

[78] Par ailleurs, Asalée est le seul opérateur qui déploie des actions d'éducation thérapeutique en ville, à l'échelle de l'ensemble du territoire national.

2 Les actions déployées par Asalée sont partiellement conformes aux décisions de financement

[79] Les activités d'Asalée ont été analysées pour vérifier leur conformité aux décisions de financement, d'une part au regard de la liste des dépenses éligibles à la subvention (partie 2.2 et annexe 1.2) et d'autre part par rapport aux conditions fixées pour le déploiement du dispositif (parties 2.2 et 2.3 et annexe 1.1).

2.1 Au regard de leur nature, les dépenses de l'association sont, pour l'essentiel, conformes aux décisions de financement, lesquelles recèlent de nombreuses imprécisions

[80] L'analyse des dépenses effectuées par l'association au cours de la période 2019-2023 (cf. annexe 1.2) montre que, dans leur quasi-totalité, celles-ci sont conformes aux décisions de financement prises depuis 2019. Une part résiduelle de ces dépenses a été contestée par l'assurance maladie sans qu'il soit possible de statuer sur leur conformité en raison de l'imprécision de la convention signée en 2019 et du manque de distinction claire, dans les comptes d'Asalée, des différentes ressources et de leur emploi.

[41] HAS, *Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2*, mai 2024. European Society of Cardiology, *Recommandations pour la prévention cardiovasculaire en pratique clinique*, 2021.

Dépenses inscrites dans les décisions de financement de l'assurance maladie

En application de la loi DCRA (art. 9-1), les projets subventionnés sont définis par le bénéficiaire. L'article 10 prévoit néanmoins que ce dernier et le financeur concluent une convention définissant notamment l'objet et les conditions de la subvention.

En l'espèce, l'article 7 de la convention signée en 2019 énumère les dépenses éligibles *« pour les ETP infirmiers ASALEE en activité »* (forfait activité) :

« - Les indemnités des médecins pour leur participation aux réunions de debrief mensuel prévues dans le dispositif

- Les honoraires ou salaires et charges des infirmiers

- Les frais de structure (logistique, fonctions support métier, fonction support ingénierie) : le système d'information support, l'accompagnement, le recrutement, le développement et ajustement continu du protocole, le contrôle interne. »

Le même article indique que le *« forfait formation [...] contribue à couvrir les frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources. »*

Prise de façon rétroactive en mars 2024 (cf. partie 4), la décision de financement pour 2023 reprend, à quelques détails près, cette liste de dépenses.

Eu égard à la jurisprudence concernant la détermination des conditions mises à l'octroi de subventions, les conditions posées par la convention de 2019 et ses avenants peuvent être considérées comme s'appliquant aux subventions accordées en 2023 (cf. encadré ci-dessous).

Les conditions mises au financement en 2023

En l'absence de convention ou même de toute décision écrite venant formaliser l'octroi de la subvention au cours de l'année 2023, les conditions mises à cet octroi sont plus difficiles à déterminer.

De telles conditions, en effet, doivent être fixées par la personne publique au plus tard à la date à laquelle la subvention est octroyée[42]. Si elles ne découlent pas des normes régissant la convention ou n'ont pas été précisées par la personne publique dans sa décision d'octroi, ces conditions peuvent toutefois découler implicitement mais nécessairement de l'objet même de la subvention[43]. Il s'agit alors de reconstituer de façon suffisamment claire l'intention du financeur. En l'espèce, en l'absence d'acte formalisant l'octroi de la subvention au cours de l'année 2023, les conditions qui avaient été mises au versement pendant les années qui précédaient – c'est-à-dire celles détaillées dans la convention signée en 2019 et ses avenants – peuvent être regardées comme ayant implicitement accompagné la poursuite, à effectif constant, des versements mensuels.

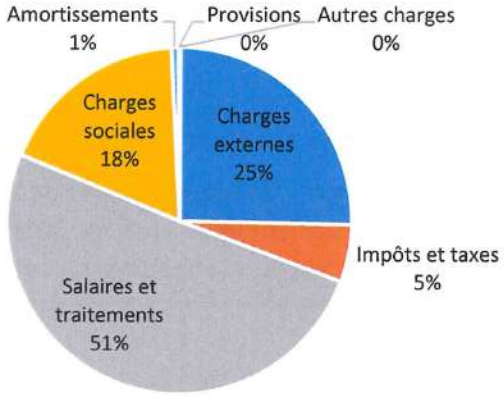
[42] CE, 27 mai 2021, *M. Bachy c. INSERM*, n° 433660, aux tables.

[43] CE, 5 juillet 2010, *CCI de l'Indre*, n° 308615, rec. et CE avis, 29 mai 2019, SAS Royal Cinéma, n° 428040, rec.

2.1.1 Dans leur très grande majorité, les dépenses d'Asalée correspondent – au regard de leur nature – à la liste énumérée par les décisions de financement

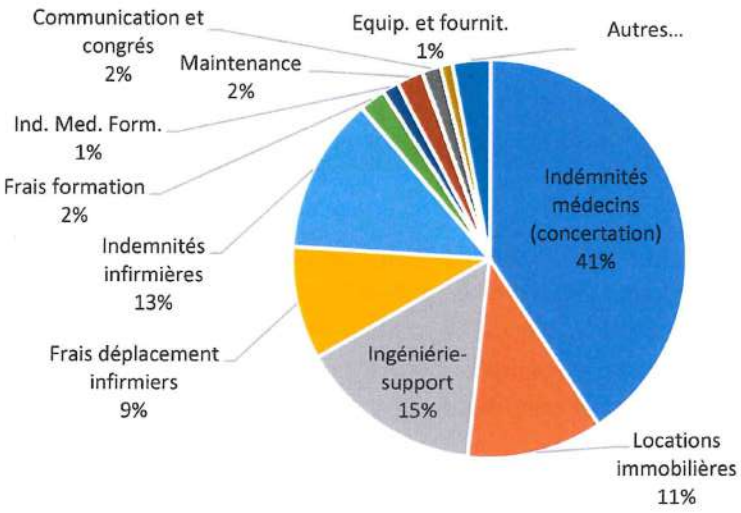
[81] L'analyse des comptes de l'association sur la période 2019-2023 montre que, dans leur très grande majorité, les dépenses d'Asalée correspondent – au regard de leur nature – à la liste énumérée par la convention de 2019 et la décision de financement pour 2023. Il s'agit notamment des charges de personnel (salaires, charges sociales, indemnités des infirmières et des médecins) qui représentent 82 % des dépenses (54 M€/an en moyenne). S'y ajoutent des frais de fonctionnement (ingénierie et support, déplacements, équipements…) et des frais de formation, également prévus explicitement. Au total, 95 % des dépenses peuvent être considérées comme conformes aux décisions de financement au regard de leur nature.

Graphique 2 : Répartition des charges d'exploitation sur la période 2019-2023



Source : Mission d'après les comptes de résultats d'Asalée

Graphique 3 : Charges externes sur la période 2019-2023



Source : Mission d'après les comptes de résultat d'Asalée

2.1.2 Une part résiduelle des dépenses a été contestée par l'assurance maladie sans qu'il soit possible de statuer sur leur conformité en raison de l'imprécision de la convention de financement et des comptes

[82] Parmi les dépenses restantes (5 % du total) figurent au premier rang les locations immobilières[44], apparues au milieu des années 2010 et contestées par l'assurance maladie dès 2018 car ne figurant pas explicitement dans la convention. Ces dépenses connaissent une forte progression jusqu'à fin 2022 (140 % d'augmentation en 3 ans, pour atteindre 2,4 M€ par an), date à laquelle la CNAM exige que l'association mette un terme à tous les baux sous un an. Cette demande, vivement contestée par l'association qui y voit une tentative de mettre un coup d'arrêt à son déploiement, n'a pas été mise en œuvre et ces dépenses ont continué à croître (à un rythme toutefois nettement plus lent) pour atteindre 2,8 M€ en 2023[45].

[83] La moitié des infirmiers en bénéficient fin 2023. Lors de ses déplacements de terrain, la mission a pu constater l'importance, pour certains des infirmiers rencontrés, de la prise en charge (au moins partielle) de ces loyers pour conforter leur place au sein des cabinets et obtenir de bonnes conditions de travail.

[84] Étant donné l'imprécision de la convention[46], il n'est pas possible de statuer sur la conformité de ces dépenses. En cas de nouvelle convention de financement, elles devraient donc être explicitement et précisément encadrées (cf. *infra* recommandation n°7).

---

[44] Dépenses liées, pour l'essentiel, à une prise en charge par Asalée d'une partie des loyers correspondant aux locaux occupés par les infirmiers dans les cabinets médicaux.

[45] Ces dépenses incluent des locations de salles et des locaux parisiens d'Asalée : 160 k€ en 2023 et 82 k€ en 2022.

[46] Les « *salaires et charges des infirmiers* » sont mentionnés sans préciser ces charges ; surtout, les « *frais de structure* » sont détaillés par deux énumérations, dont l'une inclut la logistique, sans s'articuler clairement entre elles. D'ailleurs, l'avenant signé en 2021, tout en indiquant que cette dépense n'était pas

[85] D'autres dépenses ont été contestées par l'assurance maladie comme ne figurant pas explicitement dans les décisions de financement : les licences informatiques (souscrites par Asalée pour permettre aux infirmiers d'accéder aux logiciels de cabinet des médecins), la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA)[47] et le recrutement de personnels non-infirmiers ([redacted], principalement des médiateurs en santé qui, [redacted], peuvent difficilement être rattachées aux « *frais de structure* »).

[86] Là encore, il n'a pas été possible à la mission de statuer sur la conformité de ces dépenses faute de dispositions conventionnelles claires s'agissant de la formation des IPA et des licences informatiques mais aussi faute d'une distinction complète (dans les budgets et les comptes de l'association) des différentes ressources et de leur emploi permettant de vérifier un usage de la subvention de l'assurance maladie conforme à la convention.

[87] S'agissant des infirmiers en pratique avancée, la mission considère que la prise en charge de leur formation par Asalée est fondée, au regard des objectifs fixés dans la convention et du très faible nombre d'IPA formées en France au début des années 2020[48]. En revanche, il est regrettable qu'Asalée n'ait pas instauré une clause de dédit-formation[49] compte tenu de l'importance des sommes engagées (150 k€/IPA).

Recommandation n°4 (Asalée) Inscrire une clause de dédit-formation dans le contrat des infirmiers Asalée s'engageant dans une formation IPA financée par l'association.

[88] La distinction selon les différentes ressources et leur emploi est également nécessaire s'agissant des prestations de service que l'association s'efforce de développer à partir de 2020, avec un résultat limité puisqu'elles ne représentent que 165 k€ en 2023, pour diversifier ses sources de financement : [redacted]

[89] Si des progrès notables ont été faits s'agissant des recettes (les temps consacrés à ces prestations sont déduits des ETP facturés à l'assurance maladie), les dépenses ne sont pas distinguées, ce qui ne permet pas de s'assurer que les subventions de l'assurance maladie ne soient pas utilisées pour offrir ces prestations. Cette transparence comptable et budgétaire permettrait de concilier le respect des obligations conventionnelles avec la possibilité qu'a Asalée, comme toute association, de développer des activités conformes à ses statuts.

[90] Cette transparence permettrait également d'éviter les risques de double financement, comme cela a été fait avec succès pour les activités Asalée réalisées par les centres de santé. Outre l'amélioration de la qualité des comptes, cela suppose l'établissement des comptes-rendus financiers de subvention comme le prévoit la loi du 12 avril 2000 dite DCRA.

« *expressément* » prévue, engageait les parties à conduire « *des travaux visant à encadrer la participation de l'association Asalée au financement de ces loyers* », ce qu'elles n'ont pas fait.

[47] Infirmiers Asalée suivant un master pendant 2 ans.

[48] En France, on dénombrait 63 IPA fin 2019 et 323 fin 2020.

[49] Clause imposant à l'infirmier de travailler par la suite au sein de l'association pendant une certaine durée, à l'issue de sa formation financée par Asalée.

Recommandation n°5 (Asalée) Améliorer la précision des comptes pour permettre de vérifier la bonne utilisation des subventions publiques.

Recommandation n°6 (Asalée) Établir, dans les délais légaux, des comptes-rendus financiers de subvention permettant de distinguer les différentes ressources et leur emploi.

2.1.3 Les sommes versées aux médecins s'avèrent insuffisamment encadrées et, pour certaines, ne sont pas conformes aux décisions de financement

[91] Sur la période 2019-2023, la participation d'un médecin au dispositif représente un coût de près de 9 k€ par ETP infirmier et par an, soit 15 % des subventions versées et la moitié des charges externes. Cette participation inclut les indemnités de concertation[50], les indemnités de formation et le paiement des loyers pour les bureaux occupés par certains infirmiers Asalée.

Tableau 1 : Sommes perçues par les médecins

Nature	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Moyenne
Sous total indemnités et défraiement	4,56 M€	6,44 M€	6,16 M€	7,16 M€	11,05 M€	35,39 M€	7,08M€
Sous total frais immobiliers nets[51]	1,04 M€	1,29 M€	1,710 M€	2,36 M€	2,74 M€	9,48 M€	1,83 M€
Total versement médecins	5,61 M€	7,73 M€	7,88 M€	9,52M€	13,80 M€	44,87 M€	8,91 M€
Par ETP infirmier	10 341 €	10 746 €	9 471 €	8 890 €	9 792 €		9 848 €
Rapporté à la subvention	14,2 %	15,3 %	16,1 %	12,8 %	16,5 %		14,96 %

Source : Mission d'après comptes Asalée

[92] L'indemnisation du temps de concertation représente l'essentiel de ces dépenses, en moyenne 11,4 % de la subvention versée par l'assurance maladie. D'un montant modeste en moyenne pour un médecin (1 228 euros en 2023), elle représente, compte tenu du volume de médecins adhérents au dispositif (plus de 9 000 fin 2023), une charge croissante.

[93] Le calcul des indemnités de concertation n'est pas fixé dans les décisions de financement[52].

[redacted]

[50] Les concertations consistent en des échanges entre le médecin et l'infirmier sur les patients inclus dans le protocole de coopération.

[51] Nets des frais de sièges et locations de salles comptablement identifiables. Une part, minoritaire, de ces loyers sont versés à des structures qui ne sont pas portées par des médecins (collectivités territoriales, État…).

[52] Jusqu'en 2023, c'est une disposition tirée d'une convention de financement de 2012 qui était mise en œuvre. En 2023, la décision de financement renvoie à une annexe 7 qui devait réguler les indemnités de concertation. L'association ayant refusé cette régulation selon la CNAM, l'annexe n'a pas été intégrée dans la décision de financement bien que le renvoi demeure par erreur.

[redacted] Pour gérer ses besoins de trésorerie, l'association ne verse plus les indemnités médecins à partir de 2023 augmentant ainsi son passif.

[94] Des dispositions conventionnelles doivent être prises pour fixer des règles précises permettant de rémunérer les temps réels de concertation (cf. *infra* recommandation n°7). Elles permettraient plus généralement de clarifier la répartition des charges et donc l'équilibre qui sous-tend le fonctionnement d'Asalée, entre deux logiques :

- une prise en charge complète des charges par l'association, dans une logique d'offre de service aux patients et d'autonomie de l'infirmier sur le plan financier et logistique ;
- une prise en charge de certaines charges par les médecins dans une logique de contrepartie de ce qui pourrait être regardé comme un service qui leur est accordé au moyen d'une association dont ils sont membres.

[95] L'articulation entre ces deux logiques doit être déterminée au regard des critères de soutenabilité financière pour les finances publiques et d'acceptabilité pour les différents acteurs, notamment les médecins et les patients.

[96] Enfin, alors que la convention de 2019 et la décision de financement pour 2023 prévoient explicitement le principe d'une indemnisation des médecins pour le temps passé en concertation avec les infirmiers, rien n'est prévu pour leur formation. Ces dépenses peuvent donc être considérées comme irrégulières par rapport aux décisions de financement. [redacted] Pour les autres années, les informations transmises par Asalée ne permettent pas d'identifier précisément ces dépenses. Des dispositions conventionnelles sont donc nécessaires si, à l'avenir, les parties décidaient d'inclure la formation des médecins parmi les dépenses éligibles.

2.2 Le déploiement du dispositif est partiellement conforme aux décisions de financement

[97] L'analyse détaillée du déploiement du dispositif Asalée (cf. annexe 1.1) montre que les conditions fixées dans les décisions de financement n'ont été que partiellement respectées, en particulier s'agissant des plafonds d'effectifs financés, conduisant à de graves difficultés financières en 2023 et 2024. En revanche, la répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes aux décisions de financement. Quant aux activités déployées, la convention n'est pas suffisamment précise pour qu'il soit possible de se prononcer sur leur conformité.

2.2.1 La répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes aux décisions de financement, qui ne sont pas suffisamment précises au sujet des activités déployées

Conditions inscrites dans les décisions de financement de l'assurance maladie pour le déploiement du dispositif Asalée

La convention signée en 2019 définit les objectifs et conditions du déploiement du dispositif Asalée financé par l'assurance maladie, à travers plusieurs articles :

- l'article 6 fixe le plafond de financement à fin 2021 (700 ETP) avec des plafonds annuels indicatifs ; ce plafond a été relevé par avenants en 2021 (+300 ETP) et 2022 (+200 ETP) ; le même article précise qu'« *au-delà de ce chiffre, les ETP supplémentaires ne feront pas l'objet d'un financement par la CNAM.* ».

- l'article 2.1 donne priorité au déploiement d'Asalée dans « *les zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins* » ;

- l'article 2.2 donne priorité au déploiement dans les structures d'exercice coordonné (MSP, centres de santé, CPTS...) ;

- l'article 2 indique que « *pour participer au dispositif, les professionnels de santé doivent effectuer une demande d'adhésion à l'association Asalée* » ;

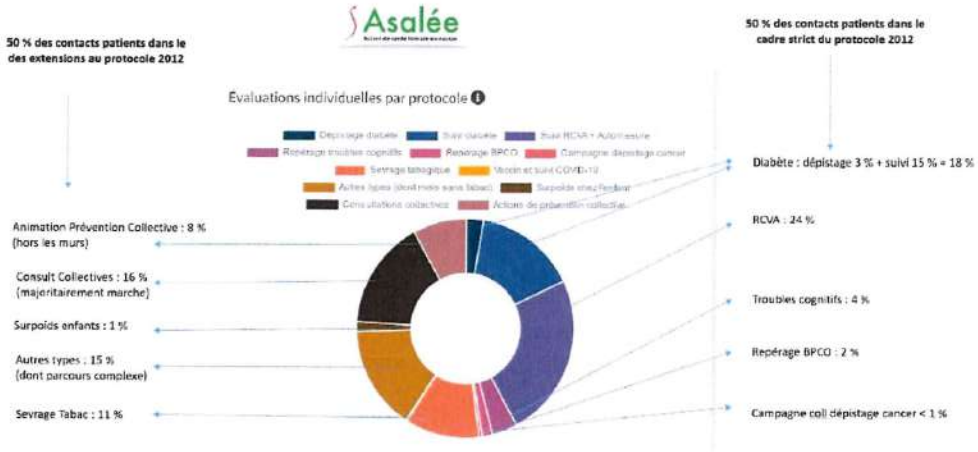
- l'article 4 stipule que « *chaque ETP infirmier doit avoir, en année pleine, rencontré 1 205 patients Asalée* » et que « *0,2 équivalent temps plein infirmier au maximum peut être déployé pour chaque médecin participant à l'expérimentation* ».

S'agissant des activités financées, la convention vise la mise en œuvre du « *dispositif Asalée* », mentionné notamment aux articles 1 (« *critères d'inclusion des patients* ») et 3 (« *Rôle du médecin et de l'infirmier* »). Le dispositif Asalée est présenté en annexe 2 sous forme de dépliant.

La décision de financement pour 2023 (notifiée à l'association en mars 2024) fixe un plafond de financement de 1 200 ETP. Elle indique que la subvention est accordée pour le financement du « *dispositif Asalée* », sans en préciser le contenu. Elle prévoit que chaque ETP infirmier doit avoir, en année pleine, rencontré au moins 1 205 patients. En tout état de cause, en application de la jurisprudence (cf. *supra*), les conditions posées par la convention de 2019 et ses avenants peuvent être considérées comme s'appliquant aux subventions accordées en 2023.

[98] Initialement centrées sur quatre pathologies chroniques et le dépistage des cancers, les activités d'Asalée se sont élargies à d'autres thématiques, qui représentent aujourd'hui près de la moitié de son activité : surpoids chez l'enfant, parcours complexes, remise en mouvement (marche), prévention collective « *hors les murs* » ...

Graphique 4 : Répartition des activités des infirmiers Asalée en 2022



Source : Rapport d'activité Asalée pour 2022

[99] Cette diversification répond aux besoins des patients qui, selon l'association, ont fortement évolué : complexité croissante des pathologies et recrudescence des problèmes de santé mentale, de nutrition, de précarité.... Elle découle de l'approche globale, fondée sur l'éducation thérapeutique du patient et la coordination entre médecin et infirmière, mise en œuvre par Asalée depuis sa création, au bénéfice des malades chroniques.

[100] Sur ce point, les dispositions conventionnelles ne sont pas suffisamment précises (elles sont même en partie contradictoires – *cf. supra* partie 1) pour juger de la conformité des activités déployées. La convention renvoie en tout cas au protocole de coopération, dans lequel les quatre pathologies chroniques socles n'ont pas de caractère limitatif à l'exception des actes dérogatoires. À défaut de la lettre, l'esprit de la convention peut donc être considéré comme respecté.

[101] Activités déployées, dépenses immobilières, licences informatiques, formation des IPA, indemnités de concertation des médecins (cf. *supra*) : sur tous ces sujets, malgré les déclarations des parties, aucun amendement notable n'a été apporté aux dispositions conventionnelles qui sont restées pour l'essentiel les mêmes depuis 2013, alors qu'en 10 ans les sommes versées ont été multipliées par près de 300 et que les activités de l'association se sont considérablement élargies.

[102] En cas de poursuite des financements publics, la révision en profondeur des dispositions conventionnelles s'impose donc, en cohérence avec l'actualisation du protocole de coopération (cf. recommandation n°1).

Recommandation n°7 (Assurance maladie et Asalée) Adopter des dispositions conventionnelles précises s'agissant des dépenses éligibles (notamment les dépenses immobilières, la formation des IPA, les licences informatiques, les indemnités de concertation des médecins, les personnels non-infirmiers...) et des activités financées ; ces dernières devront être revues lorsque le protocole de coopération sera révisé ; pour chaque objectif poursuivi, définir et suivre des indicateurs chiffrés.

[103] Enfin, les objectifs relatifs à la répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont respectés : en 2023, plus de la moitié des équipes Asalée exercent dans une structure

pluriprofessionnelle (principalement en MSP) et, en 2024, les trois quarts d'entre elles exercent dans des zones confrontées à des difficultés d'accès aux soins (sévères ou modérées).

2.2.2 Les plafonds d'équivalents temps plein inscrits dans les décisions de financement n'ont, sauf exception, pas été respectés par Asalée

[104] Le déploiement très rapide du dispositif Asalée (cf. partie 1.1) s'est largement affranchi des plafonds de financement (exprimés en ETP) inscrits dans la convention signée en 2019. Depuis 2017, l'association n'a respecté ces plafonds[53] qu'à deux reprises : en 2019, mais avec un dépassement de l'objectif prévisionnel, et 2021, grâce à un avenant relevant le plafond initial de 300 ETP[54]. Les dépassements ont été particulièrement importants en 2020 et surtout 2023.

[105] En septembre 2024, date de la fin de la période de contrôle, le plafond fixé dans la convention signée en mai était respecté grâce à la diminution du nombre d'ETP amorcée à partir du mois de mars.

[106] En 2022, les ressources propres de l'association (subventions des ARS et prestations de service) lui ont permis de financer ces dépassements. Ce n'est pas le cas pour les autres années (2017, 2018 et surtout 2020) pour lesquelles c'est la subvention de l'assurance maladie qui a été – de façon irrégulière - mise à contribution, grâce aux excédents constitués au cours des exercices précédents (cf. *infra* partie 2.2.3).

Tableau 2 : Montée en puissance du dispositif Asalée

Année	Montant subvention assurance maladie (M€)	Nombre d'ETP moyen annuel	Nombre ETP au 31/12	Plafond en ETP fixé par la convention [55]	Nombre de mois dépassant le plafond
2013	3,00	[redacted]	[redacted]	NA	NA
2014	6,249	[redacted]	[redacted]	NA	NA
2015	11,046	[redacted]	[redacted]	167	0
2016	13,477	[redacted]	[redacted]	217	0
2017	16,865	[redacted]	[redacted]	267	1
2018	20,455	[redacted]	[redacted]	367	1
2019	39,459	[redacted]	[redacted]	700 (obj. prev. 500)[56]	0
2020	50,489	[redacted]	[redacted]	700 (obj. prev. 600)	9
2021	48,420	[redacted]	[redacted]	700 puis 1000	0

[53] Aux termes des articles 6 et 8 combinés de la convention de 2019, les plafonds doivent être respectés chaque mois.

[54] Lors de ces dépassements, seuls les ETP prévus par la convention (ou l'acte unilatéral en 2023) ont été payés par l'assurance maladie.

[55] En 2023, il s'agit d'une décision de financement prise par la CNAM.

[56] En 2019, un plafond prévisionnel de 500 ETP avait été fixé. 600 ETP en 2020.

Année	Montant subvention assurance maladie (M€)	Nombre d'ETP moyen annuel	Nombre ETP au 31/12	Plafond en ETP fixé par la convention [55]	Nombre de mois dépassant le plafond
2022	73,790	[redacted]	[redacted]	1 200	2
2023	83,055	[redacted]	[redacted]	1 200	12

Source : Mission IGAS d'après CPAM 79

[107] Les dépassements récurrents des plafonds d'ETP s'expliquent par la posture de l'association qui les décrit comme des « *contraintes* » entravant son développement « *naturel* » [57] . Ils résultent aussi du modèle organisationnel d'Asalée fondé sur la déconcentration et l'initiative, conformément aux principes de l'holacratie et de [redacted] [58]. Cette organisation, agile et réactive, a permis une grande autonomie sur le terrain. En revanche, elle ne permet pas un véritable pilotage des recrutements, [redacted] (cf. annexe 1.1).

[108] Ces procédures, élaborées pour une expérimentation locale, ne sont plus adaptées à la gestion d'un dispositif comportant plusieurs milliers de salariés. Elles doivent donc être davantage formalisées et structurées.

Recommandation n°8 [Asalée] Mettre en œuvre un réel pilotage du déploiement du dispositif Asalée, incluant un budget prévisionnel, des objectifs territorialisés de recrutement et un suivi rigoureux de leur respect.

Recommandation n°9 [Asalée] Formaliser la procédure de recrutement des équipes Asalée et produire des indicateurs rendant compte de sa mise en œuvre.

2.2.3 Les dépassements des plafonds conventionnels ont conduit à une dégradation de la situation financière de l'association sur la période récente

[109] Sur le plan financier, ces dépassements des plafonds conventionnels ne posent pas de difficulté financière jusqu'en 2020 ; au contraire, le calibrage approximatif et généreux du forfait par infirmier qui détermine le montant de la subvention de l'assurance maladie (80 k€ puis 71 k€ à partir de 2019)[59] et un certain amortissement des coûts fixes conduisent l'association à une accumulation de résultats. Le pilotage par le financeur reste alors peu contraignant et celui-ci ne récupère pas la part de subvention non utilisée, comme il en a le pouvoir en vertu de la loi[60], dans

[57] Cf. le rapport d'activité 2022 d'Asalée et la réponse au questionnaire n°3.

[58] [redacted]

[59] 50 k€ pour l'infirmier, 15 k€ pour le médecin, 15 k€ pour les frais de structure.

[60] Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, article 43, IV ; CRPA, art. L. 242-2 du code des relations entre le public et l'administration.

un contexte où la convention ne précise pas les conditions dans lesquelles tout ou partie de la subvention non consommée peut être conservée[61].

[110] L'année 2021 conduit à une dégradation financière provoquée par les deux parties. D'une part, l'assurance maladie récupère indirectement les résultats accumulés par l'association en fixant un ticket modérateur au forfait par ETP lui-même abaissé (67,5 k€ payé 57 k€). D'autre part, l'association poursuit une stratégie de forte croissance. Il en résulte un résultat négatif qui consomme les fonds propres de l'association.

[111] En 2022, l'association poursuit son développement avec un forfait par ETP sans ticket modérateur. Sans fonds propres et sans avance[62] prévue dans la convention, elle gère sa trésorerie en décalant progressivement les paiements de ses fournisseurs, au sens comptable, au premier rang desquels les médecins qui perçoivent des indemnités de concertation[63].

Recommandation n°10 (Assurance maladie) Prévoir dans la convention un dispositif d'avance sur subvention et préciser les conditions dans lesquelles peut être conservé tout ou partie de la subvention non intégralement consommée.

Tableau 3 : Ratio bilantiels

	2019	2020	2021	2022	2023
Fonds de roulement	6 553	7 779	**-127**	**-2 953**	**-25 027**
Besoin en fonds de roulement	1 864	**-23**	**-6 154**	**-7 029**	**-25 029**
Trésorerie	4 689	7 802	6 027	4 076	2

Source : Mission d'après comptes de l'association

[112] [redacted]

[61] Loi du 12 avril 2000, art. 10, al 4.

[62] La CNAM, lorsqu'elle souhaite verser des subventions, peut prévoir dans la convention de subvention des modalités de versement au titre de l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 qui comportent des avances au sens de l'article 33 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique

[63] Non perçues depuis le dernier trimestre 2022 [redacted]

Le Groupement

L'association « *Le Groupement* » a été créée en février 2020 par des médecins généralistes pour contribuer au développement des assistants médicaux. C'est un groupement d'employeurs qui offre à ses adhérents (les médecins généralistes) un service complet, de l'étude de faisabilité au portage des contrats de travail en passant par l'accompagnement des équipes MG/assistants médicaux. Cette association est présidée, depuis sa création, par l'actuelle présidente d'Asalée qui a occupé, précédemment, les fonctions de secrétaire puis trésorière-adjointe.

[113] [redacted]

La crise financière des années 2023 et 2024

L'année 2023 constitue le début d'une crise financière pour l'association. Malgré l'absence de convention, elle poursuit sa stratégie de développement comptant sur une signature à mi-année à effet rétroactif. En dépit de l'absence de convention, la CPAM 79 continue de payer l'association Asalée dans la limite de la précédente convention : 83 M€ ont été versés en 2023. Les négociations entre la CNAM et l'association n'aboutissent pas. L'association [redacted] ne verse plus les indemnités de concertation dues aux médecins [redacted] mais maintient certaines dépenses. Elle engage une action contentieuse en référé dans le but d'obtenir les versements d'un acompte anticipé, sans succès.

En 2024, malgré la persistance de versement par la CPAM 79 à hauteur de la précédente convention et compte tenu du nombre d'infirmiers supérieur au plafond prévu par cette convention, la situation devient critique. [redacted][64] [redacted] le cabinet du ministre en charge de la santé intervient auprès des différents acteurs pour débloquer la situation. Deux décisions de subventionnement sont notifiées à l'association le 11 mars 2024, respectivement pour l'année 2023 et pour le premier semestre 2024. Une convention rétroactive sur l'année 2024 est signée le 11 juin. Le 3 juillet, le ministre en charge de la santé accorde une aide exceptionnelle à l'association de 6,7 M€, en annonçant qu'elle transitera par les crédits du Fonds d'intervention régional de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Cette aide vise le « *financement de la moitié du surcoût engendré par le dépassement du nombre d'infirmiers embauchés par rapport au plafond prévu par la précédente convention* »[65]. [redacted]

[64] [redacted]

[65] Courrier du ministre délégué chargé de la santé et de la prévention du 3 juillet 2024.

[114] La période 2023-2024 témoigne ainsi d'importantes prises de risque de la part de la direction d'Asalée. Elle poursuit, sans convention, un développement fort (les charges de personnel triplent sur la période 2019-2023 alors que la subvention ne fait « *que* » doubler) et ne prend que très tardivement, [redacted], la mesure du risque de cessation de paiement et d'ouverture d'une procédure collective. Cette issue n'a pu être repoussée que grâce au maintien des paiements sur la base de l'avenant 2022 par la CPAM 79, sur instruction de la CNAM, et à l'intervention du cabinet du ministre chargé de la santé.

[115] Dans un contexte de forte mobilisation politique auprès de la CNAM et de l'État (cf. *infra* partie 4.2), l'aide de ce dernier, si elle entend éviter la disparition d'un dispositif répondant à une mission essentielle de santé publique, valide cependant partiellement et *a posteriori* la stratégie de développement forcé de l'association et consacre de fait l'abandon de la stratégie de la CNAM laquelle, plus ferme dès fin 2022, avait tenté de mettre fin à la tactique de mise devant le fait accompli développée par l'association, cantonnant les autorités administratives à des rattrapages financiers.

[116] Au-delà de ce manque de cohérence et nonobstant l'arrêté pris pour déléguer ces crédits[66], cette décision ministérielle repose sur un fondement juridique fragile au regard des règles d'attribution des crédits du Fonds d'intervention régional.

[117] Pour éviter que ces difficultés ne réapparaissent, les contrôles et le pilotage exercés par l'assurance maladie doivent être rénovés et reposer sur une étroite coordination avec l'État (cf. *infra* partie 4). Cela suppose aussi – et surtout – que l'association renonce à sa stratégie de développement continu, sans considération des contraintes financières, et mette en place un pilotage rigoureux de ses dépenses, en particulier en matière de personnel (cf. *supra* recommandation n° 8).

2.3 Asalée n'atteint pas les objectifs d'activité fixés par la convention

[118] L'activité des infirmiers Asalée ne satisfait pas, sur le plan quantitatif, la condition posée par les décisions de financement (1 205 patients/ETP/an). Cette non-conformité (analysée en détail dans l'annexe 1.1) est notamment due à l'importance des autres activités réalisées par les infirmiers.

2.3.1 Le nombre de patients rencontrés est très en deçà des objectifs fixés par la convention, ce qui se traduit par un faible nombre de bénéficiaires et un coût élevé de la consultation

[119] Le nombre total de consultations s'établit en 2023 à 850 113, dont 805 607 consultations individuelles. Ce nombre progresse fortement depuis 2019 mais à un rythme moindre que les effectifs (146 % contre 160 % pour les ETP infirmiers).

[66] Cette aide figure dans les crédits FIR délégués par l'arrêté du 29 novembre 2024.

[120] Rapportée au nombre de patients[67], l'activité des infirmières Asalée atteint 1,027 million en 2023[68] (+38 % en un an, alors que les ETP progressent de 32 %). Malgré cette progression, cet indicateur reste loin de l'objectif minimal de 1 205 patients/ETP/an fixé dans la convention de 2019 et dans la décision de financement pour 2023 *(cf. supra)* : les infirmiers Asalée ont rencontré, en moyenne et pour un temps plein, 729 patients en 2023 et 693 patients en 2022 ; soit environ 60 % de l'objectif[69]. En 2023, seuls 9,5 % des infirmiers ([redacted]) atteignaient ou dépassaient l'objectif de 1 205 patients/an/ETP. Ils n'étaient que 7,4% ([redacted]) dans ce cas en 2022.

Tableau 4 : Nombre de consultations collectives et individuelles

	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de consultations individuelles	329 678	397 361	349 037	595 055	805 607
Nombre de consultations collectives	15 041	14 394	23 229	33 686	44 506
Total	**344 719**	**411 755**	**372 266**	**628 741**	**850 113**

Source : Mission d'après les données transmises par Asalée (extraction PSA)

[121] Ce nombre limité de consultations se traduit par un nombre réduit de bénéficiaires. Sur la période 2019-2023, chaque ETP infirmier a vu en moyenne 229 patients différents chaque année, soit un total de 311 066 patients en 2023. Rapporté au nombre de consultations totales, cela signifie que chaque patient, en moyenne, a bénéficié d'un peu plus de 3,3 consultations par an.

Tableau 5 : Nombre de patients différents vus au moins une fois

	2019	2020	2021	2022	2023	Moyenne
Nombre de patients différents	128 448	153 197	219 578	228 481	311 066	208 154
ETP moyens	[redacted]					
Nbre patients différents/ETP	[redacted]					

Source : Asalée (extraction PSA)

[122] Compte tenu de ce nombre de consultations (individuelles et collectives), le coût de celles-ci est élevé - autour de 100 euros - même s'il diminue depuis 2019. Il s'agit là d'un coût total, intégrant les coûts directs (salaires et charges des infirmiers) et indirects (support, ingénierie, logistique...). À ce titre, ce coût ne peut être comparé au tarif des consultations et actes réalisés par les professionnels de santé libéraux.

[67] Il s'agit du nombre de patients rencontrés et non pas de patients différents, un même patient pouvant être reçu plusieurs fois en consultation la même année.
[68] 805 716 patients rencontrés lors des consultations individuelles et 221 980 en consultations collectives
[69] Même rapporté au nombre d'ETP financés en 2023 (1 200 contre 1 403 en moyenne sur l'année), l'objectif n'est atteint qu'à 71 %.

Tableau 6 : Coût par consultation (euros)

€	2019	2020	2021	2022	2023
Coût par consultation	114,47	122,62	130,07	117,36	97,56

Source : Calculs mission d'après Asalée

[123] Lors des auditions et des visites de terrain, l'absence de prise en compte (et même de connaissance) par les infirmiers rencontrés de l'objectif d'activité fixé dans les décisions de financement a été constatée. De très nombreuses données d'activité sont pourtant saisies au moyen du système d'information (PSA) et disponibles à travers des tableaux de bord nationaux et individuels. Ces indicateurs ne sont cependant pas discutés, ni au niveau national (CA et assemblée générale) ni au niveau local (réunions de secteur).

[124] Ce sujet ne constitue pas non plus une préoccupation forte des autorités nationales[70]. Si elles décident de poursuivre le financement du dispositif Asalée, il conviendrait qu'elles accordent – ainsi qu'Asalée – une attention plus soutenue à ce sujet qui, comme le champ d'activités couvert (cf. supra), constitue un enjeu crucial pour répondre aux besoins des patients. Le niveau d'activité (nombre de patients/ETP/an, si c'est l'objectif qui est choisi) doit, à ce titre, faire l'objet d'une analyse approfondie[71] – intégrant l'ensemble des activités nécessaires à la prise en charge des patients – avant d'être fixé dans des disposition conventionnelles.

Recommandation n°11 (Asalée et Assurance maladie) Renforcer, aux niveaux national et individuel, le pilotage et le suivi des indicateurs d'activité, fondés sur les objectifs précis inscrits dans la convention de financement.

2.3.2 Le nombre limité de consultations, au regard de l'objectif conventionnel, s'explique par leur durée mais aussi par l'importance des autres activités

[125] Ce nombre limité, par rapport à l'objectif conventionnel, de consultations s'explique, selon Asalée, par leur durée : [redacted]

[126] [redacted][72]

[70] Il est rarement mentionné et jamais commenté lors des comités de pilotage et comités de surveillance. Seule la CPAM 79 l'analyse de façon critique, notamment dans son rapport 2024 qui en fait un point particulier d'analyse.

[71] L'objectif de 1 205 patients/ETP/an aurait été fixé au début des années 2010 et jamais révisé ni même rediscuté depuis. Son calcul tient compte de la durée des consultations d'ETP et du temps nécessaire à la gestion des dossiers mais n'intègre pas les autres activités, notamment la formation.

[72] [redacted]

Graphique 5 : Répartition du temps de travail des infirmiers (2019-2023)

[redacted]

[127] [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[128] [redacted]

[redacted]

73 [redacted]

74 [redacted]

[redacted]

Recommandation n°12 [redacted]

[redacted][75][redacted][76][redacted][77]

2.3.3 L'augmentation de l'activité des infirmiers nécessite d'encadrer l'adressage de patients et la révision du ratio infirmier/médecin

[129] S'agissant du ratio infirmiers/médecins, seule autre condition d'activité assortie d'une valeur dans la convention de 2019, le plafond de 0,2 ETP infirmier par médecin est, en moyenne, respecté depuis 2019. Ce n'est pas toujours le cas au niveau individuel puisque 16% des infirmiers dépassent ce plafond en 2023. Ce plafond est supposé garantir un certain volume d'adressage de patients et donc d'activité : il doit être maintenu mais adapté aux caractéristiques de la patientèle. Il pourrait également tenir compte du volume d'adressage et ainsi reconnaître et valoriser la qualité de la coopération médecin/infirmier.

Recommandation n°13 (Assurance maladie et Asalée) Redéfinir le ratio infirmier/médecin généraliste pour intégrer les caractéristiques de la patientèle médecin (taille de la file active, nombre de patients souffrant de maladies chroniques, précarité…) et, le cas échéant, le volume d'adressage.

[75] [redacted]

[76] Réponse au Q4 *bis* 2.3

[77] *Ibidem*

[130] En effet, le faible nombre de patients rencontrés - par rapport aux objectifs conventionnels - peut parfois s'expliquer par un manque d'adressage de la part des médecins. Ce problème, difficilement quantifiable, a plusieurs fois été évoqué lors des visites de terrain de la mission. L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) fait également état de l'hétérogénéité des pratiques coopératives dans ses travaux sur la typologie des binômes Asalée[78]. Le manque d'adressage peut provenir d'une coordination insuffisante entre l'infirmier et certains des médecins (notamment au début de la coopération) ou d'une interprétation restrictive par ces derniers du protocole de coopération.

[131] L'adressage des patients est une prérogative du médecin qui ne peut s'engager sur un volume d'activité. Cependant, un objectif prévisionnel pourrait être défini lors de la constitution des équipes Asalée et inscrit dans un contrat liant le médecin à Asalée, avec d'autres clauses relatives, le cas échéant, aux charges incombant aux médecins (dépenses immobilières, logiciels de gestion de cabinet... *cf. supra*), aux cotisations et à la déclaration d'adhésion au protocole de coopération.

[132] Un tel contrat, qui devrait inclure également des droits (indemnités de concertation, formation...), suppose une révision au préalable des statuts et du règlement intérieur de l'association. Compte tenu de leur importance financière, ces engagements doivent reposer sur des dispositions conventionnelles précises fixant les dépenses autorisées au bénéfice des médecins et les conditions qu'ils doivent remplir pour les percevoir.

Recommandation n°14 (Asalée et CNAM) Préciser les droits (indemnités de concertation, formation...) et devoirs (adressage de patients, participation – le cas échéant - aux frais de fonctionnement, cotisation, déclaration d'adhésion au protocole de coopération...) des médecins. À cette fin, revoir les statuts et le règlement intérieur et faire signer à chaque médecin adhérant à Asalée un contrat stipulant ces droits et devoirs. Inscrire dans les conventions de financement des dispositions précises fixant les dépenses autorisées au bénéfice des médecins et les conditions qu'ils doivent remplir pour les percevoir.

Calendrier : 2026	Pilote : Asalée	Acteurs impliqués : CNAM
Résultat(s) attendu(s) : • Clarification des droits et devoirs incombant aux médecins • Meilleur pilotage du déploiement du dispositif (notamment via l'adressage) • Mise en conformité et maîtrise des dépenses de formation et de concertation • Amélioration du taux de déclaration d'adhésion au protocole de coopération • Ressources supplémentaires grâce aux cotisations		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission : • Révision des statuts et du règlement intérieur lors d'une assemblée générale extraordinaire. • Signature, avec chaque médecin, d'un contrat précisant les droits et devoirs ; socle commun complété, pour chaque médecin, d'un objectif prévisionnel d'adressage. • Dispositions conventionnelles définissant précisément les dépenses éligibles (formation, concertation, logistique...)		
Conditions de réussite / moyens : • Mobilisation de la gouvernance d'Asalée		

[78] IRDES, *Hétérogénéité des organisations et des pratiques coopératives entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes*, 2019.

Éléments de chiffrage : *impact limité car dépenses déjà existantes*
Risque(s) associé(s) / leviers de maitrise des risques à mobiliser / risques associés à l'inaction : • Réticences de certains médecins à s'engager, par écrit, sur des objectifs d'adressage dont l'atteinte dépend, en partie, des patients → Fixer des objectifs prévisionnels sans sanction associée • Faible recouvrement des cotisations

3 Les principes d'externalisation et d'holacratie structurent une association à la gestion et au pilotage insuffisants

[133] L'organisation d'Asalée se distingue par deux caractéristiques :

- d'une part, l'association externalise la quasi-totalité de ses fonctions de direction et ses fonctions opérationnelles. Cette externalisation s'accompagne d'une spécificité : Asalée confie à deux prestataires historiques – IS@S Ingénierie S@nté social SARL et Informed 79 Services SAS (cf. encadré *infra*) – de nombreuses fonctions ;
- d'autre part, elle repose sur un modèle holacratique en s'appuyant sur les médecins et les salariés auxquels elle a confié un ensemble de tâches [redacted]

Tableau 7 : Récapitulatif de la ventilation des fonctions au sein de l'association

Fonction	Direction / Organe de l'association	Prestataire externe	Contributeur interne
Gouvernance	Assemblée générale / Comité de surveillance	ISAS	Membres
Direction	Conseil d'administration / Comité de surveillance / Bureau / Présidents / Délégué général / Direction des opérations	ISAS	[redacted] invités permanents
Gestion administrative	Secrétaires	ISAS	
Finances	Direction administrative et financière / Trésoriers	ISAS / Groupe Y / TGS	[redacted]
Systèmes d'information	Direction des systèmes d'information	ISAS / Informed 79	
Ressources humaines / Formation / Qualité	Direction de la formation et de la qualité	ISAS / Groupe Y	[redacted]

Source : Mission

[134] ISAS comme Informed 79 préexistaient à l'association. L'intensité des relations entre Asalée et ces deux sociétés conduit à parler d'imbrication. Asalée les identifie en tant que « *prestataires historiques* ». Cette organisation résulte de l'histoire de l'association et n'a pas été modifiée en dépit de la croissance très importante des effectifs ces dernières années. Quoique stable, cette structure associative et externalisée apparaît désormais mal adaptée à ce qu'est devenue Asalée : une entreprise nationale de taille intermédiaire quasi-intégralement financée par des fonds publics.

[135] L'externalisation et certaines négligences créent des difficultés de gouvernance et de gestion (3.1) analysées en annexe 3.1. L'externalisation génère également de l'opacité et des conflits d'intérêts (3.2) analysés en annexes 1.3 et 2.3. Le modèle holacratique, lui, engendre des difficultés particulières en matière de ressources humaines et de dialogue social (3.3), détaillées en annexes 2.1 et 2.2.

3.1 L'externalisation et certaines négligences se conjuguent pour créer des difficultés générales de gouvernance et de gestion

IS@S Ingénierie S@nté social SARL dite ISAS

ISAS, créée en 2000, est une société anonyme à responsabilité limitée (SARL) qui assure « *la fourniture des prestations de conseil et de services dans la conception, la mise en œuvre et l'exploitation de plateformes sécurisées supportant des services de soins, de prévention de la santé et d'activités sociales* ». Son gérant est, par ailleurs, président d'Informed 79 Services SAS. [redacted]. Son chiffre d'affaires hors taxes s'élevait en 2023 à 1,45 M€, pour un bénéfice de 70 k€ contre 143 k€ en 2022.

ISAS accompagne Asalée depuis sa création en tant que « *support* ». ISAS fournit à Asalée des prestations de type « *assistance à la maîtrise d'ouvrage* » dans le cadre d'une convention de gré à gré puis d'un marché public depuis 2023. ISAS assure un appui au pilotage du dispositif Asalée (soutien des équipes Asalée, suivi de l'activité, accompagnement des innovations, conception des SI, aide à la contractualisation avec les autorités et financeurs...) et un appui à la gestion des ressources humaines, en lien avec Groupe Y (élaboration des contrats de travail, gestion et contrôle de la facturation des frais des infirmiers, formation...).

Ces prestations, d'un montant de 1,73 M€ toutes taxes comprises en 2023 (contre 1,71 M€ en 2022 et 1,73 M€ en 2021), représentent une part majeure et croissante du chiffre d'affaires d'ISAS : 96 % en 2021 et 2022.

Informed 79 Services SAS dite Informed 79

Informed 79 Services SAS, créée en 2005[79], est une société par actions simplifiée (SAS) qui a pour objet « *la conception, mise en œuvre, animation et exploitation de services dans le secteur sanitaire et social* ». Son président est, par ailleurs, gérant d'ISAS. Informed 79 [redacted] mais recourt à des prestataires, [redacted]. Son chiffre d'affaires s'élevait en 2023 à 372 k€, en progression de 107 % depuis 2019.

Informed 79 accompagne Asalée depuis sa création. Elle fournit à Asalée l'*« accès, l'exploitation courante et la maintenance corrective d'un système d'information support à l'expérimentation Asalée, disponible notamment sur un site Web* » dans le cadre d'une convention de gré à gré puis d'un marché public depuis 2023. Il s'agit des systèmes d'information utilisés par Asalée pour mettre en œuvre les protocoles : le portail de suivi Asalée (PSA).

Cette prestation, d'un montant de 446 k€ en 2023, a connu une forte progression depuis 2019 (+123 %), inférieure toutefois à la croissance des effectifs d'Asalée (+160 %). Cette prestation représente la totalité du chiffre d'affaires d'Informed 79 depuis 2019, faisant d'Asalée le seul client de cette entreprise depuis cette date.

Quatre actionnaires d'Informed 79 étant membres du conseil d'administration d'Asalée, des rapports spéciaux ont été produits par le commissaire aux comptes (CAC) en 2018, 2019 et 2020. Selon Asalée, l'actionnariat d'Informed 79 aurait été modifié fin août 2024, pour ne plus comporter que des actionnaires extérieurs à Asalée.

[136] L'externalisation marque à différents degrés les fonctions de direction, gestion administrative et finances, fonctions classiques d'un bureau d'association. L'analyse de ces trois fonctions fait apparaître des irrégularités et des négligences analysées en annexe 3.1. La fonction de direction est marquée par un fonctionnement perfectible des instances de gouvernance et la présence d'un dirigeant issu des prestataires historiques (3.1.1). La fonction de gestion administrative, externalisée, est négligée (3.1.2). La fonction financière, partagée entre externalisation et prestation interne, nécessite d'être sécurisée (3.1.3).

3.1.1 La fonction de direction quoique portée par un nombre restreint de personnes est éclatée et connaît d'importants dysfonctionnements

3.1.1.1 Le conseil d'administration constitue l'organe central de la gouvernance de l'association.

[137] Le conseil d'administration comporte huit à douze membres élus, renouvelés annuellement et nécessairement médecins[80]. Un petit nombre d'administrateurs est présent depuis le début ou sur une période de plus de six ans, attestant d'une forme de noyau dur.

[138] Les statuts n'ont été modifiés que deux fois, en 2019 et 2021 et sont peu adaptés au fonctionnement actuel de l'association.

[79] Une association dénommée Informed 79 a été créée en 2003 et n'a pas fait l'objet d'une dissolution.
[80] Seuls les médecins peuvent être membres de l'association selon l'article 5 des statuts.

[139] Tout particulièrement, le dispositif des invités permet d'associer des membres qui n'ont plus – [redacted] - ou pas – [redacted] – la capacité de participer à la gouvernance de l'association. Cette souplesse est cependant précaire – le président peut y mettre fin - et peu transparente – la décision du président est discrétionnaire -, et elle ne répond pas pleinement aux besoins de représenter les différentes parties prenantes dans une association composée de médecins. Il s'agit notamment des infirmiers qui assurent la mise en œuvre du protocole de coopération, comme les médecins.

[140] [redacted]

[141] Une révision statutaire est nécessaire et devra en outre conduire à s'interroger sur le statut des retraités alors que les fondateurs et dirigeants historiques d'Asalée sont ou vont être en retraite dans les prochaines années. L'article 5 des statuts ne mentionne en effet que deux catégories de membres là où les statuts type suggérés par l'État proposent jusqu'à cinq catégories de membres pour s'adapter aux différentes réalités des associations.

Recommandation n°15 (Asalée) Adapter la gouvernance de l'association à la réalité de ses pratiques, notamment le rôle des retraités et anciens membres du conseil d'administration, et adapter également la composition de ce dernier.

[142] [redacted]. Son fonctionnement a été perturbé par la mise en place du comité de surveillance (COSUR) qui dispose de certaines de ses compétences (cf. encadré ci-dessous).

Le comité de surveillance : une instance hybride dysfonctionnelle

Créé en 2021 par un avenant à la convention 2019-2021, le COSUR a pour objectif de « *contrôler la gestion des fonds alloués à l'association Asalée et le déploiement des infirmiers asalée* ». Composé de représentants de l'association, de la CNAM, de la CPAM 79 et du ministère de la santé (DSS), il se réunit au moins une fois par an. Ses missions consistent à adopter le rapport financier sur la situation financière de l'association, approuver les comptes de l'exercice clos, voter le budget annuel, approuver le plan de déploiement des nouveaux ETP pour l'exercice suivant, et définir des orientations générales[81]. Ce faisant, le comité de surveillance endosse des compétences qui relèvent de l'assemblée générale ou du conseil d'administration de l'association (cf. annexe 3.1).

À la demande de la CNAM, il s'est vu intégré aux statuts de l'association en 2021 dans un nouvel article 13, aux termes identiques à ceux de la convention, sans que cette intégration s'accompagne d'une coordination par l'association avec les rôles des autres instances, entrainant des conflits de compétences avec le CA et l'assemblée générale.

Le rôle du COSUR est toutefois demeuré virtuel, celui-ci n'ayant, en tout état de cause, pas rempli les missions qui lui étaient assignées. Réuni seulement deux fois, le 19 octobre 2021 et le 15 décembre 2023, il n'a nullement procédé à l'examen du budget ou l'approbation des comptes de l'association (cf. *infra*) et ne s'est plus réuni depuis malgré les demandes de l'association.

[143] [redacted]

[144] [redacted]

[145] [redacted]

3.1.1.2 [redacted]

[146] [redacted]

[147] [redacted]

[81] Cette composition et ces missions sont sans lien avec celles du « *conseil de surveillance* » prévu par le règlement intérieur de l'association (art 3.1.4) qui, pour sa part, n'a jamais vu le jour et comportait une fonction approchante relative aux ressources.

[redacted][82].

[148] [redacted]

[149] Cette situation pourrait remettre en cause le caractère non lucratif de l'association et dès lors emporter sa soumission aux impôts commerciaux. Elle entraine, à cet égard, un non-respect de l'article 10 de la convention qui impose, notamment, le respect des obligations fiscales.

[150] L'association dispose de la faculté de demander un contrôle à l'administration sur ce point. Cette demande de contrôle permettrait à l'association de régulariser sa situation sans subir des pénalités[83].

Recommandation n°16 (Asalée) Choisir entre une gestion intéressée ou désintéressée et se conformer à l'ensemble des règles fiscales correspondantes.

3.1.1.3 Le délégué général exerce des fonctions centrales de direction

[151] Le RI prévoit que soit confié à un ingénieur un poste de « *délégué général* » (DG). [redacted][84].

La direction des opérations par un délégué général

Selon l'article 3.2 du RI : « *Le bureau délègue à un délégué général, ingénieur de formation, les opérations décrites dans le présent chapitre. Le délégué général réfère au président en marche courante, au bureau et au conseil d'administration, lorsque ces structures se réunissent, et à chacun des médecins généralistes qui assurent, dans le bureau ou le conseil d'administration, les directions d'objectifs des différents moyens sous visés dans la direction opérationnelle ci-dessous.* »

Les opérations décrites sont : « *la direction de la formation et de la qualité, la direction du support et des projets, la direction administrative et financière et la direction des systèmes d'information.* » (*Ibid.*)

[152] [redacted]

82 [redacted]

83 CRPA, art. L. 124-1 et 2

84 [redacted]

[redacted]

[153] [redacted]

[154] [redacted][85].

3.1.2 La fonction administrative, totalement déléguée, fait l'objet de négligences ce qui pose des problèmes de traçabilité et d'opposabilité

[155] En termes de traçabilité [redacted] la mission n'a pu obtenir tous les procès-verbaux des CA. Dans certains cas, l'association n'a transmis que des convocations et non des procès-verbaux et aucun procès-verbal entre 2017 et 2021 n'a été communiqué.

[156] En termes d'opposabilité, les formalités requises ne sont pas respectées. [redacted] Il existe de nombreux écarts entre les statuts et le RI [redacted].

[157] De surcroit, l'association ne respecte pas les formalités prévues par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association :

- d'une part, les changements des dirigeants n'ont plus été déclarés en préfecture depuis 2012 ;
- d'autre part, l'association n'a pas procédé à la déclaration de la modification des statuts de 2021.

[158] La loi sanctionne d'une inopposabilité aux tiers l'absence de déclaration[86]. À leurs yeux, en ce compris les autorités administratives, les dirigeants de droit de l'association sont donc les dirigeants de 2012 et les statuts de l'association ceux de 2019.

Recommandation n°17 (Asalée) Régulariser auprès de la préfecture les modifications de gouvernance.

[85] [redacted]

[86] Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, art. 5. Contravention, art. 8.

Recommandation n°18 (Asalée) [redacted]

3.1.3 La fonction financière, reposant sur l'appui de prestataires, comporte des lacunes notamment en termes de transparence, et génère des risques qui doivent être maîtrisés

[159] La fonction financière, largement externalisée, repose sur plusieurs acteurs :

- le trésorier et son adjoint, au rôle restreint au suivi de la situation financière ;
- [redacted]
- ISAS fournit un appui au contrôle et à la liquidation des frais des infirmiers, des indemnités médecins, de la préparation des contrats de travail, du suivi des baux des cabinets de médecins comprenant un infirmier Asalée, et du conventionnement avec d'autres structures ;
- Groupe Y, cabinet d'expertise comptable, réalise la paye et prépare les comptes exigés[87] ;

[160] Par ailleurs, TGS, commissaire aux comptes, assure les missions d'audit externe légal.

[161] [redacted]

Recommandation n°19 (Asalée) [redacted]

[162] Contrairement aux exigences tant statutaires que relatives à la législation applicable aux subventions, l'association n'a pas établi de budget, à l'exception de l'année 2023 [redacted] (cf. *supra*, partie 2.2). Pour justifier l'absence de budget, l'association met en avant, d'une part, les incertitudes sur l'obtention des financements et, d'autre part, l'absence d'exercice par le COSUR de ses compétences en matière de vote du budget et d'approbation des comptes.

[163] Les difficultés récurrentes de négociation avec le principal financeur n'exonèrent pas l'association d'établir des budgets pour la bonne gestion interne et l'obtention régulière de subventions publiques (cf. *infra*). En cas d'écart entre l'estimatif et l'attribué, l'association dispose

[87] C com, L. 612-1 et 4

de la faculté d'établir un budget rectificatif. La présence du COSUR se limite conventionnellement aux exercices 2021 et 2022 : elle n'empêche plus l'édiction de budgets.

[164] L'absence de budget nuit au bon pilotage de l'association par la gouvernance et au suivi par les financeurs. En présence de conventions pluriannuelles, l'existence d'un budget objective la stratégie de la direction afin d'assurer un fonctionnement de l'association cohérent avec ses ressources. L'absence de budget a donc pu faciliter le dépassement fréquent des plafonds d'ETP par l'association qui n'a pas piloté, jusqu'à 2024, ses dépenses en fonction des financements attribués (cf. *supra* partie 2.3). Au surplus, le vote du budget participe au caractère démocratique du fonctionnement de l'association.

Recommandation n°20 (Asalée) Mettre en place un pilotage budgétaire en élaborant des budgets prévisionnels et, le cas échéant, rectificatifs, et en les soumettant au conseil d'administration.

[165] Les comptes d'Asalée doivent en outre faire l'objet d'un audit légal et d'une publication au *Journal officiel des associations et des fondations d'entreprises*[88] incluant le rapport du CAC.

[166] Les comptes sont audités jusqu'à l'exercice 2021 et tous certifiés sans réserve. Le CAC établit un rapport spécial relatif à des conventions règlementées, notamment relatives aux indemnités et remboursements de frais des médecins dirigeants et au contrat passé avec Informed 79.

[167] Bien que le COSUR ait été mis en place en 2021, les comptes 2021 ont été approuvés sans son intervention.

[168] S'agissant des exercices 2022 et 2023, l'association est dans l'attente de l'approbation des comptes par le COSUR (cf. *supra*), expliquant ainsi l'absence d'audit et de publication des comptes.

[169] S'agissant de l'exercice 2022, malgré les demandes de l'association, le COSUR ne s'est pas réuni pour approuver les comptes. La CNAM estime qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer dans un sens ou dans l'autre sur les comptes lors de la séance de décembre 2023, en raison de la carence constatée[89] au cours de l'audit 2023 mené sur les comptes 2022. La DSS considère que le COSUR de 2023 empêche Asalée de se prévaloir de l'absence de réunion[90].

[170] En raison de l'inopposabilité des statuts de 2021 (cf. *supra*), il convient de supprimer conventionnellement l'exigence d'une approbation des comptes 2022 par ce comité et d'acter au sein de l'association la nullité de la modification des statuts de 2021 en assemblée générale, pour rétablir les statuts dans leur version de 2019. Cette façon de procéder, quoique baroque, évite de régulariser une instance que ni l'État ni la CNAM n'ont véritablement souhaité faire fonctionner (cf. *infra* partie 4). À défaut pour le financeur de parvenir à cette modification conventionnelle, celui-ci pourrait alors le supprimer par une décision dépourvue de forme

[88] Compte tenu des dépassements de plusieurs seuils fixés par la règlementation : C. com, L. 612-1 et R. 612-1 (50 salariés et 3,1 M€ de ressources) et L. 612-4 (>153 k€ de subventions).
[89] Après que l'association a refusé de produire certaines pièces demandées par la CPAM 79 et la CNAM (*cf. infra*).
[90] Bien que l'approbation des comptes n'ait pas été à l'ordre du jour.

conventionnelle, au prix d'une fragilisation juridique que seule pourrait éventuellement résoudre la démonstration de l'existence d'une formalité impossible.

[171] Pour les exercices 2023, le COSUR n'existant plus de toutes les manières pour l'État et la CNAM[91], l'association ne peut exiger pour l'approbation des comptes la réunion d'une telle instance, quand bien même elle demeurerait dans ses statuts. Dès lors, elle doit faire approuver ses comptes 2023 sans délai par l'assemblée générale[92].

Recommandation n°21 (Assurance maladie et Asalée) Supprimer conventionnellement l'exigence d'une approbation des comptes 2022 par le comité de surveillance, supprimer ce comité des statuts d'Asalée et procéder à l'approbation des comptes 2022 selon les règles statutaires.

[172] S'agissant de la publicité des comptes, l'association n'a publié que les comptes de 2019 à 2021 et n'a pas régularisé la situation pour les années antérieures pourtant auditées.

[173] Compte tenu des enjeux de transparence, un contrôle particulier sur ce point de la préfecture des Deux-Sèvres pourrait être utile afin de s'assurer du respect de ces obligations[93].

Recommandation n°22 (Asalée) Publier, conformément aux textes, les comptes de l'association et rapports du commissaire aux comptes pour les exercices antérieurs à 2019 et postérieurs à 2021.

3.2 L'externalisation de nombreuses fonctions conduit à une gestion opaque et génère des conflits d'intérêts

[174] Présentée comme source d'efficience, l'externalisation ne peut être appréciée correctement compte tenu d'une comptabilité peu détaillée (3.2.1. et annexe 1.3). En outre, cette externalisation n'est pas exempte de conflits d'intérêts qui posent des problèmes de régularité comme d'efficience (3.2.2. et annexes 2.3 et 3.1).

3.2.1 L'externalisation conjuguée à l'absence de comptabilité fine génèrent une certaine opacité financière qui ne permet pas d'apprécier l'efficience d'une gestion en apparence économe

3.2.1.1 La comptabilité trop agrégée ne permet pas d'objectiver le coût des prestations externes comme internes

[175] En dépit de l'externalisation de la tenue des comptes et de leur certification toujours sans réserve, des incohérences et rectifications entre les années ont été observées lors de l'analyse des comptes. [redacted] les comptes ne permettent pas de suivre certaines dépenses, [redacted]

[91] Faute de source conventionnelle, la convention ayant expiré au 31 décembre 2022. La persistance du COSUR dans les statuts d'Asalée n'engage ni l'État, ni l'assurance maladie, qui ne sont pas membres d'Asalée.
[92] Il en ira de même pour 2024.
[93] C com, art. L. 612-4 dernier alinéa : tout intéressé ou le représentant de l'État peut demander la publication des comptes par voie d'astreinte judiciaires aux dirigeants. Amende : C com, art. L. 242-8

[redacted]. L'association n'a d'ailleurs que partiellement pris en compte les suggestions de détail de la CPAM 79 dans ses rapports.

[176] [redacted]

[177] Ce manque de finesse dans la comptabilité se répercute lors de l'analyse du rôle des prestataires historiques :

- les prestations d'ISAS font l'objet d'une ventilation entre quatre sous-comptes[94] qui ne reflètent pas la multitude des missions confiées au support et ne permettent pas d'en apprécier l'efficience poste par poste ;
- [redacted][95] ;
- l'imbrication des prestataires historiques d'Asalée conduit à des glissements de tâches de sorte que le prestataire exécute des missions qui ne figurent pas dans le contrat écrit mais sont admises par l'ensemble des membres [redacted]

[178] [redacted]

3.2.1.2 L'apparence de gestion économe ne peut être objectivée faute de pouvoir connaître ou recomposer le coût des différentes fonctions, pour lesquelles il existe des inefficiences.

[179] La seule analyse des charges externes, qui représentent 25 % des charges totales sur la période 2019-2023, ne permet pas d'apprécier l'efficience de la gestion de l'association, même si cette part baisse de 9 points depuis 2019 et que les indemnités versées aux médecins et aux infirmiers – qui ne sont pas à proprement parler des coûts de gestion – représentent plus de la moitié des charges externes (*cf. supra* graphique n°3), laissant apparaître une gestion plutôt économe de prime abord.

[180] Malgré les limites comptables évoquées plus haut, une recomposition par fonction a été menée en intégrant notamment les prestations assurées en interne et l'action des prestataires.

[181] S'agissant de la fonction financière, cette démarche n'a pu aboutir car la recherche de financement et la gestion des défraiements confiés à ISAS ne font pas l'objet d'une facturation ou d'une comptabilisation séparée.

---

[94] Assistance Maitrise Ouvrage, Ass Formation & Support Opération, Ass R & D, Assistance Conception SI.
[95] Facturation d'activités relative à 2017 en 2021.

[182] [redacted]

[183] S'agissant du SI d'Asalée, son coût par infirmier reste stable, ce qui conduit à atténuer le discours sur les gains de productivité tenu par l'association. En moyenne, ce coût est de 349 €/an. Là encore, l'analyse se heurte au manque de détail de la prestation d'Informed 79, qui fait l'objet d'une facturation unique, annuelle et non détaillée.

[184] Les coûts des SI peuvent être augmentés de la prise en charge par l'association des licences d'accès aux logiciels des gestion des cabinets. Cette dépense permet l'intégration de l'infirmier Asalée dans le cabinet. Sa prise en charge à 100 %, désincitative en termes de maîtrise des coûts, rejoint cependant une problématique plus large de participation des médecins au dispositif (cf. *supra* recommandation n°14).

[185] S'agissant des fonctions de ressources humaines comme de recherche et développement (R&D), celles-ci sont marquées par une forte implication des salariés de l'association. Cette implication s'accompagne d'une rémunération supplémentaire sous forme d'indemnités. [redacted], il n'est pas possible d'apprécier [redacted] le coût réel des fonctions RH et R&D. Plus spécifiquement :

- [redacted]
- le recours aux prestataires externes en matière de RH a permis des économies d'échelle, notamment en raison d'une progression plus faible du prix de la prestation d'ISAS sur ce point que de la masse salariale. Il s'agit d'une stratégie de modération des coûts assumée. Cependant, cette modération s'accompagne d'un sous dimensionnement du support RH (*cf. infra* partie 3).

[186] Au global, il n'est pas possible de formuler une opinion fiable sur l'efficience de l'association en termes de frais de structure, compte tenu du volume de sous-traitance et de [redacted] qui conduit à une certaine opacité de la gestion, préjudiciable tant à son pilotage qu'à son contrôle.

3.2.2 L'imbrication avec les prestataires historiques induit des conflits d'intérêts au détriment du patrimoine de l'association, de l'efficience de sa gestion et du respect des règles de la commande publique

3.2.2.1 L'intermédiation d'Informed 79, [redacted], entraine des surcoûts non justifiés

[187] La société Informed 79 assure la maitrise d'œuvre des systèmes d'information et a un seul client : Asalée (*cf. supra*). Asalée n'est pas propriétaire de PSA, [redacted].

Asalée dispose des données de pilotage, tandis que – selon l'association – les données relatives au patient sont la propriété de ce dernier.

[188] L'inefficience du recours à Informed 79 résulte de quatre points :

- la structure engendre des frais supplémentaires sans qu'elle ait une activité propre autre que sous-traiter sa prestation à [redacted]. Le cout annuel moyen par infirmier du recours à Informed 79 est de 348,76 €. Ce coût, quoique stable à l'exception de 2021, pourrait être inférieur sans l'intermédiation d'Informed 79, en raison de ses coûts propres[96] ;
- l'intermédiation d'Informed 79 permet potentiellement un enrichissement des actionnaires [redacted], à hauteur de 140 k€[97] fin 2023, si les bénéfices étaient distribués - ce qui n'a pas été le cas ;
- La passation d'un marché aurait pu conduire à une proposition moindre [redacted] ;
- le marché 2023, entaché de conflits d'intérêts et d'inégalité de traitement entre les candidats (*cf. infra*), ne permet pas de résoudre le point précédent.

3.2.2.2 Le recours à [redacted] pour la production et la gestion du système d'information d'Asalée prive celle-ci de la maitrise du logiciel [redacted]

[189] En dépit d'une comptabilisation ponctuelle en immobilisation de dépenses d'ingénierie en tant que logiciel à la demande de la CPAM 79, en 2018, les comptes d'Asalée ne font pas état d'une propriété du logiciel de suivi de l'activité. La convention de financement 2019-2021 prévoit cependant expressément à son article 10 qu'Asalée dispose de la propriété du « *logiciel* »[98]. La mission estime à ce titre que « *logiciel et le développement des solutions techniques* » correspondent au portail de suivi de l'activité PSA et des différents modules.

[190] [redacted]

[96] [redacted]

[97] 109 k€ de report à nouveau et 31 k€ de résultat.

[98] Sans que « *le logiciel* » ne soit identifié dans la convention.

[191] [redacted]

Tableau 8 : [redacted]

[redacted]							
[redacted]							

[redacted]

3.2.2.3 Certains marchés publics sont entachés de conflits d'intérêts et d'une rupture d'égalité entre les candidats en raison de l'imbrication avec des prestataires historiques

[192] Malgré des alertes répétées de la CPAM 79, dès le rapport de contrôle 2018, l'application des règles de la commande publique n'a reçu qu'un écho tardif de la part d'Asalée et des autorités nationales, le ministère de la santé et la CNAM n'ayant pas eu, dans un premier temps, la même analyse juridique sur l'applicabilité de ces règles à Asalée.

[193] Pourtant, l'association remplit les critères d'un pouvoir adjudicateur posés par l'article L. 1211-1, 2° du code de la commande publique (CCP)[99] : elle a été créée pour satisfaire des « *besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel et commercial* » et son activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur[100].

[194] À la demande impérative de la CNAM fin 2022, deux marchés ont été lancés en décembre 2022, l'un pour les prestations de services (trois lots) et l'autre pour les fournitures de matériels (huit lots), soit onze lots.

[195] Deux de ces lots ont été remportés par ISAS et Informed 79, au terme d'une procédure entachée par des conflits d'intérêts. En effet :

- [redacted][101] ;
- [redacted].

[99] Cette analyse est confirmée par la note d'expertise juridique réalisée par un membre du Conseil d'État en février 2023.

[100] CSS, art. L. 124-4 ; arrêté, 19 juillet 2018, portant réglementation sur les marchés publics des organismes de sécurité sociale, NOR : SSAS1816604A

[101] [redacted]

[196] Cette difficulté est consubstantielle à la relation, ancienne et étroite, qu'entretiennent Asalée et ces deux prestataires historiques. La prévenir parfaitement aurait nécessité d'exclure ces deux sociétés de l'appel d'offres, au risque de porter atteinte à la liberté d'accès à la commande publique. Des précautions auraient cependant pu être prises pour aménager la procédure (recours à un prestataire pour gérer l'appel d'offres notamment), [redacted]

[197] Outre ces conflits d'intérêts, le marché de services n'a pas respecté le principe d'égalité de traitement entre les candidats[102]. Le cahier des clauses techniques particulières (CCTP) présente en effet, pour le lot « *Support-ingénierie* », de très fortes similitudes avec les contrats passés avec ISAS jusqu'en 2022.

[198] La prestation offerte par ISAS étant ancienne et, selon les responsables de l'association, conforme aux besoins d'Asalée, il est pertinent que le CCTP reprenne les termes des contrats passés avec ce prestataire ; d'autant que les marchés ont été lancés dans l'urgence.

[199] Toutefois, le CCTP fait bien plus que s'inspirer de ce contrat, au point de le recopier très largement[103]. Par ailleurs, si un préambule décrivant les missions et l'organisation d'Asalée se trouve dans ce document, cette description est trop courte et générale pour permettre à des concurrents d'ISAS de compenser – ne serait-ce qu'en partie – leur moindre connaissance des prestations attendues. Il en est de même pour le lot « *informatique* », attribué à Informed 79, pour lequel la description des besoins est sommaire.

[200] Au vu de ces irrégularités, la mission recommande de mettre un terme, à la prochaine échéance, au marché pour les deux lots attribués à ISAS et Informed 79[104] et de relancer un nouvel appel d'offres en veillant au strict respect des règles de la commande publique[105].

Recommandation n°23 (Asalée) Relancer fin 2025 un marché de prestations de services pour les lots support-ingénierie et informatique, en veillant au strict respect des règles de la commande publique, notamment la prévention des conflits d'intérêts et l'égalité de traitement des candidats.

[201] Malgré les efforts que pourrait déployer Asalée pour assurer l'égalité de traitement entre les candidats et prévenir les conflits d'intérêts, force est de constater que l'imbrication entre l'association, ISAS et Informed 79 complique la mise en œuvre des règles de la commande publique.

[202] Une autre solution consisterait, pour Asalée, à internaliser ces prestations et, ainsi, étoffer le nombre de personnes dédiées aux fonctions support de l'association, actuellement réduites à leur plus simple expression[106].

[203] [redacted]

[102] CCP, art. L. 3

[103] y compris les coquilles.

[104] Le marché est reconductible tacitement, chaque année, jusqu'en 2027

[105] Cf., tout particulièrement, les articles L. 2141-8, -10 et -11 du CCP.

[106] [redacted]

Recommandation n°24 (Asalée) Examiner la possibilité d'internaliser les prestations offertes par ISAS et Informed 79.

[204] Enfin, la mission a identifié des dépenses qui n'ont pas fait l'objet d'un marché public, alors qu'elles dépassent les seuils réglementaires : l'organisation du séminaire Asalée tenu en novembre 2023 (283 k€), les primes d'assurance (74 k€), les licences informatiques (100 k€) et les prestations assurées par le commissaire aux comptes (70 k€).

Recommandation n°25 (Asalée) Se conformer aux règles de la commande publique pour l'ensemble des achats dont le montant est au moins égal au seuil fixé par la règlementation.

3.3 L'holacratie couplée à la sous-traitance généralisée créent [redacted]

[205] La gestion des ressources humaines et le dialogue social sont marqués par l'organisation holacratique et l'externalisation. Les effets de cette organisation sont détaillés en annexe 2.1 et 2.2. [redacted]

3.3.1 Les salariés, [redacted]

3.3.1.1 [redacted], les salariés perçoivent [redacted]

[206] [redacted][107].

[207] [redacted] En effet, en 2019, selon la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES), 71 % des infirmiers et sage-femmes salariés étaient employés à temps complet[108] contre 38,5 % au sein d'Asalée.

[208] [redacted][109].

[107] INJEP, Les chiffres clés de la vie associative 2023, Données 2018.

[108] DARES, *Temps partiel et conditions de travail : travailler moins pour travailler mieux ? DARES Analyses N°34*, mai 2024.

[109] DREES, *Démographie des infirmières et aides-soignantes –DREES méthodes N°15*, juin 2024.

[209] Les indicateurs sociaux tels que le taux d'absentéisme, le *turn-over*[110] et l'ancienneté des salariés sont [redacted][111], alors que l'emploi salarié dans les activités pour la santé humaine progressaient de 4,02 % de 2018 à 2022[112].

Tableau 9 : Évolution des ressources humaines (salarié et libéral) depuis 2018

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nb salariés en ETP	[redacted]					
Nb salariés en personne physique	[redacted]					
NB infirmiers libéraux en ETP	[redacted]					

Source : Mission d'après le bilan social 2023 et rapports d'activités d'Asalée

[210] Les enquêtes et analyses font [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[211] [redacted][113].

3.3.1.2 Toutefois, la sous-traitance complète de la fonction ressources humaines et l'holacratie conduisent [redacted]

[212] [redacted], la fonction ressources humaines est confiée à deux prestataires (cf. *supra)* :

[110] Rotation du personnel.

[111] Calcul en équivalent temps plein.

[112] INSEE, *Emploi salarié et non salarié par activité - données annuelles de 1989 à 2022, INSEE chiffres clés,* 25 juillet 2024.

[113] [redacted]

- ISAS est chargée principalement, en matière de ressources humaines, de traiter les aspects liés au contrat de travail[114], à la formation professionnelle. [redacted] ;
- Groupe Y est en charge essentiellement des documents liés à la paie et aux déclarations sociales. La société intervient également sur le thème de la médecine du travail et des documents destinés aux représentants du personnel.

[213] [redacted]

[214] C'est ainsi que les infirmiers réalisent des missions [redacted]

- [redacted][115] ;
- [redacted][116].

[215] Par ailleurs, en cas de différends au sein des réunions de secteur[117] ou divers groupes de travail, [redacted]

Recommandation n°26 [redacted]

114 [redacted]
115 [redacted]
116 [redacted]
117 [redacted]

3.3.2 [redacted]

3.3.2.1 Les consultations et négociations récurrentes prévues par le code du travail [redacted]

[216] L'article L. 2312-17 du code du travail prévoit que le CSE, est consulté annuellement sur les orientations stratégiques de l'entreprise, la situation économique et financière ainsi que la politique sociale, les conditions de travail et d'emploi ; en outre, le CSE dispose d'un accès permanent à une base de données économiques et sociales (BDESE) en vertu de l'article L. 2312-18 du même code.

[217] Les informations générales régulièrement communiquées par [redacted]. De surcroît, les thèmes de consultation prévus par le code du travail [redacted]

[218] Outre la BDESE [redacted], le programme pluriannuel de formation [redacted]

[219] Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) qui vise à prévenir les risques pour la sécurité et santé des salariés [redacted]

[220] Le rythme et le cadre des négociations collectives annuelles sur les rémunérations [redacted]

[221] [redacted][118], [redacted]

Recommandation n°27 (Asalée) [redacted]

[118] [redacted]

3.3.2.2 Les relations avec les représentants du personnel [redacted]

[222] Les fonds obligatoires dédiés au fonctionnement du comité [redacted][119] [redacted]

[223] L'examen des procès-verbaux de ce comité montre [redacted]

- [redacted][120] ;
- [redacted][121] ;
- [redacted][122].

Recommandation n°28 (Asalée) Veiller pleinement au respect des règles juridiques liées à la fonction de représentant du personnel et à leurs missions

4 Le contrôle et l'évaluation du dispositif Asalée doivent être rénovés

[224] Le suivi, par les autorités administratives, de l'usage de la subvention accordée à Asalée s'est organisé autour de la convention pluriannuelle signée en 2019, reposant ainsi sur une procédure conventionnelle qui peut être améliorée, au soutien d'un contrôle appelant des coopérations ajustées au sein de l'assurance maladie, et entre celle-ci et l'État (cf. annexes 3.2 et 3.3). Ce contrôle, enfin, devrait être complété par une nouvelle évaluation externe du dispositif (cf. annexe 1.4).

119 [redacted]
120 [redacted]
121 [redacted]
122 [redacted]

4.1 L'octroi de la subvention et le suivi de son usage reposent sur une procédure conventionnelle qui doit se normaliser

4.1.1 Sur la période courant de 2019 à 2024, l'octroi de la subvention s'est partiellement affranchi du cadre posé par la loi du 12 avril 2000

[225] Pour les subventions publiques versées aux associations, l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 dite DCRA prévoit que l'autorité administrative[123] qui attribue un financement supérieur à 23 000 euros[124] doit donner à la décision unilatérale attribuant la subvention la forme d'une convention conclue avec l'organisme bénéficiaire[125]. Si ces subventions ne sauraient venir financer que des activités restant librement initiées, définies et mises en œuvre par le bénéficiaire[126], la convention n'en doit pas moins indiquer l'objet, le montant, les modalités de versement, les conditions d'utilisation, ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation de la somme attribuée. L'article L. 221-3-2 CSS prévoit la même forme conventionnelle pour les subventions spécifiquement versées par l'assurance maladie et ce indépendamment de leur montant.

[226] Dans ce cadre, la procédure d'octroi de la subvention à Asalée a été marquée par un certain nombre d'irrégularités.

4.1.1.1 La procédure de subventionnement s'est écartée du cadre fixé par la loi du 12 avril 2000 et ses textes d'application, à plusieurs égards

[227] Tout d'abord, la CNAM n'a pas fait précéder l'octroi de la subvention par l'instruction d'une demande de subvention établie par Asalée selon le formulaire unique mentionné par le décret n° 2016-1971 du 28 décembre 2016. Cette procédure aurait pourtant permis de disposer d'informations utiles prévues par ce texte, tout particulièrement le budget prévisionnel de l'association (cf. article 1er, 5° du décret).

[228] Les conventions et avenants, ensuite, ont été signés tardivement, plusieurs mois après le début de l'année concernée. Ainsi, entre le 1er janvier 2019 et le 30 septembre 2024, près de 35 % du temps a été passé sans acte de subventionnement. Ces séquences « *grises* » ont été sources de situations peu lisibles pour les parties, et peu sécurisantes pour les comptables (*cf. infra*), même si les conventions ont ensuite entendu les couvrir rétroactivement.

---

[123] Autorités administratives qui, aux termes de l'article 1er de la loi du 12 avril 2000 dite DCRA, incluent les organismes de sécurité sociale.

[124] Décret, n°2001-495 du 6 juin 2001, pris pour l'application de l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à la transparence financière des aides octroyées par les personnes publiques, art. 1er.

[125] Sur le caractère d'acte unilatéral créateur de droit sous conditions de la décision d'attribution de la subvention, même quand elle prend une forme conventionnelle : CE, 29 mai 2019, *Société Royal cinéma*, n° 428040, rec, susmentionné.

[126] Loi du 12 avril 2000, art 9-1

Tableau 10 : Dates de signatures des conventions

Acte de subventionnement	Date de signature[127]	Période couverte
Convention 2019-2021	13 juin 2019	2019-2021
Avenant n° 1	19 juillet 2021	2021
Avenant n°2	25 mai 2022	2022
Décision 2023	11 mars 2024	2023
Décision 2024	11 mars 2024	Premier semestre 2024
Convention 2024	11 juin 2024	2024
Avenant n°1[128]	*4 décembre 2024*	*Premier semestre 2025*

Source : Mission

[229] S'agissant, ensuite, des conditions liées à la transparence du subventionnement, la CNAM a indiqué à la mission n'avoir jamais organisé l'accessibilité, sous forme électronique, des données essentielles de la convention de subvention, comme le prévoit pourtant l'article 10 de la loi DCRA[129]. Les comptes-rendus financiers prévus par ce même article, lorsque la subvention est affectée à une dépense déterminée, n'ont pas été déposés par l'association dans les six mois suivant la fin de chaque exercice concerné[130] (*cf.* recommandation n°6).

[230] Enfin, et malgré les dispositions figurant à l'article 10-1 de la loi DCRA depuis 2022, l'association n'a pas signé de contrat d'engagement républicain.

4.1.1.2 Le dispositif conventionnel s'est interrompu en 2023

[231] À l'échéance de la convention signée en 2019, couvrant la période 2019-2022, aucun nouvel avenant ou nouvelle convention n'a été signé pour couvrir l'année 2023, en raison du refus de l'association de signer les textes proposés par l'assurance maladie (Asalée ayant déclaré à la mission que certaines de leurs dispositions méconnaissaient le règlement général sur la protection des données ou le droit au respect de la vie privée des médecins, et souhaitant voir augmenter le nombre d'ETP financés dans une mesure plus importante que celle proposée par la CNAM). Le dispositif conventionnel prévu par l'article 10 de la loi DCRA et l'article L. 221-3-2 du CSS s'est ainsi interrompu. Des versements à effectif constant ont néanmoins été poursuivis, autorisés par la CNAM (*cf. infra*).

[232] Adressées à l'association en mars 2024[131], des décisions ont finalement été signées par le directeur général de la CNAM et la directrice de la CPAM 79, pour l'année 2023 et pour le premier semestre de l'année 2024, actant la poursuite du financement de l'association selon un forfait et un nombre d'ETP financés constants. Même si elles sont ainsi venues redonner un cadre explicite au financement, ces décisions sont demeurées, au-delà du caractère intégralement rétroactif de

[127] Faute de date figurant sur les décisions, il s'agit de la date de notification pour ces deux actes par lettre recommandée avec accusé de réception.
[128] Ultérieur à la période objet du présent contrôle.
[129] À rebours de cette problématique de transparence, la convention de 2024 prévoit plutôt un principe de confidentialité des données transmises et échangées entre les parties (sous réserve, cela étant, des dispositions légales ou réglementaires – cf. son article 5.1).
[130] Sur la forme attendue pour un tel compte-rendu, voir l'arrêté du Premier ministre du 11 octobre 2006.
[131] La version de ces décisions qui a été communiquée à l'IGAS n'est pas datée.

celle concernant l'année 2023, hors de la forme conventionnelle exigée par les dispositions de la loi du 12 avril 2000 et du code de la sécurité sociale.

[233] Si la plupart des écarts ainsi relevés découlent de la difficulté à conclure des négociations parfois âpres, dans un contexte où la position de la CNAM intégrait le souci de ne pas mettre en péril le dispositif au regard de la situation des infirmiers comme des patients, il importe néanmoins que la procédure d'attribution de la subvention à Asalée se normalise désormais. Il apparaît ainsi essentiel, si le financement de l'association se poursuivait sous sa forme actuelle, que l'octroi de la subvention respecte l'entièreté du cadre prévu par la loi DCRA, avec une procédure de demande de subvention régulière, puis une convention signée avant le début de l'exercice concerné, selon une séquence bis- ou pluriannuelle permettant une meilleure anticipation – l'association devant en revanche renoncer à la subvention si elle refuse de conclure la convention.

Recommandation n°29 (Assurance maladie et Asalée) Veiller pleinement au respect de la procédure d'octroi des subventions prévue par la loi du 12 avril 2000 dite DCRA, avec l'instruction d'un dossier de demande de subvention, puis la signature de conventions bis ou pluriannuelles précédant l'octroi de la subvention par le financeur et sa perception par Asalée.

Recommandation n°30 (CNAM) Assurer la transparence des données essentielles relatives à la convention, conformément aux dispositions de la loi DCRA.

4.1.2 Le support conventionnel d'octroi de la subvention peut encore être clarifié

[234] La convention de financement signée en 2019 reprend, en grande partie, les termes des conventions signées depuis 2012 entre l'association et ses financeurs publics. Dans ce format partiellement obsolète, elle détermine des indicateurs de suivi et des outils de contrôle précis, mensuels et annuels, mais demeure marquée par différentes ambiguïtés concernant l'objet du financement :

- d'une part, l'objet précis du dispositif subventionné (activité des infirmiers, patients concernés) y est décrit de façon peu claire, voire contradictoire (cette ambiguïté n'étant que le reflet de celle du protocole de coopération – cf. *supra* partie 1) ;
- d'autre part, elle fixe des plafonds d'effectifs et des conditions de déploiement qui ne sont pas assez explicitement rattachés à l'usage de la subvention, semblant ainsi assimiler cet usage à l'activité globale d'Asalée - ce qui s'explique par l'importance de la subvention dans les ressources de l'association, mais contredit le principe de sa liberté d'activité, susceptible de se déployer au moyen d'autres financements ;
- enfin, à son article 7, elle détermine de façon insuffisamment claire les dépenses spécifiquement couvertes par la subvention, notamment lorsqu'elle mentionne les « *salaires et charges* » des infirmiers sans plus de précision, ou qu'elle détaille les « *frais de structure* » par deux énumérations qui ne s'articulent pas clairement entre elles (*cf. supra*).

[235] Au-delà de la définition de l'objet du financement, cette convention ne comporte qu'un seul indicateur d'activité chiffré (1 205 patients suivis annuellement par infirmier – *cf. supra*), se prêtant ainsi mal au suivi de l'efficience du dispositif.

[236] Si la convention signée plus récemment, le 11 juin 2024, constitue un jalon pour la normalisation et la clarification du cadre conventionnel, en amorçant une reformulation de l'objet de la subvention et en affinant notamment les conditions du contrôle mensuel de la facturation opéré par la CPAM 79, les conventions susceptibles d'être conclues à l'avenir devront encore clarifier l'objet du financement, s'agissant de l'activité financée et des dépenses éligibles, en définissant en outre des objectifs associés à des cibles chiffrées et réalistes (cf. recommandations n°7 et 11).

4.2 Le contrôle de l'usage de la subvention par les autorités administratives a souffert de son démembrement, tout en s'ajustant progressivement

[237] Dans le cadre de la convention de financement signée en 2019 entre l'association, la CNAM et la CPAM 79, des contrôles ont été réalisés par cette dernière, mensuellement sur les facturations, et annuellement, sur pièces et sur place, sur les comptes de l'association. Un comité de pilotage annuel a, en outre, réuni les parties à la convention ainsi que l'État, représenté par la DSS. Cette organisation comporte des fragilités juridiques (cf. annexe 3.3) et a conduit à des difficultés d'ajustement du contrôle, aujourd'hui en voie de rééquilibrage (cf. annexe 3.2).

4.2.1 Le financement de l'association obéit à un dispositif tripartite, unique pour l'assurance maladie, qui n'a pas contribué à l'efficacité du contrôle

4.2.1.1 Le modèle historique d'une CNAM prescriptrice et d'une CPAM payeuse ne répond pas aux enjeux du dispositif et comporte des fragilités juridiques

La CNAM assume le rôle de prescripteur tandis que la CPAM 79 assure celui de payeur :

[238] La convention liant Asalée à l'assurance maladie a la particularité d'être tripartite. La CNAM assume un rôle de prescripteur tandis que la CPAM 79 endosse un rôle de payeur. Pour des raisons historiques tenant à la naissance d'Asalée dans le département des Deux-Sèvres, la CPAM 79 demeure un élément pivot du dispositif de subventionnement. À ce titre, elle est l'ordonnateur et le payeur de la dépense de subventionnement et assume donc une responsabilité juridique et opérationnelle de premier plan. La CNAM assure le rôle d'interface avec l'association s'agissant des négociations de la convention et de ses avenants éventuels.

[239] Cette répartition comporte des fragilités juridiques et ne traduit pas la réalité des responsabilités portées par les acteurs.

[240] En premier lieu, l'architecture générale du dispositif comporte des fragilités s'agissant du respect du principe de spécialité des établissements publics ou de l'objet social des établissements privés. Elle ne tient pas compte de la volonté du législateur de confier à la CNAM la responsabilité « de *participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe*

entre professionnels de santé »[132]. Dans ce cadre, la CPAM, qui est apte à gérer des frais de santé, doit en définitive être regardée comme la délégataire d'une compétence spécifique de la CNAM.

[241] Cependant et en second lieu, cette délégation ne respecte pas les formes en cas de délégation d'un paiement. Si la CNAM dispose de compétences étendues pour déléguer des missions aux CPAM, elle ne peut déléguer ses rôles d'ordonnateur et de payeur d'une dépense propre sans respecter les dispositions de la convention de mandat[133] qui lui sont applicables. En l'espèce, la convention de subventionnement ne répond pas à ces exigences.

[242] En dernier lieu, le maintien de la gestion du dispositif à la CPAM 79 dans son architecture actuelle ne peut se poursuivre alors que l'association s'est considérablement développée et revêt désormais une importance nationale. Isolée et sous-dimensionnée (jusqu'à un appui renforcé de la CNAM en 2022), la CPAM endosse, en tant que payeur, des responsabilités qui sont hors de proportion avec la marge de manœuvre dont elle dispose dans ce schéma.

Recommandation n°31 (CNAM) Recentraliser la gestion du dispositif Asalée. En cas de volonté de délégation du paiement de la subvention, respecter la procédure de la convention de mandat.

L'assurance maladie a manqué de rigueur concernant les paiements à l'association en poursuivant, sans acte, les règlements mensuels

[243] Les conventions et décisions de financement de l'association ont connu des retards plus ou moins importants par rapport aux exercices qu'elles entendaient financer.

[244] Plutôt que d'attendre la signature de la convention, la CPAM 79 a maintenu les versements à l'association en se fondant, de fait, sur les conventions antérieures. Elle a demandé des instructions à la CNAM pour l'ensemble des périodes sans convention, sauf pour les périodes de février à mai 2022 et de février à mai 2023.

[245] Pour les périodes où une instruction était demandée, la CNAM n'a pas suivi les prescriptions des articles D. 122-5 et 6 du CSS, en ne procédant pas à la réquisition du comptable local et à une information du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour les périodes sans instruction, la CPAM 79 n'a pas suivi les prescriptions des articles précités. La mise en œuvre de l'article D. 122-5 CSS aurait en tout état de cause été compliquée par l'architecture du dispositif, la CNAM estimant que la CPAM porte la responsabilité des opérations relatives à Asalée, tout en contestant l'existence d'une délégation de sa part. La dissociation entre payeur et prescripteur montre ici ces limites.

[246] Tributaire des négociations menées par la CNAM et subordonnée à sa tête de réseau, la CPAM 79 n'a pas exigé le formalisme adéquat s'agissant de cette dépense, alors qu'elle endosse la responsabilité financière de la subvention - ce dont elle a pleinement conscience comme en témoigne le courriel envoyé par la directrice de la CPAM 79 en septembre 2022, peu de temps après sa prise de poste.

---

[132] CSS, art. L. 221-1 9

[133] L. n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises, art 40, III et Décret n° 2016-544 du 3 mai 2016 portant dispositions relatives aux conventions de mandat conclues par les établissements publics et les groupements d'intérêt public nationaux et les autorités publiques indépendantes avec des tiers.

[247] Face au refus de l'attributaire de signer une convention de financement, le financeur, s'il ne souhaite pas, pour des raisons d'intérêt général, interrompre purement et simplement les versements comme la loi le lui impose en principe, doit à tout le moins sécuriser les phases transitoires, en prévoyant une clause de prolongement assortie de conditions restrictives et conservatoires pour le versement d'acomptes. La solution, très subsidiaire, d'une décision provisoire assortie de ce même type de conditions, assurerait une régularité formelle des paiements sans toutefois se conformer à la forme conventionnelle exigée par la loi.

[248] Le caractère conservatoire suppose qu'aucun développement ne soit rendu possible pendant cette période de sorte, qu'au mieux, la situation existante à l'expiration de la convention soit prolongée. En outre, il importe de fixer des restrictions spécifiques plus fortes qu'en régime nominal. En effet, la fixation de telles conditions, notamment d'exigences de contrôle renforcé ou de régime d'avance restreint, prémunit l'autorité administrative contre le risque d'énoncer *a posteriori* de nouvelles conditions lors de la signature de la convention ultérieure et incite l'attributaire à ne pas se satisfaire de cette situation volontairement très contrainte. Enfin, de telles conditions conservatoires et restrictives peuvent être dynamiques, et devraient donc être d'autant plus précises et fermes que le refus de signature par l'attributaire se prolongerait, en prévoyant par exemple une baisse progressive du financement des ETP, mois après mois.

[249] En l'espèce, les sommes en jeu représentent une part substantielle du budget de la CPAM 79, qui dépasse les 1,2 Md€, avec plus de 6,5 % de ce budget, justifiant *a fortiori* la mise en place de procédures temporaires permettant de sécuriser de tels versements.

[250] Au total, la gestion de la subvention par l'assurance maladie a manqué d'anticipation et de formalisme. D'une part, l'échéance des conventions donne lieu à des attributions avec un à deux trimestres de retard alors que le juge financier[134] exclut les actes d'attribution rétroactifs. D'autre part, en présence de difficultés de négociation en 2023, la CNAM a tardé à prendre des mesures conservatoires permettant de sécuriser le financement de l'association qu'elle ne souhaitait pas interrompre pour des motifs d'intérêt général.

[251] Le régime de réquisition des comptables pour les caisses de sécurité sociale ne règle cependant pas totalement les cas des prestations gérées pour le compte d'un tiers et, depuis la réforme de la responsabilité des gestionnaires publics, comporte des incohérences règlementaires qui complexifient sa mise en œuvre et appellent à des corrections par la DSS (cf. annexe 3.3). Ces difficultés n'exonéraient cependant pas l'assurance maladie d'initier la procédure et de procéder, à tout le moins, selon les dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L.131-7 du code des juridictions financières.

Recommandation n°32 (Assurance maladie / DSS) Anticiper les échéances des conventions ; à défaut, prévoir des mécanismes conservatoires, restrictifs et conditionnels sécurisant les versements sous forme d'acomptes récupérables. En tant que de besoin, suivre la procédure de réquisition du comptable.

Parfaire les dispositions règlementaires relatives au régime de réquisition des comptables des organismes de sécurité sociale.

[134] C. comptes, 5 juillet 2006, *Port autonome de Marseille*, n° 46136.

4.2.1.2 Une organisation trop cloisonnée, qui a ralenti la capacité de réaction du financeur, aujourd'hui plus efficace

[252] Le rôle de caisse pivot chargée de la liquidation de la subvention *a priori* comme de son contrôle *a posteriori* constitue une situation unique dans le réseau de l'assurance maladie, pour laquelle la CPAM 79 n'était pas accompagnée jusqu'en 2022.

[253] L'organisation de la gestion de la subvention Asalée au sein de l'assurance maladie a ainsi connu deux périodes :

- Une première période antérieure à l'automne 2022 où la CPAM 79 est restée isolée dans sa gestion du dossier Asalée, dans une organisation en silos. Au sein de la CPAM, seule la direction comptable a procédé à un contrôle financier extensif des subventions versées à Asalée, avec des moyens limités. Ces contrôles adressés à la direction déléguée à l'offre de soins de la CNAM n'ont reçu que peu d'écho, bien que leurs conclusions aient été reprises lors des comités de pilotage (*cf. infra*)[135].
- Les changements de directeur et de directeur comptable et financier au sein de la CPAM 79, en 2022, ont conduit à l'amplification des alertes adressées à la CNAM, qui a alors adopté une gestion plus souple et décloisonnée, appuyant notamment la CPAM 79 lors de la réalisation des contrôles annuels. Elle a, en outre, mis en place un suivi rapproché avec les directions métiers et financières concernées.

[254] Ces difficultés de positionnement, et de réactivité, ont plus largement marqué le contrôle exercé globalement par l'ensemble des autorités administratives concernées, incluant l'État.

4.2.2 Le contrôle de l'usage du financement par l'ensemble des autorités administratives concernées a plus largement connu des difficultés de positionnement et de coordination

4.2.2.1 Après avoir soutenu très fortement le dispositif, le ministère de la santé, et tout particulièrement la DSS, s'est désengagé, faisant porter à l'assurance maladie l'essentiel du pilotage

[255] Signataire des conventions de financement jusqu'en 2019, l'État voit son rôle redéfini avec la convention signée, cette année-là, entre l'association, la CNAM et la CPAM 79. Désormais non-signataire, il participe néanmoins aux instances de suivi, à travers la DSS, qui constitue par ailleurs un point de contact direct pour l'association - qui l'utilise comme recours en cas de difficultés[136]. La DSS demeure toutefois désormais en retrait, aussi bien en tant que tutelle de la CNAM qu'en tant que responsable de la politique de santé à laquelle Asalée participe – la DGOS n'étant pour sa part pas du tout associée au suivi de l'usage de la subvention.

---

[135] Au surplus, la CPAM 79 n'a pas désigné selon les formes prescrites son représentant dans ces instances.

[136] Retard dans la signature de la convention, contestation des demandes supplémentaires de pièces en cas de contrôle, demande de subventionnement supplémentaire.

[256] Ce relatif désengagement de la gestion directe s'accompagne d'une absence de coordination des dispositifs de droit commun s'appliquant aux caisses de sécurité sociale versant des subventions. En effet, la CNAM, estimant que le financement relève de la CPAM 79, n'a pas soumis la convention au visa préalable du contrôle général économique et financier (CGEFI), interprétation que ne conteste pas le CGEFI. Parallèlement, la mission nationale de contrôle (MNC), informée de l'existence d'une convention de subvention à destination d'Asalée, n'a pas estimé qu'elle relevait de ses contrôles, dès lors que la CNAM finançait Asalée ; en tout état de cause[137], elle n'aurait pu procéder à ce contrôle, faute pour l'État d'avoir pris les textes règlementaires prévus par la loi. La DSS ne s'est en tout cas pas assurée de l'effectivité de l'un ou l'autre de ces contrôles, dont elle a la responsabilité en tant qu'autorité de tutelle des caisses de sécurité sociale.

[257] Au total, l'architecture atypique de la convention, fruit de l'histoire, et l'absence de textes règlementaires conduisent à une neutralisation des contrôles relevant spécifiquement de l'État, sans que celui-ci ne réagisse en tant qu'autorité de tutelle des caisses de sécurité sociale.

Recommandation n°33 (DSS et Assurance maladie) Soumettre les conventions et avenants au contrôle pertinent de l'Etat (CGEFI et DSS ou DSS seule en fonction du niveau de centralisation retenu pour la gestion de la subvention). À cet égard, édicter les textes règlementaires permettant l'application du contrôle des subventions et avantages octroyés sans décision des conseils des caisses.

4.2.2.2 Le contrôle exercé par les autorités administratives a peiné à trouver son juste champ et sa juste intensité

[258] Au fil de l'augmentation du montant de la subvention, le suivi des autorités administratives a été difficile à positionner, passant d'une réactivité insuffisante à une forme d'ingérence, au moins théorique, dans la gestion de l'association. La période récente témoigne toutefois des efforts de l'assurance maladie pour rééquilibrer le suivi et le contrôle de l'usage de la subvention.

En réponse aux difficultés mises en lumière par les contrôles de la CPAM 79, le comité de pilotage a tardé à réagir, tout en distinguant insuffisamment le suivi de l'usage de la subvention et celui de la gestion de l'association

[259] Au-delà des contrôles mensuels réalisés sur les facturations de forfaits adressées par Asalée, les contrôles sur pièces et sur place, réalisés annuellement par la CPAM 79, ont mis à jour un certain nombre d'irrégularités, plusieurs faisant directement écho aux conditions posées par la convention (ex : financement de dépenses non expressément prévues – *cf. supra* 2.2), là où d'autres concernaient en revanche des aspects non traités par celle-ci (ex : respect des règles de la commande publique).

[260] Reflétant l'absence d'indicateur d'activité chiffré dans la convention (à l'exception du nombre de patients rencontrés annuellement par chaque infirmier), ces contrôles et ce suivi se focalisent principalement sur la gestion du dispositif, en donnant une place secondaire à ses

[137] Et sauf à ce que la convention eût été soumise délibérément au conseil de la CPAM.

résultats (nombre de consultations, mais également nature des activités déployées, ou répartition territoriale).

[261] En outre, jusqu'en 2022, ces constats ne trouvent pas d'écho clair et direct au sein des comités de pilotage réunis annuellement – au cours d'une période dont il faut certes rappeler qu'elle a été marquée par une crise sanitaire majeure. Les réactions exprimées par la CNAM ou la DSS lors de ces comités ne permettent ainsi pas de définir une ligne claire et cohérente, s'agissant notamment de la progression des effectifs, ou de la nature des dépenses couvertes par la subvention. Les rapports de la CPAM 79, qui n'ont pas donné lieu à une procédure contradictoire, n'ont par ailleurs été transmis ni à l'association, ni à son commissaire aux comptes.

A compter du comité de pilotage réuni en octobre 2022, un contrôle renforcé de l'assurance maladie peut être observé

[262] Ce contrôle renforcé se manifeste tout particulièrement dans un courrier du directeur général de la CNAM, adressé à l'association par un courriel du 21 décembre 2022, et récapitulant avec fermeté l'ensemble des actions attendues de sa part.

[263] La définition des leviers susceptibles de soutenir ce contrôle renforcé se heurte toutefois à deux difficultés principales.

[264] D'une part, les outils susceptibles de rendre effectif le contrôle de l'usage des fonds publics (récupérations de subvention, refus de reconventionnement) se trouvent émoussés par la dépendance financière de l'association et la crainte, en conséquence, de provoquer la fin de son activité, au détriment de ses salariés et des patients. À cette difficulté structurelle s'ajoute, en 2023, un degré de tension accru entre les autorités et l'association, cette dernière mobilisant d'importants soutiens médiatiques ou politiques[138].

Asalée dans la convention médicale 2024-2029

Le soutien du dispositif par une partie des professionnels de santé se manifeste dans la dernière convention (2024-2029) signée entre l'assurance maladie et plusieurs syndicats représentatifs de médecins, qui mentionne expressément le dispositif à son article 40 : « *Les partenaires conventionnels apportent leur soutien au déploiement de l'association Asalée qui apporte une réponse concrète aux enjeux d'accès aux soins et de prévention en permettant une coordination renforcée entre médecins et infirmiers et des délégations d'actes afin de libérer du temps médical en confiant le suivi de pathologies chroniques à des infirmiers* ».

[265] S'il est vrai que l'importance croissante de l'association, ainsi que la part de son financement public, rendent plus délicate, année après année, l'acceptabilité sociale d'une réfaction importante de la subvention, une diminution de celle-ci, proportionnée aux écarts à la convention relevés par la CPAM 79, aurait toutefois pu constituer une des réponses à ces constats. À cet égard, et paradoxalement, la diversification des sources de financement d'Asalée, si elle est susceptible de rendre plus complexe le suivi de l'usage de la subvention, pourrait rendre plus

[138] Comme en témoignent, par exemple, un certain nombre de questions parlementaires posées sur le sujet – cf. notamment, question écrite n°10897, 28 mars 2024, Sénat ; question écrite n°11217 du 18 avril 2024, Sénat ; question écrite n° 18386 du 4 juin 2024, Assemblée nationale.

effectif le contrôle, en atténuant la dépendance de l'association et en libérant donc les financeurs de leur réticence à faire usage des sanctions qui doivent pouvoir accompagner l'octroi des financements publics.

[266] D'autre part, ce suivi renforcé s'est heurté à la difficulté à trouver le juste équilibre entre le strict contrôle des engagements prévus par la convention et l'intervention dans le fonctionnement plus général de l'association, comme l'illustre par exemple la demande, formulée par l'assurance maladie dans le courrier du 21 décembre 2022 susmentionné, que tout projet de collaboration/prestation de services ou tout recrutement de professionnels non infirmiers soit discuté en amont avec la DSS et la CNAM, ou que toute nouvelle dépense impactant le financement du dispositif soit autorisée par le comité de surveillance.

[267] La création, en 2021, de ce comité de surveillance (*cf. supra* 3.1) témoigne, plus généralement, du basculement du contrôle de l'usage de la subvention vers un risque d'ingérence, susceptible de remettre en cause l'autonomie de l'association. Ce risque est toutefois demeuré limité, ce comité n'ayant en réalité pas exercé les missions qui lui étaient dévolues, et l'association ayant, en pratique, poursuivi son développement, tout en ne mettant que partiellement en œuvre les demandes formulées par la CNAM.

[268] La convention signée le 11 juin 2024 témoigne plus largement de la recherche d'un nouvel équilibre dans le contrôle exercé par les pouvoirs publics, mieux ciblé sur le seul usage de la subvention, et prévoyant à ce titre des réunions de suivi trimestrielles, plus propices à un suivi régulier de cet usage. Ce suivi doit, en tout hypothèse, continuer de se fonder sur un contrôle annuel réalisé selon une procédure contradictoire[139], à transmettre au CAC, sans exclure la possibilité de réfections ponctuelles et proportionnées de la subvention, en cas de méconnaissance des conditions fixées pour son usage.

Recommandation n°34 (Assurance maladie) Prévoir la poursuite d'un contrôle annuel contradictoire, sur pièces et sur place, du seul usage de la subvention. En cas de non-respect des conditions fixées par la convention, prévoir une récupération de la subvention en mettant en œuvre cet outil de façon proportionnée.

4.2.2.3 Le suivi rénové de l'usage de la subvention par l'assurance maladie pourrait donner lieu à de nouvelles coordinations, ou associer des acteurs tiers

[269] Les positions de l'assurance maladie et de la DSS appellent tout d'abord une plus étroite coordination, s'agissant tout particulièrement du montant du financement octroyé, afin d'éviter que les dépassements d'effectifs réalisés par l'association sans tiers financement puissent faire l'objet d'une compensation, comme cela a été le cas avec l'annonce du versement d'une aide exceptionnelle de 6,7 millions d'euros par le ministre en charge de la santé, en 2024.

[270] En outre, le suivi assuré par l'assurance maladie pourrait, pour permettre un contrôle plus cohérent et plus efficace de l'usage de la subvention, être coordonné avec le suivi réalisé par la

[139] Procédure contradictoire que l'assurance maladie avait prévu de mettre en place lors du contrôle inachevé de l'exercice 2022, et qu'elle a mis en œuvre à l'occasion du contrôle réalisé en novembre 2024, sur l'exercice 2023.

DGOS et le CNCI[140] sur la mise en œuvre des protocoles de coopération. Ce suivi, aujourd'hui, n'est que partiel, la sous-déclaration des équipes Asalée sur l'application « *démarches simplifiées* »[141] conduisant à ce que moins de la moitié des infirmiers en activité soient identifiés dans ce cadre.

[271] À ce titre, et afin d'assurer une meilleure coordination du suivi de l'usage de la subvention et du suivi de la mise en œuvre du protocole, la DGOS pourrait être utilement associée aux réunions trimestrielles prévues par la convention de financement. En outre, au terme d'un délai laissé à l'association et aux professionnels concernés pour régulariser leurs déclarations, le financement par la CNAM pourrait être conditionné à ces déclarations, afin d'assurer leur caractère plus systématique et, ici encore, une meilleure articulation des suivis. À ce titre, la convention pourrait plus largement prévoir que, pour participer au dispositif et percevoir les rémunérations et indemnisations afférentes, médecins et infirmiers sont tenus de procéder à cette déclaration.

Recommandation n°35 (CNAM/ DGOS) Associer la DGOS au suivi de l'usage de la subvention. Subordonner le versement de la subvention à la déclaration des professionnels de santé participant au protocole de coopération, tout en précisant dans la convention que, pour participer au dispositif et percevoir les rémunérations et indemnisations afférentes, médecins et infirmiers sont tenus de procéder à cette déclaration.

[272] Enfin, parallèlement à ces coordinations renforcées, et pour restaurer les conditions d'un véritable dialogue malgré la dégradation des relations entre l'association et son financeur, l'intervention de tiers pourrait être, au moins temporairement, envisagée, sous différentes formes, cumulatives ou alternatives :

- Une médiation, proposée par le cabinet du ministère de la santé et acceptée par les parties, pourrait être mise en place pour accompagner les échanges entre les parties à la convention. L'association a toutefois déjà écarté une proposition comparable au cours de l'année 2023[142] ;
- La désignation d'un contrôleur économique et financier pourrait être sollicitée, pour suivre et contrôler l'association pendant une période transitoire, de cinq ans par exemple, et selon un plan de contrôle déterminé[143].

Recommandation n°36 (CNAM/ DSS/ DGOS/ Asalée) Associer un ou plusieurs acteurs tiers au dialogue entre Asalée et les financeurs et au contrôle de l'usage de la subvention (médiateur et contrôleur économique et financier).

---

[140] Dont la présidence est assurée conjointement par la DSS et la DGOS.

[141] CSP, D. 4011-4

[142] Cf. le compte-rendu du comité de surveillance du 15 décembre 2023, communiqué à la mission par la direction de la sécurité sociale, évoquant le refus d'une proposition de la CNAM de désigner deux personnalités qualifiées (une par le ministère et la CNAM, une par l'association) « *qui auraient un rôle de médiation pour : 1) se mettre d'accord sur les modalités des contrôles d'usage des fonds, 2) se mettre en conformité juridique* ». Il doit être précisé ici que, selon l'association Asalée, cette réunion ne s'est pas tenue, et que ce document constitue un « *faux* » (cf. sa réponse écrite lors de la phase contradictoire).

[143] Décret, n°55-733 du 26 mai 1955, relatif au contrôle économique et financier de l'État, art. 3, 4°.

4.3 L'évaluation de la mise en œuvre du dispositif Asalée se heurte enfin à plusieurs difficultés

[273] Au-delà du contrôle de conformité à la convention de financement ci-dessus examiné, la mesure de l'activité de l'association (cf. annexes 1.2 et 1.3) et l'évaluation du dispositif (cf. annexe 1.4) soulèvent des difficultés particulières, qui appellent le renforcement des outils de contrôle interne, et la relance d'une évaluation externe du dispositif Asalée.

4.3.1 La mesure de l'activité de l'association, qui ne peut reposer en l'état actuel sur aucun moyen externe

[274] Il n'existe pas de moyen externe de contrôler l'activité des infirmiers participant au dispositif – à l'instar du contrôle pouvant être réalisé sur les infirmiers libéraux, à travers leur facturation à l'assurance maladie. Ainsi, ni la consultation d'éducation thérapeutique, ni la réalisation des actes dérogatoires ne s'accompagne d'une facturation à l'assurance maladie qui conduirait à l'établissement d'un flux à travers le système SESAM-Vitale.

[275]

[276] 144

[277]

-
-
-

[278]

144

[279] [redacted]

[280] [redacted]

Recommandation n°37 [redacted]

4.3.2 Le dispositif Asalée ne fait plus l'objet d'aucune évaluation externe

[281] Dès les premières conventions de financement du dispositif Asalée, une évaluation est prévue, en lien avec son caractère expérimental (cf., ainsi, l'article 5 de la convention signée en 2012). Les conventions signées par la suite continuent de comporter des dispositions relatives à l'évaluation, synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : L'évaluation prévue par les conventions depuis 2015

Convention	Évaluateur	Évaluation prévue
- Convention signée le 5 mai 2015 entre l'association, la CNAM, la CPAM 79 et DSS[145] - Convention signée le 2 mai 2016 entre l'association, la CNAM, la CPAM 79 et la DSS	L'institut de recherche et documentation en économie de la santé – Irdes	Coûts pour chaque patient inclus dans les protocoles Asalée par rapport aux patients d'une population témoin. Qualité des soins, pour le diabète. Impact de la mise en œuvre du protocole sur : le temps médical disponible et son utilisation ; l'offre de soins infirmiers sur le territoire considéré ; la consommation de soins des patients inclus ; leur état de santé.

[145] V. aussi l'instruction N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « *collège des financeurs* ». NOR : AFSS1510653J. Celle-ci détaille les modalités de déploiement de l'expérimentation Asalée, et prévoit que le collège des financeurs se prononce sur le maintien du financement dérogatoire sur le fondement d'une évaluation engagée par l'IRDES portant sur la libération du temps médical et sur l'évolution de la consommation de soins des patients.

- Convention signée le 13 juin 2019 entre l'association, la CNAM et la CPAM 79	(l'association s'engageant à fournir tout élément nécessaire sur demande de la CNAM, du ministère de la santé ou de l'Irdes)	
Décisions unilatérales du directeur général de la CNAM couvrant l'année 2023 et le premier semestre de l'année 2024	*Pas d'évaluation prévue*	*Pas d'évaluation prévue*
Convention signée le 11 juin 2024 entre l'association, la CNAM et la CPAM des Deux-Sèvres	CNAM	Les données recueillies pour procéder au versement mensuel de la subvention (fichier Excel concernant les effectifs) sont exploitées par l'assurance maladie pour réaliser une étude permettant d'apprécier l'impact du dispositif Asalée, notamment ses effets sur la file active des médecins.

Source : Traitement mission d'après les conventions de financement

[282] Dans le cadre ainsi posé par les conventions, l'évaluation Daphnée, menée entre 2014 et 2020, a associé des démarches qualitatives et quantitatives, pour lesquelles l'IRDES a travaillé en collaboration avec d'autres centres de recherche (CESP de l'Inserm, Erudite-UPEC, DMG - Université Paris Diderot).

[283] Les données examinées ont porté sur la période 2010-2017. Elles ont notamment permis de mesurer l'impact du dispositif sur l'activité des médecins[146], en concluant à un effet positif du dispositif, avec les résultats suivants :

- effet positif mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés (+1,2 %) par les médecins ;
- effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits « *médecin traitant* » (+6,87 %) ;
- en revanche, aucun effet significatif mis en évidence sur le nombre de consultations et de visites.

[284] Un impact sur la qualité du suivi des patients diabétiques a également été mesuré[147], l'étude relevant sur ce sujet « *un effet significatif et positif de l'entrée du médecin dans le dispositif Asalée sur l'amélioration de la qualité du suivi de ses patients diabétiques pour l'ensemble des indicateurs*

[146] Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J., « *Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins* », Irdes, Document de travail n° 77, avril 2019.

[147] Gilles de La Londe J., Afrite A., et Mousquès J., « *La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée* », *Questions d'économie de la santé* n° 264, 2021/12.

de processus », l'amélioration étant même « *remarquable s'agissant de la réalisation au moins trois fois par an de l'HbA1c* », et s'intensifiant avec le temps.

[285] Un dernier volet de l'étude Daphnée a enfin cherché à mesurer l'impact de l'expérimentation Asalée sur la dépense de plusieurs postes de soins ambulatoires, ainsi que sur le recours à l'hôpital pour différentes modalités d'hospitalisation. A la date de rédaction de ce rapport, cette étude prend la forme d'un document de travail, encore à paraître. Il ressort des échanges de la mission avec l'IRDES que ces travaux n'ont pas identifié d'effet notable du dispositif sur le recours et la consommation de soins des patients, durant la temporalité relativement courte examinée (à mettre en regard du temps long du suivi des pathologies chroniques, impliquant des économies éventuellement observables seulement sur ce même temps long).

[286] Tandis que de nombreux autres travaux d'évaluation, administratifs ou scientifiques[148], ont porté sur le dispositif Asalée, les travaux de l'IRDES n'ont en revanche pas été poursuivis sur des données postérieures à 2017, et ce malgré les dispositions en ce sens de la convention signée en 2019. Comme prévu par la convention signée en juin 2024, la CNAM a engagé elle-même de nouveaux travaux d'études concernant l'impact d'Asalée sur la patientèle et l'activité des médecins, en mobilisant les données du SNIIRAM[149] et un groupe témoin ; ces travaux, à la date de rédaction du présent rapport, sont encore en cours au sein de sa direction de la stratégie, des études et de la statistique.

[287] Si une telle étude, concernant tout particulièrement les effets sur la file active des médecins, peut participer utilement à l'évaluation du dispositif, la relance d'une évaluation externe paraît toutefois essentielle pour actualiser et objectiver la mesure des effets plus généraux de celui-ci, en tenant compte également de l'évolution du métier d'infirmier et du développement de la pratique avancée. Et ce d'autant que, depuis la création de l'association, nombreux sont les dispositifs de coopération professionnelle (MSP, CPTS, dispositif assistants médicaux, *etc*) et de promotion de l'éducation thérapeutique (avec notamment plusieurs expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018) qui ont vu le jour, parfois d'ailleurs en s'inspirant d'Asalée.

[288] Une telle évaluation, confrontant sur une séquence temporelle longue les données d'un groupe témoin avec celles dont dispose l'association, pourrait utilement se concentrer sur les effets de l'éducation thérapeutique du patient, qui demeure le cœur du dispositif Asalée, et dont les bénéfices, difficiles à mesurer, représentent un enjeu pourtant essentiel, tout particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques.

Recommandation n°38 (CNAM/ DSS/DGOS/ Asalée) Relancer l'évaluation externe du dispositif Asalée, en la faisant porter sur une période longue et en la centrant sur l'activité d'éducation thérapeutique du patient.

[148] Avec notamment de très nombreuses thèses d'exercice en médecine.
[149] Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie.

Calendrier : démarrage en 2026	Pilote : CNAM	Acteurs impliqués : Asalée, DSS, DGOS
Résultat(s) attendu(s) : • Mesure des bénéfices, principalement pour le patient, de l'activité d'éducation thérapeutique déployée par l'association, sur le court, le moyen et le long terme et, accessoirement pour le médecin (augmentation de la file active, nombre de consultations). • Mesure, également, de ses effets de long terme sur la consommation de soins.		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission : • Choix d'un évaluateur ; • Élaboration par celui-ci d'un protocole d'évaluation ; • Sécurisation du cadre nécessaire à la transmission et au traitement de données de santé ; • Étude quantitative et comparative couvrant une période longue, à partir des données anonymisées recueillies par l'association et de celles d'un ou plusieurs groupes de patients témoin.		
Conditions de réussite / moyens : • Choix d'un évaluateur adapté (l'IRDES ayant une connaissance « historique » du dispositif, mais pas nécessairement la disponibilité pour mener cette étude dans un délai rapproché) ; • Participation active d'Asalée.		
Éléments de chiffrage : pour repère, le coût de l'étude Daphnée représentait environ 800 000 euros en coût complet.		
Risque(s) associé(s) / leviers de maitrise des risques à mobiliser / risques associés à l'inaction : Risque méthodologique lié à la difficulté de mesurer une action (l'éducation thérapeutique du patient) dont les résultats sont produits de façon indirecte, et sur le temps long.		

CONCLUSION

[289] À l'issue de ce contrôle, et au-delà des éléments positifs liés à la mise en œuvre de l'activité d'éducation thérapeutique déployée par l'association Asalée, la mission fait le constat d'une inadéquation entre, d'une part, la gouvernance de l'association et du dispositif Asalée, qui ont peu évolué depuis leur création, et, d'autre part, l'importance que revêt aujourd'hui son activité avec plus de 2 000 salariés et un financement par subvention publique quasi intégral dépassant les 100 M d'euros.

[290] Cette inadéquation, et les insuffisances en termes d'organisation et de pilotage qui en résultent, sont sources d'un certain nombre d'irrégularités notamment au regard du droit des associations, du travail ou encore de la commande publique.

[291] Cette inadéquation conduit également à des écarts aux conditions posées par les actes de financement. Certains écarts comme les dépassements des plafonds d'ETP financés ont été rendu possibles jusqu'à récemment par un pilotage souple des financeurs et une convention insuffisamment précise. À cet égard, seul un petit nombre d'écarts peuvent être chiffrés, comme [redacted]

[292] L'écart principal, toutefois, ne peut faire l'objet d'un chiffrage. Il concerne l'activité des infirmiers, qui est très inférieure à l'objectif minimal fixé dans la convention de 2019, s'agissant du nombre de patients à rencontrer annuellement. En 2022 et 2023, moins de 10 % des infirmiers satisfaisaient la condition exigée.

[293] Un grand nombre de ces écarts avaient déjà été mis en lumière à l'occasion de précédents contrôles, notamment ceux réalisés par la CPAM 79 à partir de 2018, ce qui témoigne d'une difficulté plus générale de la part de l'association à respecter les exigences légales et règlementaires ainsi qu'à accepter les conditions posées par les financeurs.

[294] Dans ce contexte, les recommandations de la mission ne pourront être mises en œuvre dans un délai raisonnable qu'au prix d'une volonté réelle de l'association et d'un changement de posture [redacted]. Constatée par la mission à de nombreuses étapes du contrôle jusqu'à la réponse de l'association en phase contradictoire, qui se traduit plus par des invectives à l'encontre de l'administration que par l'apport d'éléments factuels, cette posture – qui ne correspond pas au sens des responsabilités et à la fiabilité exigés des partenaires des pouvoirs publics - constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre des recommandations et à une relation pérenne et stable avec l'assurance maladie et l'État.

[295] S'agissant des autorités administratives, le respect du cadre de subventionnement imposé par les textes, des prises ponctuelles d'actes règlementaires et une meilleure compréhension de l'activité d'Asalée constituent en outre des prérequis, si elles souhaitaient poursuivre le financement de l'association.

[296] Pour Asalée et les autorités administratives, l'enjeu principal, dans un contexte d'essor des maladies chroniques, réside en définitive dans la prise en compte de la réalité de l'association et de son activité aujourd'hui : une entreprise de 2 000 salariés mettant en œuvre des actions d'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire, sur l'ensemble du territoire.

[297] Seule la réduction des écarts relevés dans ce rapport et des améliorations majeures de l'organisation d'Asalée permettraient la poursuite du dispositif dont le déploiement plus large supposerait un examen approfondi.

Dr Sylvie BAQUÉ Corinne CHERUBINI

Nicolas DURAND Emanuel FERMOND Marie SIRINELLI

LISTE DES ANNEXES

- **ANNEXE 1.0 :** Protocole de coopération « Action de santé libérale en équipe »
- **ANNEXE 1.1 :** Activités, cadre d'exercice et répartition territoriale des infirmiers
- **ANNEXE 1.2 :** Conformité des dépenses aux décisions de financement
- **ANNEXE 1.3 :** Gestion financière et efficience de l'association Asalée
- **ANNEXE 1.4 :** Evaluation externe du dispositif Asalée
- **ANNEXE 2.1 :** Ressources humaines
- **ANNEXE 2.2 :** Dialogue social
- **ANNEXE 2.3 :** Commande publique
- **ANNEXE 3.1 :** Organisation interne de l'association ASALEE
- **ANNEXE 3.2 :** Contrôle exercé par les autorités administratives
- **ANNEXE 3.3 :** Organisation du contrôle, du pilotage et des responsabilités au sein de l'assurance maladie
- **ANNEXE 4 :** Méthodologie
- **ANNEXE 5 :** Liste des écarts

LISTE DES PIÈCES JOINTES

- Statuts de l'association Asalée
- Règlement intérieur de l'association Asalée
- Protocole de coopération
- Convention de subvention signée en 2019, et ses deux avenants
- Convention de subvention signée en 2024
- Document unique d'évaluation des risques professionnels

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère de la santé et de la prévention

- Cabinet du Ministre chargé de la santé et de la Prévention

Romain BÉGUÉ, conseiller accès aux soins, premier recours et efficience des organisation

- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Claire OGET-GENDRE, chargée de mission, équipe article 51

- Direction des affaires juridiques

François SAUVÊTRE, chef du bureau du droit de la commande et des interventions publiques
Gabriel CORDEY, adjoint du chef du bureau du droit de la commande et des interventions publiques,
Marie LABUZAN, apprentie au sein du bureau du droit de la commande et des interventions publiques
Pierre LEHEMBRE, magistrat administratif en stage au sein de la direction des affaires juridiques

- Direction générale de l'offre de soins

Julie POUGHEON, cheffe de service
Clotilde DURAND, cheffe de service
Eva-Meije MOUNIER, chargée de mission auprès du sous-directeur des ressources humaines du système de santé
Florian BON, chef du bureau de l'accès territorial aux soins
Julien MOLESIN, chef du bureau de l'exercice et de la déontologie

- Direction générale de la santé

Flore MOREUX, cheffe du bureau maladies chroniques non transmissibles
Laure POIRAT, adjointe de la cheffe du bureau maladies chroniques non transmissibles

- Direction de la sécurité sociale

Clélia DELPECH, sous-directrice du financement du système de santé
Annabelle ARCADIAS, cheffe du bureau des relations avec les professionnels de santé
Clémence JULIAN, adjointe à la cheffe du bureau des relations avec les professionnels de santé
Louise HÉROUL, chargée de mission

Ministère du travail et de l'emploi

- Direction générale du travail

Théo ALBARRACIN, chef du bureau des relations individuelles du travail
Sophie FLEURANCE, adjointe du chef de bureau des relations individuelles du travail
Julien NARDIN, chargé d'études
Emmanuelle RENAULT, chargée d'études

Cour des comptes

Laurent RABATÉ, conseiller maître

Conseil d'Etat

Florian ROUSSEL, maître des requêtes

Association Asalée

- Présidence

Jean GAUTIER, président jusqu'en 2021
Isabelle RAMBAULT AMOROS, présidente de 2021 à 2024
Margot BAYART, présidente depuis août 2024
Laurent QUESSARD, vice-Président et président du comité social et économique

- Membre du conseil d'administration

Alain AUMARÉCHAL, secrétaire adjoint
Elodie BARBET, trésorière adjointe
Jean-Luc FIÈVRE, trésorier et directeur administratif et financier
Mathilde MACOURCELLE, secrétaire

- [redacted]

Damien BEAUCHÊNE, infirmier, animateur de l'équipe Asalée PSA 2
Véronique BONNIOL, infirmière
Marie CAROF, infirmière
Christelle FOURNEAU, infirmière doctorante
Guillaume de GARDELL, médecin

- [redacted]

Martine AVRIL
Béatrice BADIE-GAYET
Virginie CARTAILLER
Fanny CLAIRET
Stéphane DELON
Karine GALLIEN
Magali HALLUIN
Ludovic HUET

Saliha LAHMAR
Bettina LEDUC
Maëlle MÉRIC
Nadège MERINO
Claudie MILLOT
Éric NÈGRE
Françoise PACCHIOLI
Christelle PITIOT
Séverine QUÉRAUX
Klarieke De VRIES

- Infirmier et infirmier de pratique avancée

Camille ALBINET
Inès BEYNEY
Christian BRIOLA
Johanne BRUNEVAL
Odette de CARVALHO
Audrey CATHERIN
Sandrine CHÉRUBIN
Claire CHEVALIER
Corinne DELAUZUN
Myriam DJENNAT
Emeline DUMOULIN
Frédérique FAYOUT
Thibaud GALLAND
Régine GUINET-VILAND
Clémentine HYVERT
Bérangère JACQUIER
Mariema KACHMAR
Fatou MENDY
Magali MAIROT
Angélique MESNAGE
Guilaine MOLINES
Sandra PEREIRA Dos SANTOS
Géraldine PICOT
Alberto RIVIÈRE
Gaëlle SAVIGNEAU
Véronique SOUDY
Anne-Astrid SIOUR,
Hélène VALENTIN

- Médecin généraliste

Gaelle BOURCEREAU
Marie BOUVAIST
Frédérique HENRY
Laurent PAUTHIER

- Médiatrice en santé

Véronique DELMESTRE
Capucine de DURAND

Prestataires d'Asalée

- ISAS Ingénierie S@nté Social

Amaury DERVILLE, gérant
Grégoire BREFFEIL, juriste
Bérengère DERVILLE, ingénieure
Cyrille de La CHESNAIS, ingénieur

- INFORMED 79 SERVICES SAS

Amaury DERVILLE, président

- Groupe Y

Aurélie CASCARINO, directrice du pôle « richesses humaines »
Cédric JARION, expert-comptable

- Lamirau (MIR - Médical International Research)

Denis CAMPS, directeur général
Sarah AMARA, responsable administrative France & Export

- TGS France

Romain BADÉ, commissaire aux comptes
Rémi LAMBERT, commissaire aux comptes
Jean-Paul LAUZET, responsable du métier de l'audit

Caisse nationale d'assurance maladie

- Direction générale

Thomas FATÔME, directeur général
Manon CHONAVEL, directrice de cabinet
Emmanuel LECLERC, directeur d'hôpital, en stage auprès du directeur général

- Direction déléguée à la gestion et à l'offre de soins, direction de l'offre de soins

Emmanuel FRÈRE-LECOUTRE, directeur

- Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude

Marc SCHOLLER, directeur

Catherine MARCK, directrice de l'audit, de la comptabilité et trésorerie, des systèmes d'information comptable et de la recette nationale
Alain SPAENLÉ, responsable adjoint du département audit et validation

- Direction de la stratégie, des études et des statistiques

Grégoire de LAGASNERIE, adjoint au directeur de la stratégie, des études et de statistiques

  - Département des études de l'offre de soins

Emin AGAMALIYEV, responsable du département
Léa RIVOT, adjointe au département des études sur l'offre de soins
Judith GENDREAU, médecin de santé publique
Cindy SIOUNANDAN, statisticienne

  - Département des professionnels de santé

Thibault ZACCHERINI, sous-directeur, responsable du département des professionnels de santé
Emilie SEGOL, statisticienne
Caroline RENS, coordinatrice technique département infirmier

- Secrétariat général, direction juridique

Gildine CROIZÉ, directrice juridique
Sophie DAUMONT, responsable du département conseil et contentieux

CPAM des Deux-Sèvres

Philippe ULMANN, directeur depuis septembre 2024
Charlotte RENON, directrice par intérim, directrice adjointe
Julien BOUCHEREAU, responsable du département santé
Olivier DELAVEAU, directeur comptable et financier
Yasmina KEBOUR, sous-directrice performances, innovation et prestations
Eric LAJARA, fondé de pouvoir

Agences régionales de santé

- ARS Nouvelle-Aquitaine :

  - Direction de l'offre de soins - direction déléguée aux professionnels de santé et à la prospective - Pôle ressources humaines en santé

Magali STEUER, responsable du pôle ressources humaines en santé
Eléonore TRON, adjointe de la responsable du pôle ressources humaines en santé
Elodie WEBER, responsable du département métiers du soin et corps de direction
Clémence BRUNET, gestionnaire du département métiers du soin et corps de direction

  - Direction de la protection de la santé et de l'autonomie – direction déléguée à la santé publique et aux environnements - Pôle environnements, promotion et prévention en santé-

Philippe MARCOU, chargé de mission,référent éducation thérapeutique du patient

  - Délégation départementale des Deux Sèvres

Elvire ARONICA, directrice
Héloïse LEGRAND, chargée de mission 1er recours et soins de ville

- ARS Pays de la Loire

Evelyne RIVET, responsable du département prévention

DREETS Nouvelle Aquitaine

Alexandre ARRIVETS, adjoint au chef du pôle entreprises, emploi et économie
Laure MEDJANI, responsable du service régional de contrôle

DDETSPP des Deux SEVRES

Emilie VERGEAU, inspectrice du travail

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

Denis RAYNAUD, directeur
Julien MOUSQUÈS, directeur de recherche
Cécile FOURNIER, directrice de recherche

Syndicats professionnels

- CSMF

Franck DEVULDER, président

Luc DUQUESNEL, président des Généralistes-CSMF

- FNI

Daniel GUILLERM, président

- Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux

John PINTE, président

Expert-comptable missionné par le comité social et économique

- Eurogroup

  Gérard LEJEUNE, expert-comptable

Inspection générale des affaires sociales

Laurent GRATIEUX, inspecteur général
Thomas WANECQ, inspecteur général

SIGLES UTILISÉS

ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AGO / AGE : assemblée générale ordinaire / extraordinaire
ARS : agence régionale de santé
Asalée : Action de santé libérale en équipe
ASC : activité sociale et culturelle

BDESE : base de données économiques et sociales
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
BO : bulletin officiel

CA : conseil d'administration
CAC : commissaire aux comptes
Cass. Soc : chambre sociale de la Cour de cassation
CC : Conseil constitutionnel
C. cass : Cour de cassation
C. com : code de commerce
C. comptes : Cour des comptes
CCP : code de la commande publique
CCTP : clauses techniques particulières
CDI : contrat à durée indéterminée
CE : Conseil d'Etat
CGEFI : contrôle général économique et financier
CGI : code général des impôts
CJF : code des juridictions financières
CNAM : caisse nationale d'assurance maladie
CPAM 79 : caisse primaire d'assurance maladie des Deux-Sèvres
CNCI : comité national des coopérations inter professionnelles
COPIL : comité de pilotage
COSUR : comité de surveillance
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRPA : code des relations entre le public et l'administration
CRIDA-FORM : cellule de recherche, d'innovation développement Asalée formation
CSE : comité social et économique
CSP : code de la santé publique

CSS : code de la sécurité sociale

CSSCT : commission santé, sécurité et conditions de travail

CTPS : communauté professionnelle territoriale de santé

C. trav. : code du travail

DAF : directeur administratif et financier

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DARES : direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques

DCF : directeur comptable et financier

DDAFL ; direction déléguée à l'audit, aux finances et à la lutte contre la fraude (CNAM)

DDOS : direction déléguée de l'offre de soins (CNAM)

Loi DCRA : loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

DE : diplôme d'Etat

DG : délégué général / directeur général (selon le contexte)

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DGS : direction générale de la santé

DPROF : direction des professionnels de santé (CNAM/DDOS)

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : direction de la sécurité sociale

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

ENMR : expérimentations des nouveaux modes de rémunération

ETI : entreprise de taille intermédiaire

ETP : selon le contexte, équivalent temps plein ou éducation thérapeutique du patient

FIR : fonds d'intervention régional

FONJEP : fonds de coopération de la jeunesse et de l'éducation populaire

GE : grande entreprise

GIP : groupement d'intérêt public

HAS : Haute Autorité de santé

HPST : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

IGAS : inspection générale des affaires sociales
INJEP : institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
INSEE : institut national de la statistique et des études
IPA : infirmier en pratique avancée
IRDES : institut de recherche et documentation en économique de la santé
ISAS : Ingénierie S@nté social

LRAR : lettre recommandée avec accusé de réception

MG : médecin généraliste
MIC : micro-entreprise
MTMV : modifications thérapeutiques du mode de vie
MNC : mission nationale de contrôle
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

OIT : organisation internationale du travail
OSBL : organismes sans but lucratif
OTSS : loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

PME : petite et moyenne entreprise
PSA : portail de services Asalée (portail* métier)
PV : procès-verbal

Q : questionnaire

R&D : recherche et développement
RH : ressources humaines
RI : règlement intérieur

S : statuts
SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie.
SCIC : société coopérative d'intérêt collectif

SPPOC : santé population précaire orientation concertée

URML : union régionale des médecins libéraux

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE
CHARGÉ DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

Le ministre

Inspection générale des affaires sociales
- 9 JUIL. 2024

Paris, le 6 juin 2024

A l'attention de

de Monsieur Thomas Audigé

Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission de contrôle de la gestion du dispositif Asalée et d'évaluation de ses conditions de déploiement

Lancé en 2004, le protocole ASALEE (« Action de santé libérale en équipe »), porté par l'association éponyme, organise une coordination renforcée entre médecins et infirmiers et des délégations d'actes afin de libérer du temps médical en confiant le suivi de quatre pathologies chroniques à des infirmiers. L'assurance maladie finance l'association à plus de 97 % au travers de conventions.

Forte d'un soutien continu du ministère de la Santé et de l'assurance maladie, l'association Asalée a connu une croissance importante ces dernières années et déclare employer plus de 1 500 ETP aujourd'hui, ce qui témoigne du succès du dispositif auprès des professionnels de santé.

Commandée au regard de la très forte croissance des effectifs, une note d'expertise juridique rendue en février 2023 a posé un certain nombre de constats et émis des propositions quant à la sécurisation et aux pistes d'évolution du dispositif. Tenant compte des recommandations formulées dans la note, la CNAM, en lien étroit avec le ministère de la Santé, a envoyé à l'association des propositions d'avenants à l'été 2023, afin de prolonger la convention jusqu'en juin 2024. Ces propositions ont toutes été rejetées par l'association.

Dès lors, l'assurance maladie finance actuellement 1 200 ETP, dans la continuité de la convention qui est arrivée à échéance en décembre 2022. En l'absence d'accord sur le montant de rémunération et le nombre d'ETP financés, la CNAM a maintenu le même niveau de financement depuis la fin de l'année 2022. Afin de combler le vide juridique né de l'absence de convention, l'assurance maladie a adopté deux décisions unilatérales de financement pour reconnaitre les versements intervenus en 2023 et sécuriser les versements à venir jusqu'à la fin du premier semestre 2024. Dans ce contexte, j'ai souhaité qu'un nouvel avenant conventionnel soit signé au plus vite entre l'assurance maladie et l'association.

Le maintien de financements pérennes ne peut toutefois intervenir qu'à deux conditions. D'une part, les pouvoirs publics doivent être assurés de la bonne gestion de l'association. D'autre part, un cadre transparent et respectueux des rôles de chacun, permettant un déploiement efficace et sécurisé du dispositif Asalée doit être défini.

Sur les fondements de l'article 42 de la loi n°96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, je souhaite vous confier la réalisation d'une mission de contrôle de cette association ainsi que d'évaluation du dispositif Asalée.

Dans un premier temps, ce contrôle devra porter sur l'efficience et la régularité de l'utilisation des financements publics perçus par l'association - choix d'allocation des moyens aux différents postes de dépense, répartition des infirmiers sur le territoire – et son adéquation avec les objectifs poursuivis. Je souhaite également que vous analysiez la gouvernance et la gestion de l'association, y compris en ce qui concerne ses ressources humaines et le dialogue social, ainsi que l'étendue des contrôles que les pouvoirs publics sont fondés à exercer sur cet opérateur et leurs conséquences éventuelles.

Je souhaite que vous me communiquiez les conclusions et recommandations de ce contrôle avant le 1er décembre 2024.

Dans un second temps, et au regard de vos conclusions et recommandations, votre mission pourra se prolonger par un examen des conditions et modalités d'un déploiement plus large du dispositif Asalée au regard des enjeux d'accès aux soins, d'efficience et de prévention, ainsi que de la refonte du métier infirmier sur laquelle mes services travaillent actuellement.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les services de l'assurance maladie et de mon ministère.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le chef de service de l'inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.

Frédéric VALLETOUX

OBSERVATIONS DE L'ASSOCIATION ASALÉE
RÉPONSES DE L'IGAS

Observations générales de la mission sur la réponse d'Asalée :

La mission constate que l'association, tout au long de sa réponse, a préféré s'enfermer dans une contestation systématique et non étayée de l'inspection, allant jusqu'à la formulation d'insinuations voire de menaces. Bien que l'IGAS soit amenée à effectuer des missions de contrôles sur une grande variété d'organismes mettant en œuvre des politiques sociales, il est à noter que la posture d'Asalée tout au long de la mission, jusqu'à la phase contradictoire incluse, est tout à fait exceptionnelle par son agressivité et son manque de capacité à dialoguer de manière factuelle et responsable.

Sur le fond, le plus souvent, l'association s'est contentée d'arguments génériques, souvent hors périmètre du contrôle et sans apporter d'éléments factuels venant étayer ses allégations, pour contester les écritures spécifiques du rapport et des annexes que la mission avait pourtant pris soin de détailler. C'est pourquoi les réponses d'Asalée lors de la phase contradictoire n'auront conduit qu'à des modifications marginales : la mission ne pouvant se fonder sur des propos dont la pertinence reposerait sur leur seule véhémence. La mission regrette l'occasion d'un dialogue manqué qui aurait permis d'améliorer le rapport définitif.

Cette posture conduit la mission à s'interroger sur la capacité de dialogue et d'évolution d'une association à la tête de 2 000 salariés et financée quasi exclusivement sur des fonds publics. La conviction de l'association du bien-fondé de son action et de son modèle ne saurait l'exonérer des règles qui lui sont applicables et du minimum de responsabilité que l'administration et les contribuables sont en droit d'attendre de la part d'un gestionnaire financé sur fonds publics.

Alors que ce contrôle aurait pu constituer l'occasion d'un redémarrage sur des fondements sains des relations entre l'assurance maladie et Asalée, l'ensemble de ces éléments hypothèquent la reprise d'un dialogue à même de répondre à la nécessaire mise en conformité et à l'amélioration du service rendu, sur fonds publics, par l'association au bénéfice des patients.

SYNTHESE – p 5 à 10

[1] Le dispositif Asalée permet à des malades chroniques de bénéficier, sur proposition de leur médecin traitant, de séances d'éducation thérapeutique et le cas échéant, d'actes techniques dérogatoires réalisés par un infirmier. Cette prise en charge, encadrée par un protocole de coopération, repose sur l'association Asalée qui recrute, forme et accompagne des infirmiers collaborant avec des médecins généralistes, adhérents de l'association. Asalée assure également un rôle d'animation et de coordination permettant aux médecins et infirmiers de partager leurs pratiques.

Asalée ne peut être réduit au terme technocratique de « dispositif ». Ce mot, souvent employé dans le langage administratif, renvoie à une mesure ponctuelle, instrumentale, voire expérimentale, là où Asalée s'inscrit dans une trajectoire historique, humaine et politique bien plus large. Né en 2004 comme projet expérimental, Asalée devient une association en 2005, adopte la forme d'un protocole de coopération en 2012 [redacted]. *Ce cheminement traduit une volonté de structuration progressive fondée sur des valeurs collectives, professionnelles et démocratiques. Cette évolution ne peut être dissociée du contexte dans lequel elle s'inscrit : depuis 2005, une démarche délibérée de la part des tutelles et des pouvoirs publics vise à affaiblir l'autonomie du champ médical, à fragmenter la compréhension des politiques de santé, et à faire glisser les logiques de financement vers une approche gestionnaire inspirée du modèle de rentabilité des entreprises, de type Ebitda. Ce tournant marque l'abandon du pilotage politique par*

autorisation de programme et crédits de paiement, au profit d'une rhétorique du « trou de la Sécu », justifiant la contraction des dépenses. Dans ce cadre, Asalée ne se contente pas d'exister à contre-courant : il se pose en alternative structurante à ce paradigme dominant fondé sur l'individualisme hédoniste, la productivité et l'euro comme seule unité de valeur. Asalée porte une autre vision : celle d'un mouvement politique de refondation du soin, de la santé et du social, où le « prendre soin » – lent, ancré, solidaire – constitue le cœur battant d'un modèle de société. Réduire cela à un « dispositif », c'est méconnaître la profondeur de son engagement, effacer sa dimension collective, et ignorer son ambition transformatrice. Asalée est un collectif vivant d'acteurs de santé, profondément enraciné dans les territoires, et porteur d'une conception partenariale et citoyenne de la santé publique.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial. Le terme « dispositif » ainsi que les notions qu'il regroupe sont détaillés dans l'encadré p 17 : **rédaction maintenue**

La prise en charge Asalée ne peut se résumer à être « encadrée par un protocole de coopération » au sens restreint du droit de la santé. À son origine, Asalée est une démarche de santé libérale en équipe, fondée sur une alliance thérapeutique entre le patient, ses aidants, les médecins généralistes et l'infirmière de santé publique. Ce cadre relationnel repose sur la transmission d'un lien de confiance du médecin vers l'infirmière, laquelle intervient au cœur du parcours de soin par l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'entretien motivationnel, avec une attention particulière à l'accompagnement, à l'autonomisation et à la compréhension globale du vécu de la maladie. Réduire cette démarche à un simple « protocole de coopération » est non seulement inexact, mais également réducteur. Ce cadre juridique spécifique n'a été adopté qu'en 2012, contraint par la nécessité de pérenniser Asalée après la suppression brutale des financements issus du BNQCS et du FNCQS. Il s'agissait alors d'une stratégie de survie face à l'injonction administrative, obligeant Asalée à se conformer à un modèle fondé sur la délégation d'actes pour continuer à exister. Le protocole de coopération, au sens strict du terme légal, ne couvre d'ailleurs que quatre actes dérogatoires à l'exercice infirmier classique dans les conditions réglementaires de 2012. En réalité, c'est la prise en charge Asalée qui encadre la mise en œuvre du protocole de coopération, et non l'inverse. Asalée dépasse de très loin le cadre formel des délégations d'actes : il structure un mode d'exercice en équipe pluriprofessionnelle, une philosophie du soin, et un projet de santé publique centré sur le « prendre soin » et l'émancipation du patient. Si Asalée est juridiquement associé à un protocole de coopération, c'est uniquement parce qu'il en contient certains actes dérogatoires ; mais l'essence d'Asalée, sa portée, sa pratique quotidienne, ne sauraient être enfermées dans cette seule qualification réglementaire

Réponse de la mission : rédaction modifiée : suppression de la mention « encadrée par un protocole de coopération »

Asalée ne recrute pas simplement des infirmières, comme le laisse entendre à tort le texte critiqué : Asalée recrute, forme et accompagne des équipes pluriprofessionnelles, organisées autour d'une collaboration structurée entre médecins, infirmiers, et personnels de soutien. La réduction récurrente d'Asalée à la formule « infirmières Asalée » procède d'un glissement sémantique qui, à force d'être répété, devient une forme de manipulation du sens. Ce rétrécissement de la réalité s'éclaire désormais à la lumière de l'apparition des « infirmiers référents » dans les ACI- MSP, [redacted] *tout en contribuant à l'effacement progressif du rôle central du médecin généraliste et de la*

dynamique de binôme construite historiquement par Asalée. Ce processus rejoint les propos troublants d'un [redacted] *– sollicité par Asalée pour un rapport – qui affirmait que « l'équipe est une fiction ». Sans le vouloir, cette déclaration confirme la thèse défendue par André Grimaldi : depuis plus de vingt ans, le pouvoir technocratique attaque délibérément l'autonomie médicale, fragilise les collectifs de soins, empêche la constitution d'équipes solides entre médecins et infirmiers, et déplace le pouvoir vers des plateformes administratives dépersonnalisées, sous prétexte de coordination. Face à cette dérive, Asalée assumera pleinement une réponse sémantique et structurelle. Tandis* [redacted] *annonce sans détour la fin de la médecine générale telle que nous la connaissons et prépare méthodiquement l'effacement programmé d'Asalée, ce dernier répliquera en renforçant son ancrage politique et collectif.* [redacted]

Réponse de la mission : rédaction modifiée : L'association Asalée forme et accompagne des équipes pluriprofessionnelles composées de médecins et d'infirmiers, soutenues par des fonctions supports. Les infirmiers sont, dans leur immense majorité, salariés par l'association alors que les médecins en sont des adhérents.

Affirmer qu'Asalée « assure un rôle d'animation et de coordination permettant aux infirmières et aux médecins de partager leur pratique » revient à mélanger plusieurs niveaux de réalité fondamentalement distincts : (1) une personne morale, l'association Asalée ; (2) des personnes physiques exerçant des fonctions professionnelles réglementées — médecins et infirmiers —, encadrées par des diplômes d'État ; (3) les pratiques professionnelles elles-mêmes ; (4) les modalités d'organisation du partage de ces pratiques ; et (5) les conditions d'animation et de coordination censées permettre ce partage. Cette confusion conceptuelle pourrait éventuellement s'appliquer dans un modèle d'organisation hiérarchique classique, structuré autour d'un siège administratif centralisé, doté de fonctions spécialisées en animation, coordination, évaluation ou audit — à l'image des structures hospitalières ou des institutions comme la CNAM, la DSS, l'IGAS, ou les CPAM — dans lesquelles les processus de régulation sont descendants et normatifs. Mais Asalée ne relève pas de cette logique. En tant que personne morale, l'association Asalée est avant tout un collectif constitué de médecins et d'infirmiers engagés dans une dynamique clinique de soin partagé, fondée sur une coopération de terrain. L'action se déploie dans les cabinets, en équipe, dans une chaîne fluide et concertée d'accompagnement du patient. Cette dynamique est soutenue par des [redacted] *CSE, Conseil d'administration — dans un modèle d'organisation inversée. Ce modèle est appuyé par des fonctions d'ingénierie, d'architecture de projet et de support, portées par des acteurs directement impliqués dans des actions concrètes, à la fois prestataires de services et conseillers stratégiques externes. Ce n'est donc pas Asalée, entité abstraite, qui anime ou coordonne en surplomb ; c'est un ensemble articulé de principes, de procédures, de dynamiques collectives et d'outils partagés, fondés sur la pratique réelle des soins et sur une gouvernance distribuée, qui produit une analyse continue, vivante et située des pratiques professionnelles à tous les niveaux de l'organisation.*

Réponse de la mission : rédaction modifiée (cf supra).

[2] Né dans les Deux-Sèvres en 2004, ce dispositif se développe rapidement à partir de 2012 et s'étend à toute la France grâce au soutien des pouvoirs publics, en particulier aux subventions de l'assurance maladie. Celles-ci ont plus que doublé entre 2019 et 2023 (295,2 M€ versés sur la période) et atteignent 83 M€ en 2023, soit 97,6 % des ressources de l'association. Fin 2023, le dispositif compte 2 004 infirmiers [redacted] et 9 010 médecins.

Il est inexact de prétendre qu'Asalée s'est développé grâce au soutien continu et bienveillant des pouvoirs publics, sauf à nuancer fortement cette affirmation. En réalité, dès avril 2012, l'IGAS recommande explicitement de ne pas confier à Asalée le salariat des infirmières, préconisant plutôt leur intégration dans les structures des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Simultanément, la CNAM élabore un projet de convention imposant que toutes les infirmières soient en exercice libéral, ce qui reviendrait de facto à dissoudre l'association. Dans le même temps, la DSS conditionne la poursuite d'Asalée et l'évolution vers un protocole ETP-EM à sa transformation en protocole de coopération, imposant ainsi un changement de nature juridique et opérationnelle au projet initial. Ce n'est qu'à la suite d'un bras de fer politique que la convention fondatrice d'Asalée a pu voir le jour : le président de MG France refuse de signer un avenant conventionnel le 1er décembre 2012, ce qui contraint le directeur général de la CNAM à accepter la signature de la convention Asalée, pourtant rétroactive au 1er juillet 2012. Ce décalage n'est pas un cas isolé : l'examen de l'ensemble des conventions signées entre Asalée et la CNAM montre de manière récurrente un décalage de 4 à 7 mois entre la date d'effet de la convention et sa signature officielle, soulignant un rapport toujours conflictuel ou à tout le moins peu coopératif des autorités vis-à-vis de l'association. À cela s'ajoute une politique de sous-financement chronique. Alors que les comptes d'Asalée sont parfaitement transparents et que la CNAM connaît les coûts réels du dispositif (67 450 €, puis 71 000 €, puis 74 000 € par équivalent temps plein infirmier), elle persiste à le financer en dessous des besoins réels. En 2021, sous pression de la DSS, Asalée est contrainte d'intégrer un comité de surveillance à ses statuts, et voit ses fonds propres siphonnés à hauteur de 8 millions d'euros. Le refus par la CNAM de verser un acompte en février 2024 a failli provoquer une cessation de paiement — [redacted]. Depuis 2012, le déploiement d'Asalée repose exclusivement sur les efforts de l'association elle-même, qui a dû se construire et résister dans un environnement institutionnel largement hostile. Ce n'est que maintenant que l'on mesure à quel point Asalée, qui portait un projet clinique et solidaire, a été confrontée à une volonté systémique de financiarisation du soin — financiarisation qui se retourne aujourd'hui contre l'ensemble de l'écosystème de santé. Dans ce contexte, la question qui se pose à Asalée [redacted], structurant un protocole de travail en équipe incluant certains actes dérogatoires — est celle de sa mission future : comment contribuer activement au redéploiement d'une sécurité sociale fondée sur ses valeurs initiales ? Et, corrélativement, quelle sera désormais la place de l'État — son rôle, sa

responsabilité, sa contribution — à l'avenir comme dans le passé, dans la préservation de ce bien commun ?

Réponse de la mission : Rédaction modifiée : « ...soutien financier... »

[3] L'éducation thérapeutique du patient répond à de réels besoins de santé publique et rejoint les recommandations récentes des autorités sanitaires sur les modifications thérapeutiques du mode de vie comme traitement des maladies chroniques. La présente mission n'avait toutefois pas pour objet d'évaluer le dispositif – qui a fait l'objet d'évaluations positives quoique déjà anciennes de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) mais de contrôler la régularité et la qualité de sa gestion par l'association Asalée.

Asalée prend acte du fait que l'IGAS reconnaît l'existence de besoins réels en matière d'éducation thérapeutique du patient. Cependant, elle déplore avec fermeté que le rapport n'aborde en rien les effets concrets produits par le dispositif sur les patients, les aidants, les professionnels de santé, ni sur l'écosystème territorial dans lequel il s'inscrit. L'IGAS justifie cette lacune en invoquant le périmètre de sa mission, qui relèverait du contrôle, non de l'évaluation. Mais cette posture est en réalité problématique, car elle confond deux dimensions essentielles du pilotage des politiques publiques : la vérification de la conformité administrative et l'appréciation du sens et des impacts du modèle examiné. Du point de vue de l'« oeconomia » – au sens plein du terme – cette approche est réductrice. L'« oeconomia » ne se limite pas aux dimensions financières ou comptables ; elle renvoie à la cohérence fonctionnelle d'un système, à la hiérarchie de ses composantes, à la relation entre ses finalités et ses moyens, aux flux qu'il organise, aux équilibres qu'il préserve. Tout système – qu'il soit social, sanitaire, politique ou biologique – possède une oeconomia propre, qui reflète l'agencement raisonné de ses ressources en vue d'une mission. Or, juger de la « qualité et régularité de la gestion d'Asalée » sans se soucier de sa mission première – accompagner les plus vulnérables, renforcer leur autonomie, améliorer le soin de proximité – revient à produire une lecture économiquement vide, déconnectée de la réalité de terrain. Cette approche pourrait avoir du sens dans un référentiel de type capital-investissement ou de fonds de fonctionnement, mais elle ne résiste pas à l'analyse des économistes contemporains. De Jean Tirole à Esther Duflo, les travaux récents convergent sur un point : un système évalué uniquement à l'aune du contrôle, sans prise en compte de ses effets, de sa mission et de sa valeur sociale, est un système que l'on condamne à l'usure ou à l'extinction. Cette destruction silencieuse, progressive ou brutale, interroge : est-elle le fruit d'une dérive administrative ? d'une politique assumée ? ou d'un mélange des deux ? La note introductive d'Asalée annonce à cet égard que des enquêtes administratives approfondies devront établir les responsabilités, et en particulier celles des organes de surveillance qui auraient dû garantir la loyauté du processus.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations de l'association, qui n'appellent pas de modification du texte initial. La lettre de saisine du ministre définissant le périmètre de la mission se trouve en pages 101 et 102 : **Rédaction maintenue.**

Asalée s'organise autour de deux principes fondateurs, l'externalisation et l'holacratie[150], qui sont sources de multiples difficultés et de nombreuses irrégularités

L'affirmation, en gras et en synthèse dans le rapport IGAS, selon laquelle les « principes fondateurs » d'Asalée – externalisation et holacratie – seraient à l'origine de nombreuses difficultés et irrégularités, repose sur une lecture profondément biaisée. D'abord, parce que

[150] « *Système de gouvernance organisationnelle permettant l'auto-organisation des parties prenantes* », selon le Petit Larousse. Cette terminologie étant celle utilisée et revendiquée par l'association, la mission l'emploie comme telle dans ce rapport.

ni l'externalisation (qui est une modalité de fonctionnement), ni l'holacratie (qui est un mode de gouvernance participatif) ne constituent à proprement parler des principes fondateurs. Ensuite, parce que cette grille d'analyse passe complètement à côté du vrai fondement d'Asalée : la reconnaissance que les patients et les aidants sont les premiers acteurs de leur propre existence, et qu'ils affrontent seuls, plus de 4950 heures par an, la complexité des maladies somatiques ou psychiques. Dans le meilleur des cas, ils bénéficient d'environ dix heures annuelles partagées entre un médecin généraliste et une infirmière en équipe Asalée. Prendre le temps de les accompagner durant ces quelques heures, avec attention et humanité, n'est pas une perte de productivité : c'est l'essence même du soin. Ce principe – prendre le temps pour prendre soin – n'est pas une exception d'Asalée : il est le fondement anthropologique des sociétés humaines. Que chacun soit maître de ses choix de vie, ou puisse veiller sur ses proches en situation de fragilité, est un principe universel, nullement spécifique à ce modèle. Le nier, même sous couvert de rationalisation administrative, revient à fragiliser les bases même de la solidarité. Il est donc compréhensible que certains représentants du pouvoir central – tel le directeur général de la CNAM, affirmant que « votre modèle est bizarre » – soient déconcertés par une gouvernance partagée entre patients, aidants, soignants, et soutenue par des ingénieurs et anciens hauts fonctionnaires restés fidèles à l'idéal de service public. Là où la plupart des anciens dirigeants de la CNAM ont rejoint le secteur privé, Asalée s'est battue pour rester dans une logique de bien commun. Depuis 2012, Asalée a documenté de nombreuses irrégularités dans la gestion politique du dossier. Elle constate aujourd'hui que les missions qu'elle assurait sont peu à peu externalisées sans vision d'ensemble : ici aux infirmières en pratique avancée (IPA), là aux infirmiers référents en MSP, ailleurs encore aux pharmaciens ou aux sages-femmes. Cette fragmentation, en apparence technique, traduit en réalité une volonté de dilution du modèle Asalée, voire de sa disparition orchestrée.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue**.

[4] Malgré une croissance très importante, le fonctionnement, la gestion et la gouvernance d'Asalée ont très peu évolué et restent fondés sur deux principes :

- l'externalisation qui conduit à confier la quasi-totalité des fonctions de direction et des fonctions opérationnelles à des prestataires, notamment Ingénierie S@nté social SARL (dite ISAS) et Informed 79 Services SAS (dite Informed 79) qui accompagnement l'association depuis sa création au point qu'Asalée les qualifie de « prestataires co-fondateurs ».
- l'holacratie qui, dans une logique de déconcentration, confie aux infirmiers et médecins participant au dispositif de nombreuses tâches [redacted]

L'affirmation de l'IGAS selon laquelle le fonctionnement, la gestion et la gouvernance d'Asalée auraient très peu évolué depuis sa création constitue à la fois une contre-vérité factuelle et une erreur d'analyse. Sur le fond, il faut d'abord rappeler qu'une relative stabilité structurelle ne constitue pas en soi un défaut, et qu'elle peut même être le signe d'une robustesse institutionnelle. De nombreuses organisations solides – à commencer par certaines constitutions d'État – doivent leur pérennité à la qualité de leur conception initiale, et non à des changements incessants dictés par les conjonctures. Ainsi, ériger l'évolution comme critère absolu de légitimité organisationnelle est une position contestable, qui mériterait d'être étayée. En ce qui concerne spécifiquement Asalée, il est tout simplement inexact de prétendre que sa gouvernance ou son organisation n'ont pas évolué. De 2004 à

2005, Asalée était un projet expérimental piloté par l'Union régionale des médecins libéraux (URML). Entre 2004 et 2008, il prend la forme d'une association de médecins employant des infirmières, financée d'abord dans le cadre du Facqs, puis du Fiqcs. À partir de 2009, plusieurs associations coexistent, avant une restructuration en une entité unique financée par le FNQCS sur décision du BNCQS, avec l'appui favorable de la DGOS. De 2012 à 2018, Asalée devient une structure conventionnée à travers des accords tripartites entre les ARS, la CPAM79 et l'association elle-même, instaurant une contractualisation au niveau local. Puis, à compter de 2019, son financement est recentralisé sur la base de l'article L221-1 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale. Enfin, entre 2021 et 2024, une transformation majeure intervient avec l'instauration d'un comité de surveillance chargé de la gouvernance, allant jusqu'à confondre, de fait, la comptabilité d'Asalée avec celle de la CNAM. À cela s'ajoutent des évolutions substantielles dans les modalités de fonctionnement : enrichissement du protocole avec de nouveaux volets cliniques, développement continu de formations spécifiques, structuration de groupes transversaux d'analyse des pratiques, [redacted] mise en place de systèmes d'information partagés, outils d'ingénierie territoriale et dispositifs d'évaluation continue. Il est donc manifeste que le fonctionnement, la gestion et la gouvernance d'Asalée ont connu une transformation profonde et continue depuis sa création. Suggérer le contraire relève soit d'une méconnaissance du terrain, soit d'une lecture volontairement orientée. Aucun observateur sérieux ne pourrait raisonnablement soutenir que l'organisation serait restée figée dans le temps

Réponse de la mission : Rédaction précisée. Malgré une croissance très importante, les règles de fonctionnement, de la gestion et de la gouvernance d'Asalée ont très peu évolué et restent fondés sur deux principes :

L'affirmation de l'IGAS selon laquelle la quasi-totalité des fonctions de direction et des fonctions opérationnelles d'Asalée serait assurée par des prestataires externes — en particulier ISAS et Informed79 Services — est inexacte et trompeuse. Elle traduit une méconnaissance du fonctionnement réel de l'organisation, ou une volonté de projeter sur Asalée un modèle centralisé et vertical qui n'est pas le sien. Asalée est une structure fondée sur la participation active des professionnels de santé eux-mêmes — plus de 9 000 médecins généralistes, près de 2 000 infirmières, répartis sur environ [redacted] sites — qui agissent collectivement à la fois dans le soin, la gouvernance et l'orientation stratégique du projet. De nombreux professionnels sont par ailleurs élus, engagés dans des représentations syndicales ou associatives, ce qui renforce la légitimité démocratique de l'organisation. Accuser les prestataires historiques de centraliser le pouvoir ou de détourner la mission d'Asalée revient à masquer les véritables enjeux : ceux d'une tentative récurrente, menée depuis plusieurs années, de déstructuration et de reprise en main du modèle par certains acteurs institutionnels. Les signaux en ce sens sont nombreux : pressions pour changer les statuts, tentatives d'exclusion des prestataires dès 2022, recommandations visant à dissoudre les fonctions support externalisées, et convergence des discours pour imposer un modèle concurrent sous couvert de réorganisation. Ces dynamiques de fragmentation ont pour effet de diluer les responsabilités, de faire disparaître la cohérence du modèle, et de rendre invisibles les acteurs qui ont permis sa structuration. Depuis 2021, Asalée subit une série d'attaques coordonnées : sur le plan financier, avec un sous-financement délibéré ; sur le plan institutionnel, avec l'instauration d'un comité de surveillance détournant l'autonomie associative ; et sur le plan symbolique, avec des récits faussés sur son fonctionnement. Ce climat de défiance organisé a conduit à des accusations infondées, visant notamment à faire porter la responsabilité de toute l'organisation sur un prestataire unique ou sur des individus désignés. Cette lecture caricaturale est non seulement erronée, mais insultante pour

l'ensemble des professionnels qui construisent Asalée depuis vingt ans sur le terrain. En réalité, les fonctions support externalisées sont précisément ce qu'elles prétendent être : des fonctions d'ingénierie, de conseil, de coordination logistique et technique, distinctes des fonctions de pilotage politique, stratégique et clinique, qui relèvent des instances internes. La comptabilité, le contrôle de gestion, la validation des choix stratégiques sont assurés par des organes indépendants, en toute transparence. Aucun élément sérieux ne permet d'étayer l'idée d'une mainmise ou d'un détournement de pouvoir. Ce procès d'intention vise à disqualifier a posteriori une organisation résiliente, qui a su préserver son indépendance là où d'autres ont cédé à la centralisation ou à la financiarisation. Si Asalée est aujourd'hui critiquée, ce n'est pas parce que sa structure serait dysfonctionnelle, mais parce qu'elle a su résister à des pressions systémiques visant à la vider de sa substance. En réalité, ce sont certaines institutions qui doivent aujourd'hui rendre des comptes : non seulement pour leurs choix politiques passés, mais aussi pour la manière dont elles ont tenté de redéfinir un projet sans en assumer les conséquences. Dans ce contexte, Asalée assumera pleinement son devoir de vigilance, en retournant systématiquement les accusations infondées contre ceux qui les profèrent [redacted]. Asalée ne se laissera pas faire. Elle n'est ni l'agneau sacrificiel de la fable, ni une organisation instrumentalisée. Elle est un projet collectif vivant, ancré dans les territoires, structuré par une vision politique du soin fondée sur la coopération, la confiance et la responsabilité partagée. Ceux qui en méconnaissent les fondements devront, le moment venu, en répondre.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

Affirmer que les fonctions dites de « support » relèveraient, par nature, d'acteurs extérieurs aux professionnels de santé — comme cela se pratiquerait dans d'autres secteurs — témoigne d'une méconnaissance profonde de l'histoire et de la réalité du métier de soignant. Nous invitons l'IGAS à explorer avec rigueur l'histoire du « prendre soin ». Elle y découvrirait que, longtemps, ces fonctions ont été assurées bénévolement, notamment par des femmes, dans des contextes souvent imprégnés d'un patriarcat structurel, au sein duquel les fonctions de soin et de soutien étaient invisibilisées. Lorsqu'est apparue la figure de l'infirmière professionnelle, prenant le relais des religieuses ou des aidantes informelles, ces femmes ont assumé à la fois le soin clinique et les fonctions de coordination, de logistique et d'appui – à l'hôpital comme à domicile. Elles étaient « au four et au moulin », dans leur vie professionnelle comme dans leur vie personnelle. À l'hôpital, après quelques jours d'hospitalisation, c'est la direction des soins – et donc les soignants eux-mêmes – qui endossent la responsabilité de tout ce qui relève du suivi du patient, y compris de l'organisation des « fonctions support ». L'introduction de la tarification à l'activité (T2A), le taylorisme managérial et l'influence des cabinets de conseil ont progressivement fragmenté cette logique intégrée. Ces réformes ont profondément altéré le sens du soin, déconnectant les actes techniques de leur ancrage relationnel et organisationnel, jusqu'à conduire de nombreux soignants à l'épuisement professionnel._Dans le monde de la santé, social et médico-social, l'approche industrielle fondée sur l'hyperspécialisation — promue par des consultants éloignés du terrain, des médecins sortis de la pratique et des gestionnaires obsédés par les indicateurs financiers — a progressivement désarticulé les fonctions essentielles du soin. Or, dans toute organisation réellement efficiente, les fonctions de production, de support, de gestion et d'évaluation sont imbriquées, non cloisonnées. C'est dans cette intégration que se trouve l'efficience véritable. Les systèmes les plus performants

ne sont pas ceux qui compartimentent, mais ceux qui humanisent. C'est pourquoi l'accusation selon laquelle ISAS et Informed79 Services exerceraient seules l'ensemble des fonctions de direction opérationnelle, financière, stratégique et de support est infondée. Elle se heurte à la réalité d'un fonctionnement distribué, dans lequel ces fonctions sont portées par l'ensemble des acteurs — médecins, infirmiers, groupes sectoriels, équipes transverses, instances internes comme le CSE ou le conseil d'administration. Dans ce modèle, ce n'est pas la concentration du pouvoir qui prévaut, mais le principe de subsidiarité. Ce principe fondamental, emprunté au droit, à la gouvernance et à l'organisation, postule que chaque niveau d'une structure n'intervient que lorsque celui d'en dessous n'est pas en mesure d'agir seul. [redacted] *. Cependant, depuis l'instauration du comité de surveillance, et à mesure que certains agents de l'Assurance Maladie tentent de faire pression sur les infirmiers d'Asalée pour qu'ils quittent le modèle — en les orientant vers d'autres statuts (IPA libéraux, assistants médicaux, infirmiers référents en MSP) — les discours tenus laissent entrevoir une volonté de déstabilisation programmée. Jusqu'au ministre de la santé lui-même, qui interroge publiquement les soignants : « que vous disent vos dirigeants ? »... Nous renvoyons désormais cette question : qui a donné l'ordre ? Qui a demandé qu'un courrier non signé, sans entête, sans adresse, soit transmis à l'IGAS un mois après son envoi ? Qui a orchestré cette séquence, et dans quel but ? Asalée n'éludera pas ces questions. Ce n'est pas une structure où les responsabilités sont floues ou diluées. C'est une organisation enracinée, fondée sur la responsabilité partagée, la collégialité, et la confiance dans l'intelligence du terrain. Le temps est venu d'exiger des réponses claires à des actes qui, à bien des égards, soulèvent de graves interrogations institutionnelles.*

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[5] Cette organisation apparaît désormais mal adaptée à ce qu'est devenue Asalée - une structure nationale de taille intermédiaire quasi-intégralement financée par des fonds publics. Ainsi, l'externalisation, à laquelle s'ajoutent un certain nombre de négligences, est source de difficultés générales de gouvernance et de gestion (absence de budget, [redacted], etc). Conjuguée à l'absence de comptabilité fine, elle génère une opacité financière qui ne permet pas de mesurer exactement les coûts de gestion.

L'IGAS affirme que l'organisation actuelle d'Asalée semblerait mal adaptée à ce qu'elle est devenue. Nous soutenons au contraire que c'est précisément cette organisation qui a permis à Asalée de tenir dans la durée, de croître, de se structurer et de répondre aux besoins réels du terrain. C'est cette architecture souple, distribuée, fondée sur la confiance, la responsabilité partagée et l'ancrage local, qui a permis à Asalée de se développer dans un environnement souvent hostile. Bien entendu, cette organisation peut évoluer avec l'extension du modèle [redacted] *et nous considérons cette évolution à la fois souhaitable et nécessaire. Mais en ce qui concerne le passé et le présent, nous réaffirmons avec conviction que l'organisation d'Asalée a été non seulement adaptée, mais déterminante dans sa réussite. Nous avons par ailleurs de sérieuses réserves sur la capacité réelle de l'IGAS à évaluer la pertinence d'un modèle tel qu'Asalée, compte tenu de la nature même de l'inspection menée. Les inspecteurs mobilisés ne partagent ni l'expérience de terrain des professionnels impliqués, ni la connaissance intime des dynamiques cliniques, territoriales*

et humaines qui font la singularité d'Asalée. Il est difficile de porter un jugement éclairé sur un modèle que l'on n'a ni pratiqué, ni vécu. Ceux et celles qui exercent au quotidien dans Asalée savent de quoi ils parlent : ce sont les professionnels du soin qui, par l'acte, la présence et la proximité, construisent la légitimité du modèle. Il est d'ailleurs surprenant que soit soulevée la question du financement public au motif qu'Asalée bénéficierait de moyens importants (environ 100 millions d'euros), alors que cette somme est minime comparée aux budgets de structures comme [redacted]*. Et cela d'autant plus que les niveaux de contrôle et de traçabilité imposés à Asalée sont bien supérieurs à ceux observés dans ces grands groupes. Récemment encore, la Cour des comptes indiquait qu'elle ne parvenait pas à contrôler certains de ces opérateurs majeurs, et son président reconnaissait publiquement que la majeure partie du budget de la sécurité sociale échappait à une véritable régulation. Le problème n'est donc pas que les fonds soient publics ou que l'opérateur soit associatif à but non lucratif – bien au contraire. Enfin, il est difficile de ne pas relever un certain paradoxe : les mêmes personnes peuvent, selon les jours et les fonctions, se retrouver successivement à la CNAM, à la DSS, à l'IGAS ou à la Cour des comptes. Cette perméabilité entre les institutions interroge sur la neutralité de certaines évaluations. Asalée, pour sa part, continuera de défendre un modèle transparent, ancré dans le soin de proximité, et fidèle à sa mission : prendre soin des plus fragiles, avec exigence, responsabilité et loyauté.*

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[6] Cette organisation et ces négligences sont également sources d'irrégularités (omission de signalement de changement de statuts et de dirigeants en préfecture, comptes partiellement publiés, [redacted] pour un organisme sans but lucratif,). [redacted]*. Chaque année, les comptes sont présentés de manière détaillée, certifiés et communiqués aux autorités compétentes. Par ailleurs, l'IGAS elle-même reconnaît dans son rapport disposer d'une décomposition analytique du temps passé par nature d'activité, ainsi que d'une ventilation des interventions selon les types de patients, les motifs de consultation, et d'autres critères qualitatifs. Il est donc parfaitement possible, à partir de ces données disponibles et structurées, de reconstituer des tableaux de gestion et des regroupements par catégories, comme le souhaite l'IGAS. L'outil de suivi d'Asalée permet justement ces agrégations, à la fois globalement et à l'échelle de chaque cabinet, avec des indicateurs de gestion suivis à tous les niveaux de l'organisation, selon les priorités définies collectivement. L'accusation d'« opacité » à l'encontre d'Asalée n'est pas nouvelle. Mais à ce stade, nous appliquerons un principe simple de retour critique : celui de l'arroseur arrosé. Nous avons donc, en toute logique, interrogé la CNAM sur la destination des 50 milliards d'euros de dépenses supplémentaires constatées sur les cinq dernières années, sans jamais obtenir de réponse circonstanciée. Nous avons également constaté que dans son propre rapport charges-produits, la CNAM déclare ne pas être en mesure d'analyser de manière détaillée les dépenses hospitalières, pourtant au coeur de son périmètre de responsabilité. Cette problématique de transparence ne touche donc pas seulement Asalée, bien au contraire. Le président de la Cour des comptes, Pierre Moscovici, a lui-même exprimé publiquement son inquiétude concernant l'opacité des comptes publics. Il a qualifié la gestion financière actuelle de « boîte noire », soulignant l'absence de lisibilité et le déficit de contrôle indépendant. Cette déclaration, faite après avoir exercé lui-même de hautes responsabilités dans la conduite des finances publiques, soulève inévitablement une question : qu'a-t-il entrepris lorsqu'il était « de l'autre côté » ? En définitive, Asalée assume une transparence*

exemplaire par rapport à son échelle et à ses moyens, tandis que certaines grandes structures publiques ou institutionnelles peinent, voire refusent, de rendre des comptes équivalents.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations de l'association qui ne sont pas de nature à conduire à la modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[redacted]. *Cette question avait déjà été soulevée dans un rapport officieux rédigé par un Conseiller d'État, resté confidentiel, et qui avait donné lieu à une clarification formelle de la présidente d'Asalée à l'époque, lors d'un comité de pilotage réunissant des représentants de la CNAM et de la DSS. La réponse du représentant de l'assurance maladie fut sans équivoque : « je propose de passer au-dessus de ce rapport et de ne plus y revenir ». Ce désaveu oral, mais explicite, confirme que l'accusation n'avait pas de fondement sérieux. Les éléments justifiant la légalité de cette indemnisation sont détaillés dans d'autres observations et documents disponibles, qui exposent clairement les fondements juridiques validant la position d'Asalée. La question de la publication des comptes, parfois évoquée en lien avec cette affaire, ne relève pas d'une absence de transparence mais d'un dysfonctionnement imputable au comité de surveillance, composé majoritairement de représentants de la Sécurité sociale, qui n'a été ni convoqué ni réuni durant les exercices 2022, 2023 et 2024. Ce manquement est extérieur à la gouvernance opérationnelle d'Asalée. Il ne peut être attribué ni au modèle holacratique de l'organisation, ni à la nature externalisée de certaines fonctions de support. Quant aux statuts de l'association, aux organes dirigeants et au comité de surveillance, nous confirmons qu'ils ont été régulièrement mis à jour en préfecture et sont parfaitement conformes aux exigences légales en vigueur. L'IGAS peut donc être pleinement rassurée sur ce point. Enfin, nous tenons à souligner le caractère confus et tendancieux de certaines formulations figurant au paragraphe 6 du rapport, où sont mêlées de manière hasardeuse des accusations de nature très différente, sans distinction claire entre les faits, les statuts, les responsabilités ni les fondements juridiques invoqués. Ce mélange inconséquent traduit une volonté manifeste de nuire à peu de frais, en entretenant l'amalgame entre gestion associative et soupçon de dérive financière. Or, ce procédé ne résiste ni à l'examen des faits, ni au droit. Pour Asalée, l'intention de nuire est désormais établie, et une réponse documentée et rigoureuse sera apportée à chaque allégation.*

Réponse de la mission : Les réponses d'Asalée ne sont pas assorties d'éléments matériels ou juridiques susceptibles de conduire à la modification de cette rédaction de synthèse nécessairement agrégée. L'association conteste plus loin ces constats sans plus d'élément, conduisant au même résultat. **Rédaction maintenue.**

[7] L'externalisation et l'imbrication d'Asalée avec ses prestataires historiques induit, en outre, des conflits d'intérêts. [redacted] Le marché de prestations de service conclu début 2023 est, en raison de cette imbrication, entaché par des conflits d'intérêts et une rupture d'égalité entre les candidats.

L'IGAS entretient une confusion regrettable [redacted]

[redacted] *Le rapport prétend qu'Asalée identifie ISAS et Informed79 comme co-fondateurs. Il s'agit d'un un abus de langage. Les deux sociétés n'ont pas de liens juridiques avec l'association, sinon au travers des contrats conclus. Elles ne sont pas co-fondatrices d'Asalée au sens juridique du terme.* [redacted] *. Enfin, le cahier des charges pour ce marché a été établi selon les besoins d'Asalée à ce moment-là, lequel était basé sur le cahier des charges auxquels les prestataires en place répondaient pour ce même type de prestations. En conséquence, Asalée réfute avec vigueur toute critique à l'égard de la régularité de la procédure d'attribution des marchés publics, réalisée en 2023. Dans tous les cas, et cela a été le cas en 2023, un nouvel appel d'offres est prévu fin 2025, conformément à la législation en vigueur.*

Réponse de la mission : La mission prend note de la réponse d'Asalée sur l'adjectif « cofondateur » et sur son système d'information et modifie la rédaction en conséquence. S'agissant des éléments relatifs au conflit d'intérêts, aucun élément ne vient étayer les allégations d'Asalée (cf. infra la réponse au commentaire d'Asalée sur les paragraphes consacrés aux marchés publics). **Rédaction modifiée.** Remplacement des termes prestataires « cofondateurs » par « historiques » et système d'information par « logiciel ».

[8] L'organisation holacratique d'Asalée, couplée à la sous-traitance généralisée, créent enfin certaines difficultés globales de pilotage : les infirmiers réalisent parfois des missions éloignées de leur métier, les modes de résolution des différends et des conflits [redacted],

l'organisation du dispositif met des tiers (médecins, structures d'exercice coordonné…) en situation d'interférer dans le lien de subordination juridique entre Asalée et ses salariés… Les infirmiers, [redacted], sont néanmoins pour la plupart d'entre eux satisfaits de leur travail.

L'IGAS semble ignorer profondément les principes qui sous-tendent le fonctionnement en holacratie, [redacted].

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial, [redacted]. **Rédaction maintenue.**

[9] [redacted], enfin, l'organisation holacratique, dans un contexte d'externalisation des fonctions liées aux ressources humaines (RH), engendre d'importants dysfonctionnements et des irrégularités [redacted]

Asalée réfute catégoriquement les accusations graves portées à son encontre [redacted] *L'organisation affirme que l'inspection du travail a été, dans certains départements – notamment* [redacted] *– instrumentalisée à des fins de pression extérieure. Des agents ont tenu, à plusieurs reprises, des propos perçus comme menaçants, évoquant notamment le fait que « nous avons le même ministre », ce qui laisse entendre une forme d'alignement politique ou hiérarchique destiné à intimider. Ces déclarations ont été un élément déclencheur qui a permis à Asalée d'identifier les origines probables de certaines tentatives de manipulation. Par ailleurs, un communiqué public, publié en pleine crise*

financière déclenchée par le non-versement d'un acompte par la CNAM, a aggravé la situation. Ce texte citait nommément l'intervention d'un conseiller ministériel, de responsables syndicaux et d'un cadre de la CNAM dans une critique coordonnée contre Asalée. Cette action concertée, survenant dans un moment de fragilité financière pour l'organisation, a confirmé l'existence d'une tentative de déstabilisation. Grâce à ces éléments, Asalée a pu agir pour interrompre cette offensive dirigée au printemps 2024 contre sa structure. Face à la gravité de ces faits, une demande officielle d'enquête ministérielle a été formulée afin de faire toute la lumière sur ces manœuvres, d'en identifier les instigateurs, et de permettre, le cas échéant, de rendre publiquement compte des responsabilités engagées dans cette tentative d'atteinte à l'intégrité d'une organisation d'intérêt général. [redacted]

Réponse de la mission : Asalée n'étaye pas son affirmation sur le respect des dispositions légales. [redacted] **Rédaction maintenue**.

[10] Le dispositif conventionnel sur lequel se fonde la subvention de l'assurance maladie n'a, lui non plus, pas fondamentalement évolué, alors que les sommes versées ont été multipliées par près de trente entre 2013 et 2023.

Il nous semble que le dispositif conventionnel a évolué puisque a une certaine époque les conventions étaient pluri partite : structure (msp), ars, cpam, asalée pour revenir à une structuration avec une seule convention centrale annuelle ou pluri-annuelle. Il y a eu ensuite une convention en 2019, un avenant en 2021, et création du comité de surveillance. Un avenant en 2022. Pas de convention en 2023.Deux actes unilatéraux en mars 2024, portant sur l'année 2023, et l'année 2024. Une convention en 2024 avec un avenant fin 2024. Dire que le dispositif conventionnel n'a pas évolué relève d'un biais d'observation qui vise à exonérer, c'est notre interprétation, massivement la DSS et partiellement la CNAM de leur responsabilité. ASALEE dénonce ce procédé, qui irrigue autant le dire tout ce rapport provisoire.

Réponse de la mission : Les dispositions conventionnelles et leurs évolutions (très marginales) sont détaillées en annexe du rapport, notamment dans les annexes 1.1 (parties 1.1, 1.2, 1.3 et 1.4) et 1.2 (parties 1.1, 1.2, 1.3 et 1.4). **Rédaction maintenue**

[11] En premier lieu, la convention de financement signée en 2019 entre l'association, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la caisse primaire d'assurance maladie des Deux-Sèvres (CPAM 79) fixe une liste de dépenses éligibles qui, pour l'essentiel, a été respectée. Il s'agit notamment des charges de personnel (82 % des dépenses), des frais de fonctionnement et des frais de formation. Au total, 95 % des dépenses réalisées sur la période 2019-2023 peuvent être considérées comme conformes aux décisions de financement, au regard de leur nature.

Nous nous interrogeons sur les raisons pour lesquelles seulement 95 % des dépenses engagées par Asalée sont considérées comme conformes dans les conclusions de l'IGAS. Aucun élément factuel, chiffré ou argumenté ne permet de comprendre ce qui justifie l'exclusion des 5 % restants. Or, dans un contexte de contrôle aussi approfondi, où les pièces

comptables, les justificatifs et les procédures ont été systématiquement mis à disposition des inspecteurs, une telle réserve mérite une explication précise. S'il s'agit de simples écarts d'interprétation comptable, de retards de transmission ou de dépenses classées dans une rubrique contestée sans pour autant être irrégulières, cela devrait être clairement précisé. En l'absence de détails, cette réserve de 5 % introduit un doute infondé sur l'intégrité globale de la gestion d'Asalée, alors même que la structure fait preuve d'une transparence exemplaire, bien supérieure à de nombreuses organisations équivalentes. Il est donc essentiel que l'IGAS explicite la nature exacte des dépenses concernées, les critères retenus pour juger de leur non-conformité, et les éventuelles recommandations associées. À défaut, cette mention peut être perçue comme une réserve implicite sans fondement probant, qui nuit à la clarté de l'évaluation et jette une suspicion injustifiée sur la gestion financière de l'association.

Réponse de la mission : L'analyse précise des 5% restant figure dans le rapport (partie 2.1.2 - § 82 à 90) et dans l'annexe 1.2 (parties 2.2 et 2.3 notamment). **Rédaction maintenue.**

[12] Une partie des dépenses restantes a été contestée par l'assurance maladie : dépenses immobilières (2,7 % des dépenses en 2023), licences informatiques, formation des infirmiers en pratique avancée et recrutement de personnels non-infirmiers. La mission n'a pu statuer sur la conformité de ces dépenses faute de dispositions conventionnelles claires et d'une distinction comptable complète des différentes ressources et de leur emploi, permettant de vérifier le bon usage de la subvention.

Il est inexact d'affirmer que les dépenses immobilières engagées par Asalée ont été contestées dès l'origine par l'Assurance Maladie. En réalité, en octobre 2022, la CNAM et la DSS ont conjointement proposé une démarche de «critérisation » visant à encadrer la prise en charge de ces dépenses, dans les cas où l'absence de soutien financier rendrait l'exercice des professionnels impossible. Cette reconnaissance implicite de la légitimité de ces investissements montre qu'à cette date, les autorités considéraient encore ces dépenses comme compatibles avec les objectifs de santé publique. Cependant, de manière unilatérale, la CNAM a exigé en décembre 2022 l'arrêt immédiat de tout nouveau financement immobilier par Asalée à compter du 1er janvier 2023, et l'interdiction totale de tout financement à partir du 1er janvier 2024. Ce revirement brutal, sans concertation ni justification claire, s'est produit alors même qu'un consensus semblait en cours de construction. Nous n'avons pu que déduire qu'un échange a dû intervenir entre la CNAM et la Cour des comptes, laquelle aurait exprimé son souhait que les collectivités territoriales prennent désormais le relais de ces financements. La contestation officielle de la CNAM n'intervient donc qu'en toute fin d'année 2022, dans un cadre juridique flou, et pourrait relever d'une gestion de fait, voire d'une forme d'ingérence dans la gestion opérationnelle d'une structure indépendante. Par ailleurs, les explications données par le ministre de la santé, Frédéric Valletoux, au Sénat en réponse à une question du sénateur Mouiller, sont manifestement trompeuses. Le ministre ne pouvait ignorer que, selon les éléments transmis par la DSS (notamment [redacted]), un statu quo pour l'année 2023 avait été envisagé, avec la perspective d'un travail conjoint sur la question du financement immobilier. La décision unilatérale du 22 décembre 2022 balaie cet engagement tacite, et contredit toute volonté réelle de dialogue. Asalée avait pourtant, en parallèle, alerté les tutelles sur la fragilisation croissante des médecins généralistes face à leurs charges immobilières, soulignant le risque majeur de financiarisation du secteur par des acteurs privés spécialisés dans le portage immobilier. Dans ce contexte, la position adoptée par la CNAM à l'encontre d'Asalée reste incompréhensible et contre-productive.

[redacted]

Compte tenu de l'enjeu modeste de ces financements au regard du budget global, et de l'absence de toute irrégularité caractérisée, nous ne pouvons qu'y voir une volonté délibérée de nuire à Asalée, au mépris des principes de loyauté, de proportionnalité et de service à

l'intérêt général.

Réponse de la mission : Les dépenses immobilières et les échanges qu'elles ont suscité entre Asalée et l'assurance maladie (en particulier leur contestation dès 2018 par la CPAM 79) sont détaillées dans l'annexe 1.2 (parties 2.2.1, 2.2.2 et 2.2.3 notamment). **Rédaction maintenue.**

Il est particulièrement surprenant que la CNAM conteste aujourd'hui la légitimité des dépenses liées aux licences informatiques. Dès l'origine du protocole Asalée, l'accès des infirmiers et infirmières au logiciel médical du cabinet du médecin ainsi qu'à l'outil PSA a été explicitement prévu. L'usage de ces outils est indispensable à la mise en œuvre effective du protocole, dans un secteur aussi structuré par l'information que celui de la santé. Un forfait initial dédié à cette fonction avait d'ailleurs été intégré dès 2012. Si l'Assurance Maladie ne prévoit pas de prise en charge explicite de ces outils dans sa subvention, il faut bien que d'autres moyens soient alloués pour garantir leur usage dans les conditions requises. L'histoire récente du secteur illustre les conséquences d'un désengagement des pouvoirs publics en matière d'outillage numérique : dans les années 2000, par exemple, Cegedim fournissait gratuitement le logiciel Docware en échange de l'exploitation commerciale des données de prescription, utilisées notamment pour organiser les visites médicales des laboratoires pharmaceutiques. Ne pas financer les outils nécessaires au soin, c'est ouvrir la porte à l'appropriation de ces outils et de leurs données par l'industrie, au détriment de la mission de service public. À l'inverse, lorsque la CNAM agit elle-même comme opérateur, elle tend à évincer les éditeurs indépendants, se substituant aux acteurs privés et contournant les instances prévues. On l'a vu pendant la crise du Covid, lorsque Doctolib s'est imposé comme acteur central de la prise de rendez-vous et de gestion du parcours vaccinal, reléguant le DMP à un rôle secondaire. Cette question mérite aujourd'hui une doctrine claire. [redacted] *ATIH pourrait utilement se positionner sur ces enjeux d'indépendance des outils numériques en santé. Du point de vue d'Asalée, il est essentiel que l'opérateur dispose des moyens de mettre en oeuvre sa politique, y compris en matière d'outils, même s'il n'en détient pas la propriété. L'effet positif d'Asalée sur la régulation des dépenses de santé justifie pleinement que la Sécurité sociale contribue au financement des outils qu'il mobilise. L'exclusivité d'usage du PSA par Asalée ne constitue pas un avantage indu, mais une garantie de cohérence dans le suivi des activités de prévention, dépistage et éducation thérapeutique. C'est une position de force légitime, qui établit Asalée comme un cogestionnaire du risque en santé publique. Dans ce contexte, la réserve émise par la CNAM à propos de ces outils paraît infondée et incompréhensible. Lors de l'examen des comptes 2023, le représentant de la CPAM des Deux-Sèvres a adopté une posture déplacée, se comportant comme en terrain conquis vis-à-vis du PSA et des données d'Asalée. Il a dû être fermement rappelé au cadre du droit : une telle attitude peut relever de l'ingérence, de la gestion de fait, voire de l'abus de confiance et de l'abus de bien social si elle se traduit par une captation injustifiée de ressources ou de données. Enfin, laisser entendre que les dépenses en question seraient inappropriées introduit une ambiguïté injustifiée. Ces dépenses sont à la fois nécessaires à l'exercice des missions d'Asalée et modestes au regard des services rendus. Nous partageons le constat selon lequel la convention est silencieuse sur ce point – mais il est utile de rappeler qu'en 2023, aucune convention n'a été signée, et que les financements ont été actés de manière unilatérale et rétroactive. Il est donc incohérent de reprocher à Asalée un usage flou des fonds dans un contexte précisément marqué par l'absence de cadre contractuel clair.*

Réponse de la mission : La mission prend note de ces commentaires qui ne portent pas sur les constats énoncés dans ce paragraphe. Les dépenses liées aux licences informatiques et les échanges qu'elles ont suscité entre Asalée et l'assurance maladie sont détaillées dans l'annexe 1.2 (partie 2.3.1). **Rédaction maintenue.**

[13] Des sommes significatives sont versées aux médecins adhérents à l'association – 15 % des subventions versées sur la période 2019-2023, soit 13,8 M€ en 2023 - notamment pour indemniser les temps de concertation autour des dossiers patients alors que les règles de calcul de ces indemnités ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle. De même, la formation des médecins est indemnisée par Asalée hors de tout cadre conventionnel.

L'affirmation selon laquelle 13,7 millions d'euros auraient été versés aux médecins dans le cadre d'Asalée en 2023 est totalement inexacte. En réalité, aucun versement d'indemnisation pour le temps de concertation n'a été effectué depuis février 2023. Et ces indemnités faisaient suite à des activités de concertation qui, rappelons-le, se sont tenues jusqu'en août 2022. Asalée entre donc dans sa troisième année consécutive sans que les médecins n'aient été indemnisés pour leur temps de concertation. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle contredit les engagements précédemment établis. En 2023, les avenants conventionnels prévoyaient pourtant une reconduction explicite des règles de calcul des indemnisations. Or, ces textes n'ont jamais été repris, ni dans les actes unilatéraux imposés cette même année par la CNAM, ni dans la convention 2024, signée par l'association dans un contexte de grande contrainte, « de guerre lasse ». Asalée entend désormais faire pleinement valoir ses droits dans le cadre d'une mise à plat de l'impact du comité de surveillance et des actions correctrices à engager, notamment en matière de passif accumulé. À ce titre, l'association revendique le rétablissement d'une indemnisation juste et transparente pour les temps de concertation et de formation au travail en équipe, essentiels au bon fonctionnement du protocole. Il est particulièrement paradoxal de constater que la CNAM peut, par ailleurs, participer au financement de dispositifs visant à structurer le travail en équipe dans d'autres cadres (comme les ACI-MSP), tout en refusant d'indemniser le temps de concertation dans Asalée. L'IGAS s'étonne de l'absence de formation à la coopération interprofessionnelle, mais oublie de mentionner que les crédits initialement alloués à la formation des médecins ont été supprimés. De même, aucune disposition spécifique n'est prévue pour les infirmiers en pratique avancée (IPA). Pourtant, une formation initiale figurait bien dans la convention de 2019 ; elle a été purement et simplement supprimée dans l'acte unilatéral de 2023, puis dans la convention 2024.Cette réalité amène Asalée à une conclusion claire : ce n'est pas parce qu'un droit est inscrit dans un texte, qu'il est respecté ou garanti. La simple présence d'un terme comme « formation initiale » dans une convention ou un protocole n'assure aucune protection, tant que les moyens correspondants ne sont pas alloués. C'est pourquoi, dans le cadre de l'enquête ministérielle attendue, Asalée interrogera directement les acteurs concernés : qui a pris la décision de supprimer ces forfaits, comment cette décision a été justifiée, et surtout pourquoi elle a été prise, alors qu'elle va clairement à l'encontre des intérêts des soignants et des exigences de qualité du travail en équipe.

Réponse de la mission : Les indemnités médecins ne sont effectivement plus versées depuis 2023 et seulement comptabilisées depuis lors. **Rédaction modifiée :** Des sommes significatives sont allouées aux médecins adhérents à l'association – 15 % des subventions versées sur la période 2019-2022…

[14] En deuxième lieu, la convention signée en 2019 fixe des conditions pour le déploiement du dispositif qui n'ont été que partiellement respectées. Si la répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes, ce n'est pas le cas des plafonds de recrutements subventionnés que l'association dépasse régulièrement depuis 2017.

L'accusation de non-respect des plafonds de financement est totalement infondée et doit être considérée comme irrecevable. Asalée a toujours strictement respecté les plafonds fixés dans les conventions et avenants. Le problème réside au contraire dans la manière dont ces plafonds sont appliqués : les textes conventionnels sont systématiquement signés en cours d'année — souvent au milieu de l'année A — alors qu'ils prennent effet rétroactivement à compter du 1er janvier de cette même année. Cette temporalité engendre une instabilité chronique de gestion, rendant particulièrement difficile la planification des recrutements. Elle plonge les candidats dans l'incertitude, et soumet les équipes en charge des embauches à une pression organisationnelle et humaine

considérable, marquée par des cycles anxiogènes de décisions "stop-and-go". L'année 2023 illustre à elle seule cette dérive. Si le plafond fixé à 1 400 ETP pouvait paraître acceptable en volume, les conditions attachées à l'avenant proposé étaient, dans les faits, inapplicables : en juillet, elles se sont avérées contraires au RGPD ; en août, elles ont été jugées léonines, déséquilibrées et défavorables à l'association. Les propositions d'amendement formulées par Asalée en septembre sont restées sans réponse de la CNAM. Et contrairement aux engagements exprimés, aucune convention n'a été conclue pour encadrer juridiquement et financièrement l'exercice 2023. Pire encore, le budget prévisionnel présenté par Asalée dès janvier 2023 n'a jamais reçu le moindre retour. Finalement, un acte unilatéral imposé en mars 2024 est venu entériner, sans concertation, un plafond obsolète, celui de 2022, en complète déconnexion avec la réalité des effectifs et des besoins. Face à cette série d'incohérences et de blocages administratifs, Asalée affirme avec fermeté qu'elle est victime, depuis au moins janvier 2020 — voire depuis juin 2019 — d'une stratégie délibérée visant à ralentir, bloquer puis étouffer progressivement son action. L'association s'engage à faire toute la lumière sur l'opacité qui a caractérisé ses relations avec la CNAM et la DSS, notamment à travers des pratiques inquiétantes : messages téléphoniques, SMS, invitations à des réunions non tracées, organisées dans la plus grande discrétion, sans mandat clair, et semble-t-il, hors du champ de contrôle des responsables politiques légitimes. Dans ce contexte, Asalée demande que soient clarifiés, par des voies officielles et transparentes, les intentions réelles ayant guidé ces choix, ainsi que les responsabilités administratives et politiques engagées.

Réponse de la mission : Le dépassement récurrent, par Asalée, des plafonds de financement est traité dans le rapport (partie 2.2.2) et de façon détaillée dans l'annexe 1.1 (partie 2.1.2). **Rédaction maintenue.**

[15] En dernier lieu, la convention signée avec l'assurance maladie comporte un objectif d'activité (1 205 patients/an/équivalent temps plein [ETP]) que moins de 10 % des infirmiers respectent en 2022 et 2023. Cet écart s'explique notamment par l'importance de leurs activités annexes [redacted] ou insuffisamment encadrées [redacted].

L'objectif des six patients par jour mentionné dans le protocole Asalée doit être compris comme un plafond indicatif, et non comme un objectif contraignant à atteindre systématiquement. Cette distinction a été clairement exposée et comprise par l'IGAS au cours de l'audit. Elle repose sur la nature même des consultations réalisées dans le cadre d'Asalée, [redacted]. Cette évolution s'explique par l'intensification des troubles psychiques post-confinement, la complexité accrue des situations rencontrées, et la nécessité d'un accompagnement approfondi des patients. Il est donc naturel que cet indicateur brut ne reflète pas la réalité de terrain : les infirmiers et infirmières d'Asalée sont également fortement impliqués [redacted]. Présenter comme un manquement le fait que seuls 10 % des IDE atteindraient cet objectif de six consultations par jour est une lecture partielle et biaisée de l'activité réelle. D'ailleurs, si l'on neutralise les temps consacrés à ces fonctions transverses, et que l'on rapporte uniquement le nombre de consultations au temps effectivement dédié à la prise en soin, le taux d'atteinte de l'objectif est bien plus élevé. Mais surtout, l'indicateur de productivité retenu par l'IGAS n'est pas pertinent. Ce qui importe véritablement, c'est l'impact médico-économique global du dispositif, qui peut être évalué de manière rigoureuse par des analyses en cohorte comparée, comme celles dont la CNAM dispose. C'est cet impact — en termes de prévention, de réduction des complications, d'adhésion thérapeutique, et d'économie de santé publique — qui constitue le véritable critère d'efficacité de l'action des équipes Asalée. En résumé, l'analyse de l'IGAS repose sur un indicateur simpliste, déconnecté de la complexité des missions assumées sur le terrain. Asalée appelle à une évaluation plus rigoureuse, fondée sur des données d'impact, et respectueuse de la nature

qualitative et intégrée du travail réalisé par les professionnels engagés dans ce modèle.

Réponse de la mission : La mission prend note de ces commentaires qui ne remettent pas en cause ses constats : les dispositions conventionnelles n'ont, sur ce point, pas été respectées par Asalée. **Rédaction maintenue.**

[16] Par ailleurs, si l'éducation thérapeutique du patient est au cœur du dispositif Asalée, elle apparaît de façon marginale dans le protocole de coopération autorisé en 2012, la grille de la Haute Autorité de santé mettant en avant les pathologies chroniques susceptibles de donner lieu aux actes techniques dérogatoires autorisées par le protocole.

Il est parfaitement clair que le protocole de coopération validé par la HAS ne rend pas compte de la dimension centrale de l'éducation thérapeutique du patient, tout simplement parce que cette activité n'entre pas dans le champ des actes dérogatoires. Pourtant, c'est précisément cette démarche éducative, conduite en étroite collaboration entre médecins et infirmiers, qui constitue la valeur ajoutée spécifique d'Asalée. Elle repose sur un accompagnement approfondi des patients chroniques, qui vise à renforcer leur autonomie, améliorer leur compréhension de la maladie et soutenir durablement leur engagement dans le parcours de soin. Les cadres d'analyse privilégiés par la DSS et la CNAM — trop souvent centrés sur des indicateurs techniques, des actes codifiés et une lecture comptable de l'activité — créent de véritables angles morts ("scotomes") sur cette composante essentielle du modèle Asalée. Or, c'est justement cette part non immédiatement mesurable, mais fondamentalement transformatrice, qui génère un impact médico-économique majeur. Nous savons aujourd'hui que ce type d'approche est non seulement bénéfique pour les patients, mais qu'il représente également l'un des derniers remparts efficaces pour préserver un système de sécurité sociale solidaire et soutenable. À la lecture de cette synthèse, et en connaissant les nombreux obstacles qui ont été volontairement dressés contre Asalée à tous les niveaux depuis cinq ans, la détermination des équipes à poursuivre leur engagement se trouve renforcée. Et cela, dans un contexte de dégradation rapide du système de santé, d'asphyxie des finances publiques, et de croissance continue des dépenses de santé — +10 milliards d'euros par an — sans gains significatifs d'efficience structurelle. Ce sont précisément les équipes de terrain, confrontées chaque jour à cette réalité, qui refusent le renoncement et continuent à construire des réponses pragmatiques et humanistes.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance de ces commentaires qui ne remettent pas en cause ses constats. L'analyse du contenu du protocole de coopération se trouve en annexe 1.0 : **Rédaction maintenue**

[16] Cette ambiguïté étant reproduite dans les conventions de financement successives, y compris celle signée en 2019, il n'est pas possible de statuer sur la conformité, par rapport à la convention, des activités déployées par Asalée au cours de la période 2019-2023.

La conclusion du rapport, affirmant qu'il n'est pas possible de statuer sur la conformité des activités d'Asalée entre 2019 et 2023, est non seulement fallacieuse, mais choquante. Elle l'est d'autant plus qu'en 2023, aucune convention n'a été signée : il est alors aisé de faire porter à Asalée la responsabilité d'un flou contractuel organisé par d'autres. Nous l'avons suggéré de manière implicite, et nous l'exprimons désormais sans ambiguïté : la honte change de camp. Il reviendra aux inspecteurs de répondre publiquement à une question simple et légitime : qui a décidé, comment, et pourquoi, l'IGAS a pu produire un rapport aussi orienté, aussi incomplet, et aussi injuste dans son traitement du travail accompli par Asalée ?

Réponse de la mission : Les activités déployées par Asalée au cours de la période 2019-2023 sont analysées en détail dans l'annexe 1.1 (notamment dans la partie 2.4). Cette annexe (en particulier la partie 1.4) décrit également les dispositions conventionnelles (marquées par de nombreuses imprécisions) encadrant le déploiement du dispositif Asalée : **Rédaction maintenue.**

[17] Sur le plan financier, le défaut de pilotage budgétaire et le dépassement des plafonds de recrutement fixés par la convention se sont conjugués pour conduire à une dégradation des comptes de l'association à partir de 2021. Le financement du dispositif repose, en effet, sur un forfait – versé pour chaque ETP infirmier - qui a, jusqu'en 2021, assuré à Asalée une situation financière confortable.

L'affirmation de l'IGAS selon laquelle le financement d'Asalée aurait reposé jusqu'en 2021 sur un forfait garantissant une « situation financière confortable » est inexacte et témoigne d'une lecture superficielle des données comptables. En réalité, à la fin de l'année 2020, le fonds de roulement de l'association ne représentait que l'équivalent de deux mois d'activité, un niveau qui, loin d'offrir un confort, constituait un strict minimum pour garantir la continuité de fonctionnement. Ces fonds étaient exclusivement mobilisés pour les besoins liés à l'action de terrain ou pour faire face aux décalages de trésorerie, liés au calendrier de paiement de la CNAM : l'activité réalisée au cours du mois M n'étant réglée qu'entre le 15 et le 20 du mois M+1, un décalage structurel qui impose à l'association d'avancer chaque mois l'intégralité des salaires et charges sociales. En 2021, la gouvernance est transférée au comité de surveillance. L'augmentation du seuil de 700 à 1 000 ETP est alors intégralement financée sur les fonds propres de l'association. Ce sont donc ces ressources internes qui permettent d'absorber la montée en charge, sans soutien complémentaire de la CNAM. Les difficultés financières rencontrées par Asalée à partir de 2022 ne sont en aucun cas liées à un excès de recrutement, comme le suggère à tort le rapport de l'IGAS, mais exclusivement à l'épuisement du fonds de roulement, qui atteint à peine 300 000 € fin 2021. Ce niveau de réserve n'est plus suffisant pour assurer le préfinancement des salaires et charges du début de chaque mois, en attendant les versements tardifs de la CNAM. L'affirmation selon laquelle les difficultés auraient été provoquées par une dynamique de recrutement trop ambitieuse est donc une contre-vérité. Le coût pris en charge par la CNAM en 2022 est exactement identique au coût constaté fin 2020. Ce coût reste d'ailleurs inférieur aux besoins réels, que la CNAM ne peut ignorer, puisqu'elle dispose de l'intégralité des comptes de l'association. Enfin, en 2022, Asalée est scrupuleusement restée au seuil autorisé de 1 200 ETP, ce qui confirme le respect des règles contractuelles et l'absence de dérive budgétaire. En résumé, les difficultés rencontrées par Asalée ne résultent pas d'une gestion imprudente ou d'une sur-expansion, mais d'un déséquilibre structurel de trésorerie aggravé par un financement délibérément sous-calibré, dans un contexte de responsabilités croissantes non accompagnées de moyens adéquats. Tandis que la progression en 2022 par rapport à 2021 est de 300 etp, et que la demande est vive, la proposition de la CNAM par avenant est de 1400 etp à mi-année, et la CNAM communique lors des négociations pour la convention médicale qu'elle soutien ASALEE, en octobre 2023, avec un chiffre de plus de 1500 etp... alors qu'en n'en finance que 1200 ! Et elle ne signera aucune convention en 2023, et tentera d'assécher ASALEE en février 2024 et de provoquer la cessation de paiement. Nous enquêtons parallèlement pour comprendre pourquoi [redacted], la banque historique d'ASALEE, a décidé début mars 2024 ne pas autoriser de découvert. Et aussi pourquoi deux avocats qui étaient prêts à aider ASALEE pour défendre sa position ont au dernier moment renoncé. Il est possible qu'ASALEE saisisse le barreau de Paris pour l'un des deux. Prétendre que c'est l'association a frôlé la cessation de paiement en raison d'un recrutement excessif est doublement mensonger : d'une part, les comptabilités d'Asalée et de la CNAM sont confondus sous le régime du comité de surveillance, donc la cessation de paiement ne se serait pas produite, et secondairement, la CNAM a délibérément fait trainer le dossier ASALEE et sous-financé dès 2022 l'association, en faisant courir dès ce moment des rumeurs que le rapport du Conseiller d'Etat puis l'IGAS ont repris, à tort, à son compte. Il appartiendra dès que les résultats de l'enquête auprès de la Cour des comptes, et l'enquête ministérielle auront abouti, de comprendre qui, pourquoi, et comment. La signature intervenue avec l'assurance maladie en juin 2024 ne vient en rien régulariser la situation 2021 – 2024 qui reste un dossier ouvert à ce moment où nous répondons à la synthèse du rapport provisoire.

Réponse de la mission : L'analyse des données comptables ne permet pas de corroborer la lecture d'Asalée. La question du décalage de trésorerie fait l'objet de développement dans le corps du

rapport et les annexes. **Rédaction maintenue.**

[23] (...) Cependant, cette fermeté se heurte à la dépendance financière de l'association et à la crainte de provoquer la fin de son activité, au détriment des salariés et des patients. Elle est également entravée par l'attitude [redacted] d'Asalée qui résistent à certaines demandes de leur financeur, en mobilisant au surplus des soutiens publics et politiques. L'attribution, par l'Etat en juillet 2024, d'une aide finançant partiellement les dépassements de plafonds conventionnels de recrutement affaiblit cette tentative de pilotage plus déterminée de la part de l'assurance maladie.

Le texte de ce paragraphe présente une vision partielle et déformée des faits. Il laisse entendre qu'un des acteurs institutionnels impliqués dans ce qui peut désormais être qualifié d'affaire d'État aurait agi avec une prétendue "fermeté" envers Asalée, tandis que [redacted] *l'association auraient répondu par une forme de résistance, mobilisant au passage des soutiens publics et politiques. Cette présentation est non seulement réductrice, mais elle occulte la gravité des pressions subies. Nous confirmons que des représentants de la CNAM, de la DSS et de la CPAM des Deux-Sèvres ont exercé des pressions directes sur les dirigeants d'Asalée, allant jusqu'à des tentatives d'intimidation et de menaces verbales visant à interdire toute communication externe autour des enjeux rencontrés. Cette volonté de bâillonner l'association s'est notamment manifestée par la diffusion d'un message syndical aux allures de mise en garde, qui affirmait que le ministère et la CNAM étaient "agacés" par un supposé lobbying désorganisé d'infirmières "mal informées".* [redacted] *. La reprise sans nuance de ce point 23 dans le rapport de l'IGAS ne peut que renforcer notre détermination à dénoncer publiquement les pratiques d'intimidation, les tentatives de désinformation, et les propos empreints de mépris qui ont visé à déstabiliser Asalée. Les professionnels de santé, les patients, les aidants, et l'ensemble des équipes sont aujourd'hui parfaitement conscients des processus de financiarisation accélérée à l'œuvre dans le système de santé, et de ses conséquences sur la qualité des soins et l'autonomie des acteurs de terrain. Dans ce contexte, l'accusation portée à l'encontre des responsables d'Asalée — supposément coupables d'avoir défendu leur mission et leur intégrité — est paradoxalement un motif d'honneur. Elle témoigne de notre constance à protéger un modèle de santé fondé sur la coopération, l'humanité et la responsabilité. Le Conseil d'administration, l'assemblée générale, le dernier séminaire national, ainsi que la dynamique forte qui accompagne la transformation d'Asalée* [redacted] *, envoient un message clair : cela suffit. Nous demandons à être pleinement rétablis dans nos droits, qu'ils soient juridiques, organisationnels ou financiers. Et nous n'accepterons plus que des pratiques d'instrumentalisation ou d'intimidation viennent compromettre un projet de santé d'intérêt général.*

Réponse de la mission : Les relations entre l'association et les autorités publiques (DSS, CNAM, CPAM) sont détaillées dans la partie 4 du rapport, et dans son annexe 3.2. **Rédaction maintenue.**

[24] La création, en 2021, d'un comité de surveillance (COSUR) aux larges attributions témoigne du basculement du contrôle de l'usage de la subvention vers un risque d'ingérence. Ce risque est toutefois demeuré théorique, ce comité n'ayant en réalité pas exercé les missions qui lui étaient dévolues. La convention du 11 juin 2024, qui ne fait plus mention de ce comité, témoigne de la recherche d'un nouvel équilibre dans le contrôle exercé par les pouvoirs publics, mieux ciblé sur le seul usage de la subvention.

L'affirmation selon laquelle le risque d'ingérence du comité de surveillance (COSUR) relèverait d'un simple cas théorique est inacceptable au regard des faits. Dès l'avenant de 2021, ce comité a exercé une influence directe en privant Asalée de l'usage de ses fonds propres. En 2022, il a formellement interdit le financement immobilier pour les nouveaux sites à

compter de 2023, bloquant ainsi le déploiement du dispositif. Ces décisions, loin d'être théoriques, ont eu des conséquences très concrètes sur le fonctionnement et la trajectoire d'Asalée. Par ailleurs, l'argument selon lequel la convention de 2024 ne ferait pas mention du COSUR ne saurait être opposable en droit, et ne résistera pas à l'analyse juridique en cas de contentieux. Le fait que le rapport provisoire de l'IGAS reprenne cette position témoigne d'un alignement préoccupant avec les vues de la DSS, et laisse fortement supposer une rédaction sous influence, notamment celle du directeur général de la CNAM. Cette posture engage la responsabilité de l'IGAS, tant sur le plan institutionnel qu'éthique. Nous considérons qu'il s'agit d'une erreur stratégique et tactique de leur part — mais cela relève désormais d'autres instances. Les enquêtes en cours, tant au niveau ministériel qu'auprès de la Cour des comptes, permettront de faire toute la lumière sur ces dérives. Concernant l'approbation des comptes 2023, l'argument selon lequel Asalée ne pourrait évoquer l'absence de réunion du COSUR sous prétexte que celui-ci n'existerait plus est irrecevable. Il convient de rappeler que l'exercice 2023 s'est clôturé fin décembre de cette même année, et que l'approbation des comptes devait intervenir en 2024, période durant laquelle le comité de surveillance avait encore une existence juridique et statutaire pleine et entière. En effet, la demande de suppression du COSUR par la CNAM n'a été formulée qu'en décembre 2024. Jusque-là, le COSUR restait un organe actif de gouvernance, et il appartenait à ses membres — en particulier aux représentants des tutelles — de le convoquer pour examiner et approuver les comptes, comme le suggère par ailleurs l'IGAS elle-même. Asalée rappelle enfin que, conformément à la recommandation formulée dans ce même rapport et maintenant que l'obligation de suppression du COSUR a été officiellement notifiée, l'association prévoit de soumettre à la prochaine assemblée générale l'approbation des comptes des exercices 2022 à 2024. Il est important de souligner que cette démarche n'était pas juridiquement possible auparavant, précisément en raison de l'inaction persistante de la CNAM, qui, tout en exerçant un contrôle sur le comité de surveillance, n'a jamais pris les mesures nécessaires pour qu'il remplisse ses obligations statutaires. Cette paralysie imposée a suspendu artificiellement l'exercice des responsabilités légales d'Asalée, et justifie aujourd'hui une régularisation complète, fondée sur la transparence, la responsabilité et le droit.

Réponse de la mission : Le rôle et le fonctionnement du COSUR, les dates de tenue de ses deux seules réunions, en 2021 et 2023 (la réalité de la seconde étant contestée par Asalée – *cf. infra*), ainsi que leur objet sont détaillés dans les annexes 3.1 et 3.2 du rapport. La rédaction est toutefois nuancée pour tenir compte des observations de l'association. **Rédaction modifiée.** Remplacement de « théorique » par « limité ».

[25] [redacted]

[redacted]

[26] Enfin, l'évaluation du dispositif Asalée par l'IRDES, prévue dans les conventions de financement successives, a permis de documenter son impact sur l'activité des médecins et sur la qualité du suivi des patients diabétiques. Ces travaux sont interrompus depuis 2021.

> *Nous demandons l'ouverture d'une enquête afin de faire toute la lumière sur les raisons pour lesquelles l'étude Daphnée et le comité de suivi mis en place en 2014 ont été interrompus sans justification claire. Il est légitime de s'interroger sur l'éventuelle influence exercée par la CNAM dans la reprise en main de l'IRDES, et sur le lien possible entre cette évolution institutionnelle et l'arrêt brutal des travaux portant sur Asalée. Nous souhaitons également comprendre qui a pris la décision d'arrêter ces travaux, pour quelles raisons, et dans quelles conditions les équipes de l'IRDES qui suivaient ce dossier ont été écartées ou ont disparu du processus. Cette rupture, survenue sans information ni justification transparente, interroge sur la volonté réelle des tutelles de permettre une évaluation indépendante, rigoureuse et continue de notre dispositif.* [redacted]

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. Les résultats de l'étude Daphnée et ses suites sont exposés dans l'annexe 1.4 au rapport. **Rédaction maintenue.**

[27] Compte tenu de ces multiples difficultés, si les pouvoirs publics souhaitent poursuivre leur soutien financier à l'association, des changements profonds s'imposent pour tenir compte de ce qu'est aujourd'hui Asalée : une association de 2 000 salariés dotée d'un budget de plus de 100 millions d'euros. Ces changements ne pourront s'opérer sans une volonté réelle de l'association

et un changement de posture [redacted], aujourd'hui marquée par une défiance assumée à l'égard des pouvoirs publics.

L'IGAS met en avant une supposée défiance [redacted] d'Asalée à l'égard des pouvoirs publics, en attribuant la responsabilité de cette situation à l'association elle-même et à la posture de ses responsables. Une telle lecture est pour le moins surprenante et largement réductrice. Il est permis de s'étonner de cette inversion des responsabilités, alors même que les faits accumulés ces dernières années témoignent d'un enchaînement de décisions unilatérales, de pressions institutionnelles et de ruptures de dialogue imputables aux tutelles. Nous attendons avec sérénité les conclusions de l'enquête ministérielle à venir, convaincus que la vérité émergera des différentes séquences qui ont marqué ce dossier : le rapport HCAAM 2021 [redacted], l'intervention de la Cour des comptes en 2022 [redacted]), la mission du Conseil d'État en 2023 [redacted]), et désormais le rapport de l'IGAS 2024-2025. Ces étapes successives forment une trame que seule une analyse rigoureuse et indépendante permettra de démêler. Asalée maintient que la confiance ne se décrète pas : elle se construit sur des engagements tenus, une gouvernance partagée, et un respect mutuel des rôles. Si défiance il y a, elle ne peut être analysée sans replacer les responsabilités institutionnelles dans leur contexte réel.

Réponse de la mission : La qualification de la posture d'Asalée s'appuie sur les réponses adressées à la mission qui contiennent de très nombreuses critiques, parfois virulentes, à l'égard des pouvoirs publics. L'invocation récurrente d'une « affaire d'Etat » en constitue un des exemples. Cette défiance apparaît d'ailleurs à nouveau dans la présente réponse au contradictoire. **Rédaction maintenue.**

[28] La mission formule 38 recommandations adressées, parfois conjointement, à Asalée (32), à l'assurance maladie (13) et au ministère de la santé (6), qui s'articulent autour de 5 thèmes : ...

L'écart entre l'analyse développée dans les 28 premiers paragraphes de la synthèse de l'IGAS et notre propre lecture de la situation est si profond que nous estimons inutile de répondre point par point à l'ensemble du document. Ce rapport ne se limite pas à une évaluation technique : il participe, de notre point de vue, à une entreprise de discrédit qui s'inscrit dans une séquence plus large que nous qualifions désormais d'affaire d'État. L'IGAS, par la teneur de ce texte, semble s'inscrire dans une logique de déstabilisation systémique. Ce constat, loin de nous décourager, renforce notre détermination. Un prochain conseil d'administration d'Asalée sera réuni pour examiner la stratégie juridique à adopter dans le cadre de la poursuite de la procédure contradictoire. Nous estimons que la suite de cette affaire devra vraisemblablement être portée devant d'autres instances compétentes, notamment judiciaires. Par ailleurs, au-delà des enjeux propres à Asalée ou à ses prestataires historiques — qu'il s'agisse d'ISAS, d'Informed79 ou d'autres —, il est clair que ce combat s'inscrit dans une mobilisation plus large : celle des patients, des aidants et des soignants en faveur de la sauvegarde du modèle solidaire de sécurité sociale. Notre position est désormais claire : nous contestons non seulement le contenu de ce rapport, mais aussi le cadre, les conditions et l'intention du contrôle tel qu'il a été conduit. Ce positionnement fonde notre réponse globale, que nous construirons de manière transparente, concertée et déterminée, au service de l'intérêt général.

Réponse de la mission : La mission prend note de ces commentaires qui n'ont pas de lien avec le paragraphe cité. **Rédaction maintenue.**

[29] Pour assurer la poursuite du dispositif, les mesures ici proposées doivent être mises en œuvre à brève échéance par Asalée et, s'agissant du cadre de pilotage et de contrôle, par les autorités administratives.

L'IGAS fixe des échéances particulièrement courtes pour la mise en conformité d'Asalée et formule une exigence explicite de mise en place d'un cadre de pilotage et de contrôle sous la responsabilité directe des autorités administratives. Cette demande, à nos yeux, méconnaît à la fois les dynamiques internes en cours, le principe d'autonomie associative, et les délais raisonnables nécessaires à une transformation structurelle conforme au droit et au bon sens organisationnel. Nous contestons formellement la faisabilité et la légitimité de cette échéance imposée. Il ne saurait être question de reconstruire un cadre de gouvernance pérenne dans la précipitation, surtout dans un contexte où les tutelles ont-elles mêmes contribué à l'entrave du fonctionnement normal de nos instances, notamment à travers la paralysie du comité de surveillance. C'est précisément ce comité que nous avons engagé à dissoudre, en cohérence avec les recommandations de l'IGAS, [redacted] Dans ces conditions, il est irréaliste d'attendre la mise en place immédiate d'un nouveau dispositif piloté par les administrations, alors que le processus de transformation est en cours. Nous estimons que le délai raisonnable pour mener à bien la suppression du comité de surveillance, [redacted], et construire le cadre de pilotage transparent et responsable qu'appelle cette nouvelle étape, est de 4 à 6 mois. Ce calendrier n'a rien d'évasif : il repose sur des éléments concrets de droit, de gestion des ressources humaines, de coordination territoriale et d'adhésion des parties prenantes. Il garantit la cohérence, la stabilité et la légitimité du nouveau modèle de gouvernance que nous souhaitons mettre en œuvre, non sous la contrainte, mais dans une logique de responsabilité collective et de continuité de service public.

Réponse de la mission : La mise en conformité relative aux règles légales et règlementaires ne peut attendre, d'autant qu'elle ne présente pas de difficultés particulières. Par ailleurs, la mission prend note du calendrier de 4 à 6 mois relatif à la gouvernance. **Rédaction maintenue.**

INTRODUCTION (p 16 - 18)

[30] Par une lettre de mission datée du 6 juin 2024 et reçue par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) le 9 juillet suivant, le ministre chargé de la santé et de la prévention a confié à l'IGAS une mission de contrôle de la gestion du dispositif Asalée et d'évaluation de ses conditions de déploiement, distinguant ces deux objets suivant deux « temps » spécifiques. Le présent rapport répond à l'objet énoncé « dans un premier temps », à savoir la mission de contrôle.

Il est essentiel de comprendre pourquoi la lettre officielle, datée du 6 juin 2024, n'a été reçue que le 9 juillet, soit plus d'un mois plus tard, alors même qu'elle porte sur des conclusions provisoires engageant fortement l'avenir d'Asalée. Ce décalage anormal entre la date d'émission et la réception effective interroge sur la régularité de la procédure, la sincérité de l'engagement au contradictoire, ainsi que sur les intentions réelles derrière la gestion de ce calendrier. Un tel écart ne peut être imputé à un simple aléa postal, surtout pour un document aussi sensible, attendu, et portant sur une mission à portée nationale. Par ailleurs, la mission de contrôle, censée s'inscrire dans un cadre temporel bien défini, n'a pas respecté les délais prévus pour la remise de son rapport. Or, le respect des délais constitue

un élément fondamental de la légalité et de la loyauté procédurale, en particulier lorsque l'objet du contrôle porte sur un dispositif aussi structurant et engagé que celui d'Asalée. Ce manquement soulève plusieurs questions : quelles en sont les causes ? Ont-elles été documentées ? L'écart entre le délai contractuel et la réalité de la remise du rapport reflète-t-il des difficultés internes à la mission, ou bien une volonté de retarder volontairement la restitution pour créer un effet de surprise ou de déséquilibre ? Ces décalages — dans la transmission de la lettre comme dans le rendu du rapport — sont d'autant plus problématiques qu'ils créent un déséquilibre entre l'autorité qui émet les constats et l'organisation qui doit y répondre dans un temps restreint. Ils compromettent l'équité de la procédure contradictoire et jettent un doute sur l'impartialité du processus de contrôle. Asalée considère que de tels écarts doivent faire l'objet d'une explication formelle, et, le cas échéant, d'une rectification du calendrier contradictoire, afin de garantir le respect des droits fondamentaux de l'association dans cette phase critique.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. L'annexe méthodologique décrit les étapes du contrôle. Sa durée s'explique notamment par le manque de coopération de l'association. Il peut enfin être précisé ici que l'article 14 du décret n° 2022-1680 du 27 décembre 2022 relatif à l'organisation et aux missions de l'inspection générale des affaires sociales prévoit que les organismes contrôlés disposent d'un délai raisonnable pour formuler leurs observations, ce délai ne pouvant être inférieur à quinze jours après l'envoi du rapport provisoire, et que l'association Asalée a disposé d'un délai de cinq semaines pour produire ses observations. **Rédaction maintenue.**

[31] Conformément à la lettre de mission, les travaux ont porté :
• sur l'efficience et la régularité de l'utilisation des financements publics perçus par l'association Asalée, au premier rang desquels la subvention versée par l'assurance maladie, qui représente 97,6 % du total des produits d'exploitation de l'association en 2023 ;
• sur la gouvernance et la gestion de l'association en se concentrant, à ce dernier titre, sur les ressources humaines et le dialogue social, mentionnés dans la lettre de mission, de même que sur le sujet de la commande publique, spécifiquement évoqué par le commanditaire lors des échanges de cadrage, en raison des conclusions de précédents rapports de contrôle ;
• enfin, sur l'étendue des contrôles que les pouvoirs publics sont fondés à exercer sur l'association.

L'IGAS fait référence à de prétendus précédents rapports de contrôle relatifs aux marchés publics, sans toutefois en préciser ni la nature, ni la source exacte. Cette absence de transparence soulève une première interrogation fondamentale : de quels rapports s'agit-il précisément ? Et sur quelles bases s'appuie l'IGAS pour formuler ses allégations ? Une telle imprécision, dans un document à portée aussi critique, affaiblit la rigueur attendue d'une évaluation administrative.

Réponse de la mission : Les rapports de contrôle mentionnés sont ceux réalisés annuellement par la CPAM des Deux-Sèvres, évoqués à plusieurs reprises dans la suite du rapport. **Rédaction complétée.** Rajout « ...précédents rapports de contrôle de la CPAM des Deux Sèvres. ».

Nous tenons à rappeler un élément central : c'est à la demande explicite de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) qu'Asalée a été contrainte de suspendre les procédures d'appels d'offres qu'elle s'apprêtait à lancer au premier trimestre 2022. À cette date, l'association était parfaitement prête à initier ces procédures dans le respect des règles en vigueur. Or, une instruction verbale, transmise sans support écrit, a imposé le report de ces démarches. [redacted]

[redacted]. *Cette clarification est indispensable pour établir les responsabilités exactes et éviter que des manquements provoqués par des injonctions contradictoires des tutelles soient injustement imputés à l'association. En conséquence, toute évocation de prétendues irrégularités en matière de marchés publics doit être replacée dans ce contexte précis, documentable, et connu des acteurs concernés. Asalée réaffirme sa volonté de respecter les règles, mais refuse d'endosser les conséquences d'instructions opaques, transmises hors procédure, et jamais formalisées*

Réponse de la mission : Les éléments ayant trait au respect des règles de la commande publique sont détaillés en annexe 2.3 au rapport. **Rédaction maintenue.**

[32] À cet égard, la mission ne peut se prévaloir d'un regard exhaustif sur Asalée, et ne s'est penchée que sur les sujets et questions qui sont explicitement traités dans le présent rapport.

Que faut-il comprendre de cette réserve exprimée par l'IGAS ? Suggère-t-elle, de manière implicite, qu'elle aurait été empêchée d'exercer pleinement ses capacités d'analyse ou son discernement naturel ? Cette insinuation laisse perplexe, d'autant plus que cinq questionnaires successifs ont été transmis à Asalée, à raison de deux questions par jour pendant près de quatre mois. Il est donc difficilement soutenable de prétendre qu'un manque d'information aurait entravé la mission. Si une question essentielle avait été omise, il appartenait à l'IGAS de la formuler dans les temps. L'ampleur, la régularité et la durée de l'échange témoignent au contraire d'un accès continu aux données, aux documents et aux interlocuteurs nécessaires. Cette réserve apparaît donc soit comme un artifice rhétorique destiné à introduire une ambiguïté, soit comme une tentative de se prémunir à l'avance contre les contradictions internes du rapport lui-même. Dans les deux cas, elle ne saurait constituer un argument recevable, ni remettre en cause la qualité des réponses fournies par l'association dans le cadre de la procédure contradictoire.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[33] Le dispositif Asalée permet à des malades chroniques de bénéficier de séances d'éducation thérapeutique (et le cas échant d'actes techniques) de la part d'un infirmier, sur décision du médecin traitant. Cette prise en charge, encadrée par un protocole de coopération autorisé en 2012 après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et étendu au niveau national en 2021, repose sur l'association Asalée qui recrute, forme et accompagne des infirmiers collaborant avec les médecins généralistes adhérant à l'association.

Asalée ne peut être réduit à un simple dispositif administratif, ni confiné au seul périmètre du protocole de coopération. Il s'agit d'un modèle organisationnel global, articulant une vision du soin en équipe, une dynamique territoriale, et un engagement fort en matière d'éducation thérapeutique, de prévention et de prise en charge coordonnée. Ce point a déjà été développé plus haut, mais il convient d'insister : assimiler Asalée à un dispositif technique ou réglementaire est une erreur de fond, qui occulte la portée systémique de son action et la richesse du travail accompli sur le terrain.

Réponse de la mission : rédaction modifiée. Les actions déployées par l'association Asalée permettent à des malades chroniques de bénéficier de séances d'éducation thérapeutique (et le cas échant d'actes techniques) de la part d'un infirmier, sur décision du médecin traitant. Cette prise en charge est déclinée notamment dans un protocole de coopération autorisé en 2012 après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et étendu au niveau national en 2021...

Asalée

La dénomination « Asalée » (« Action de santé libérale en équipe ») couvre plusieurs notions, légèrement distinctes. Elle désigne, tout d'abord, le projet de coopération entre infirmiers et médecins qui a donné lieu, à partir de 2012, à un protocole de coopération du même nom. Ensuite, et également, elle désigne l'association (« Association Asalée ») créée en 2005 pour mettre en œuvre ce projet, puis ce protocole. Elle couvre enfin le « dispositif », nommé comme tel dans de nombreux documents (au premier rang desquels les conventions de financement), qui englobe tant le contenu du projet, mis en forme dans le protocole, que son support associatif et son mode de financement.

La mission, dans ce rapport, utilisera le terme simple « Asalée » pour désigner l'association, et les termes « protocole de coopération Asalée » ou « dispositif Asalée » pour désigner le contenu de l'action mise en œuvre, selon un prisme plus ou moins global.

C'est à la lecture de ce passage que nous découvrons la manière dont l'IGAS définit le terme dispositif et envisage ce qu'est Asalée. Si cette interprétation nous avait été connue plus tôt, nous nous serions abstenus d'apporter certaines précisions dans notre lecture de la synthèse, tant cette définition révèle un décalage fondamental avec la réalité vécue et portée par les acteurs de terrain.

Réponse de la mission : La définition donnée par l'association du dispositif Asalée est ajoutée à l'encadré. **Rédaction complétée.** Selon l'association, le dispositif Asalée constitue, plus largement, « un modèle organisationnel global, articulant une vision du soin en équipe, une dynamique territoriale, et un engagement fort en matière d'éducation thérapeutique, de prévention et de prise en charge coordonnée ».

[35] Les constats de la mission résultent de l'étude des nombreux documents transmis par l'association, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la caisse primaire d'assurance maladie des Deux-Sèvres (CPAM 79), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le comité social et économique (CSE), recueillis par le biais de questionnaires adressés au moyen de la plate-forme collecte-pro. Elle a pu, tout particulièrement, se fonder sur les rapports et les dossiers du contrôle réalisé annuellement par la CPAM 79. Ces analyses sur pièces ont été complétées par des entretiens avec les membres du conseil d'administration d'Asalée et certains de ses salariés, prestataires – dont certains sont regardés par l'association comme des prestataires co-fondateurs -, de même qu'avec les élus du CSE, et plusieurs interlocuteurs au sein de la CNAM, de la CPAM 79, de la DSS, de la DGOS et de la DGS (cf. liste des personnes rencontrées, en pj). La mission a également échangé avec une trentaine de professionnels de santé exerçant dans le cadre du dispositif Asalée, en se déplaçant sur les lieux d'exercice de plusieurs d'entre eux. La méthodologie mise en œuvre par la mission est détaillée en annexe 4.

La désignation des prestataires en tant que « co-fondateurs » d'Asalée n'a pas de fondement historique et prête à confusion. Comme cela a déjà été précisé, la fondation d'Asalée en tant que projet remonte à l'initiative de l'URML Poitou-Charentes [redacted] *. La création de l'association elle-même s'est également opérée sous l'égide de l'URML,* [redacted]

[redacted]. [redacted], *la contribution intellectuelle et méthodologique des prestataires a modifié en profondeur le cadre initial du projet, sans pour autant leur conférer un statut de fondateurs au sens strict ou juridique.*

Réponse de la mission : La mission modifie la rédaction, en utilisant le terme « prestataires historiques », utilisé par l'association elle-même dans la présente réponse. **Rédaction modifiée.**

[36] Malgré le très bon accueil réservé par les professionnels lors de ces visites de terrain, et les nombreux documents transmis par l'association, le déroulé de la mission a été marqué par la difficulté à établir un dialogue apaisé avec certains interlocuteurs, et par la posture plus générale de défiance de l'association, se traduisant dans des échanges verbaux parfois tendus, et par la mise en cause, à plusieurs reprises, du fondement ou des méthodes de la mission. L'IGAS ne rencontre qu'exceptionnellement ce type de posture dans le cadre de ses missions, quelle que soit la situation dans laquelle se trouvent les organismes sur lesquels elle intervient. Celle-ci a pu ainsi mesurer à quel point les difficultés traversées par l'association, notamment dans sa relation avec ses financeurs, s'expliquaient, au moins partiellement, par des attitudes personnelles et une posture institutionnelle d'opposition aux autorités publiques. Cette difficulté à établir des échanges fluides, et l'absence répétée de réponse à plusieurs questions, justifient dans le présent rapport une précaution particulière pour la formulation de certains constats, faute pour la mission d'avoir pu éclaircir ces points de façon aussi complète ou précise qu'elle l'aurait souhaité.

L'IGAS exprime dans son rapport les difficultés rencontrées au cours de sa mission, qu'elle attribue à certaines personnalités au sein d'Asalée ainsi qu'à la méfiance supposée de l'association vis-à-vis des intentions des tutelles. Pour Asalée, ces constats n'ont rien de surprenant au regard des éléments que nous avons mis au jour concernant les liens étroits entre certaines structures de l'État et des logiques de financiarisation croissante du système de santé. Ces institutions, tout en affirmant défendre l'intérêt général, contribuent paradoxalement à organiser sa marchandisation progressive. Dans ce contexte, il est pour le moins déconcertant qu'un inspecteur de l'IGAS se déclare non informé de l'existence et de l'impact du médicament Ozempic, alors même qu'Asalée en évoquait les effets majeurs sur la structure de consommation des soins. Cette ignorance est d'autant plus troublante que ce même inspecteur est l'auteur d'un ouvrage [redacted] *autre scandale sanitaire majeur. Nous peinons à comprendre cette incohérence, qui interroge sur la maîtrise des sujets abordés dans le cadre d'une mission de cette envergure. Par ailleurs, nous relevons dans la rédaction du rapport plusieurs attaques ad personam, visant directement certains responsables de l'association. Ces tentatives de mise en cause individuelle n'abusent ni Asalée ni les membres de son conseil d'administration. Bien au contraire, elles ne font que renforcer notre détermination à maintenir fermement notre position. Il suffit de s'attarder sur l'évolution de la médecine générale dans l'architecture des soins primaires, sur l'état actuel du système de santé — en ville comme à l'hôpital —, et sur les investissements massifs orientés vers les grands opérateurs industriels, pour comprendre que la question centrale ne porte plus sur l'organisation interne d'Asalée, mais bien sur celle de la sécurité sociale et des institutions de l'État chargées de sa régulation et de son contrôle. Si l'IGAS n'est pas habituée à rencontrer une opposition argumentée, structurée et déterminée, elle doit aujourd'hui l'accepter comme le signe d'un modèle qui entend défendre non seulement son projet, mais*

plus largement une certaine conception du soin et du service public. Les comportements irrespectueux et les propos condescendants tenus par certains inspecteurs à l'égard des équipes d'Asalée n'ont fait que consolider notre engagement à faire valoir, dans le respect du droit et des personnes, une alternative crédible et résolument tournée vers l'intérêt collectif.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. Le comportement des inspecteurs a toujours été respectueux à la différence des représentants de l'association, qui ont multiplié les attaques et les menaces orales ou écrites. **Rédaction maintenue.**

[37] L'organisation atypique de l'association a par ailleurs soulevé, au cours des travaux de la mission, des questions juridiques dont un certain nombre ont été explorées avec l'aide de la direction des affaires juridiques des ministères sociaux. La mission a également pu s'appuyer sur des travaux juridiques préalables, tout particulièrement une note d'expertise rédigée par un membre du Conseil d'État en février 2023.

ASALEE a été profondément surpris d'apprendre que la note d'expertise juridique, censée éclairer certains aspects de sa structuration, avait été finalisée dès février 2023, alors même que l'association n'en a eu connaissance qu'après avoir formellement enjoint le ministère et la CNAM à lui en transmettre une copie. Ce manque de transparence est d'autant plus préoccupant qu'il s'agit d'un document ayant potentiellement influencé des décisions majeures concernant le devenir d'ASALEE. C'est pourquoi une demande d'enquête ministérielle a été déposée, afin de faire toute la lumière sur les conditions de mandatement du Conseiller d'État chargé de cette expertise : qui l'a mandaté, sur quelle base, pour quels objectifs, et à la demande de qui. Concernant l'organisation d'ASALEE, l'IGAS la qualifie d'« atypique ». Cette appréciation révèle un certain décalage avec l'état actuel des sciences de gestion et des pratiques organisationnelles. Loin d'être marginale, l'approche holacratique adoptée par ASALEE s'inscrit dans la continuité des modèles agiles, des adhocraties décrites par Henry Mintzberg, et des systèmes distribués mis en valeur par Alvin Toffler. Ces formes d'organisation sont aujourd'hui largement répandues au sein des grandes entreprises du numérique, des mouvements coopératifs, et des réseaux d'innovation à l'échelle mondiale. Si nos institutions considèrent de tels modèles comme atypiques, cela pose une question plus large sur leur capacité à s'adapter aux réalités contemporaines. On peut légitimement se demander si l'incapacité à reconnaître la pertinence de ces formes d'organisation n'est pas un facteur de l'effondrement industriel français. En ce qui concerne l'avenant n°2, il est incorrect d'affirmer qu'il validait le lancement unilatéral de cette étude juridique. Le texte de l'avenant précisait que les parties signataires "convenaient de lancer ensemble" une telle étude, ce qui implique nécessairement une démarche conjointe. Or, cette étude a été initiée sans l'accord ni la participation d'ASALEE, à l'initiative exclusive du directeur général de la CNAM, par ailleurs en position dominante au sein du comité de surveillance (aux côtés de la DSS et de la CPAM). Malgré son achèvement en février 2023, l'étude n'a pas été communiquée à l'association, ce qui constitue une entorse manifeste au principe du contradictoire et à la loyauté des relations entre partenaires. Le rapport provisoire de l'IGAS confirme donc, noir sur blanc, une irrégularité que nous redoutions : celle du mandatement unilatéral d'une expertise externe ayant potentiellement servi de base à des décisions structurantes, sans consultation ni information des principaux intéressés. À ce jour, nous ignorons toujours qui a eu accès à cette étude en dehors des signataires de la convention. Nous savons seulement qu'elle a été remise au ministre de la Santé, Frédéric Valletoux, et transmise à l'IGAS. Cette opacité est incompatible avec le fonctionnement normal d'une démocratie sanitaire et appelle, là encore, à des éclaircissements urgents.

Réponse de la mission : La partie 3 du rapport et son annexe 3.1 détaillent l'organisation interne d'Asalée, et expliquent notamment ses éléments d'atypie, ressortant tout particulièrement d'un fonctionnement très largement externalisé. **Rédaction maintenue.**

[38] Le présent rapport ne restitue qu'une partie des analyses ainsi menées par la mission, qui sont plus globalement détaillées dans les onze annexes thématiques jointes - auxquelles les développements qui suivent s'efforcent de renvoyer dans l'en-tête de chaque partie et sous-partie, pour guider la lecture.

ASALEE est positivement sensible à l'effort de document réalisé par le rapport et l'annexe.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance du commentaire de l'association, qui n'appelle pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[39] En surplomb de l'approche thématique détaillée en annexes, le présent rapport présente l'important développement du dispositif Asalée, autour d'un modèle atypique qui s'inscrit dans un réel besoin de santé publique (1), avant d'analyser son activité, partiellement conforme aux décisions de financement (2). L'examen de la gestion de l'association met ensuite en lumière les difficultés, déficiences et irrégularités engendrées par ses deux caractéristiques principales, l'externalisation et l'organisation de type holacratique choisie par Asalée (3). Enfin, le contrôle et l'évaluation du dispositif Asalée par l'administration appellent également un certain nombre de recommandations (4).

ASALEE n'est pas une structure atypique ; elle adopte simplement une organisation holacratique, en phase avec les évolutions modernes du travail collaboratif et de la gouvernance distribuée. Il est donc inexact — voire profondément réducteur — d'affirmer que l'holacratie ou l'externalisation seraient à l'origine des difficultés rencontrées par l'association. Bien au contraire, ces choix organisationnels ont constitué les leviers essentiels de sa croissance entre 2012 et 2018, en permettant une dynamique agile, réactive et profondément ancrée dans les réalités de terrain. C'est également cette structure qui a permis à ASALEE de résister activement aux tentatives de déstabilisation entre 2019 et 2024, en maintenant une forme d'autonomie face aux pressions institutionnelles, et de développer aujourd'hui une capacité de résilience structurée. En attribuant les difficultés d'ASALEE à ses modes d'organisation, l'IGAS commet, au mieux, une erreur d'analyse, en méconnaissant les fondements et les performances de l'holacratie dans d'autres contextes. Au pire, elle s'aligne sur une lecture partisane qui pourrait laisser penser qu'elle cautionne — volontairement ou non — les actions de certains acteurs ayant oeuvré à l'affaiblissement progressif d'ASALEE durant cette période. Comme déjà exprimé à plusieurs reprises, les principales causes des difficultés rencontrées par ASALEE relèvent de facteurs externes : l'instrumentalisation politique via le HCAAM avec le projet Asalée.bis, la tentative de captation par le biais du comité de surveillance, et la pression exercée pour écarter les prestataires historiques, allant jusqu'à exiger la dissolution d'Informed79 Services, à diffuser des rumeurs infondées, et à organiser une mise à l'écart délibérée de l'intelligence organisationnelle construite depuis près de deux décennies. Ces actions ne relèvent pas de simples erreurs de gouvernance : elles s'apparentent à une stratégie d'affaiblissement systématique d'un acteur clé du premier recours, dont la pertinence et la légitimité sont pourtant largement reconnues sur le terrain.

Réponse de la mission : Comme indiqué en réponse à l'observation 40, la partie 3 du rapport et son annexe 3.1 détaillent l'organisation interne d'Asalée, et expliquent ses éléments d'atypie, ressortant tout particulièrement d'un fonctionnement très largement externalisé. **Rédaction maintenue.**

[40] Dans ce cadre, la mission a analysé la situation à modèle constant (i.e. une association salariant les infirmiers et subventionnée par l'assurance maladie). C'est donc à cette aune que les recommandations énoncées sont formulées, aux fins d'envisager les conditions d'une consolidation du dispositif, s'il devait se poursuivre dans sa forme actuelle.

Le terme consolidation méritera d'être précisé.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance de l'observation d'Asalée, qui n'appelle pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

GRACE AU SOUTIEN DES POUVOIRS PUBLICS, ASALEE A CONNU UN FORT DEVELOPPEMENT, AUTOUR D'UN MODELE ATYPIQUE, DONT LES ACTIONS S'INSCRIVENT DANS UN BESOIN DE SANTE PUBLIQUE (p 19 à 30)

CREE EN 2004 POUR FACILITER LA COOPERATION ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERS AU SERVICE DES MALADES CHRONIQUES, LE DISPOSITIF ASALEE SE DEVELOPPE RAPIDEMENT JUSQU'EN 2023, GRACE AU SOUTIEN DES POUVOIRS PUBLICS

[41] Né dans les Deux-Sèvres il y a une vingtaine d'années, le dispositif Asalée s'est étendu à toute la France en bénéficiant d'importants financements publics. Le détail de ce développement et de ce déploiement est retracé dans les annexes 1.0 et 1.1, tandis que son financement est présenté dans les annexes 1.3 et 3.3.

Il est réducteur et inexact d'affirmer qu'ASALEE se déploie grâce au soutien continu des pouvoirs publics. Si, entre 2012 et 2019, la CNAM a effectivement assuré le financement de l'association et la DSS a manifesté un appui structurant, cette dynamique s'est profondément infléchie à partir de 2019. Depuis cette date, ni la CNAM ni la DSS ne peuvent être considérées comme des soutiens au déploiement d'ASALEE. Bien au contraire, leurs actions conjointes ont souvent pris la forme d'obstacles, de blocages ou de décisions unilatérales remettant en cause la stabilité, la capacité d'action et la projection stratégique de l'association. Il est donc trompeur de présenter le déploiement d'ASALEE comme résultant d'un accompagnement institutionnel fluide et constant. Le soutien public s'est arrêté là où ont commencé les tentatives de reprise en main, la mise sous surveillance et les entraves opérationnelles, que l'association a dû surmonter pour préserver son autonomie et sa mission d'intérêt général.

Réponse de la mission : Rédaction précisée. Rajout dans les deux titres de la mention « soutien financier » des pouvoirs publics.

[43] À partir de 2012, après un avis favorable de la Haute Autorité de santé, l'expérimentation initiale prend la forme d'un protocole de coopération, au titre de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), autorisé dans un premier temps par l'agence régionale de santé (ARS) Poitou-Charentes. Les ARS des différentes régions, par la suite, autorisent par arrêté le protocole de coopération qui, rapidement, s'étend à la France entière. Les professionnels y participant doivent se déclarer auprès des ARS.

En fait le protocole est déposé par l'ARS Poitou-Charentes auprès de la HAS, car c'est ainsi que des protocoles de coopération peuvent être présentés. Et comme vu plus haut, les interventions de l'IGAS, la HAS, la DSS, et la CNAM voudraient modifier la nature même du protocole Asalee et de son organisation. Ainsi en 2012 : L'IGAS voudrait que les infirmières soient directement salariés des [redacted]. La HAS, notamment sous l'influence de médecin généraliste expert, recherche des actes dérogatoires. La DSS ne s'intéresse qu'à des indicateurs de gain de temps et de productivité. La CNAM souhaiterait dissoudre

l'association et que les infirmières soient toutes libérales. Les ARS (certaines) souhaiteraient avoir la main complète sur les implantations. Une ARS (Pays de la Loire) refuse d'autoriser le protocole et promeut un projet « concurrent [redacted]*. L'IGAS qui accuse ASALEE de se méfier des pouvoirs publics est donc mal informés sur cette année 2012. Le moment venu, nous établirons la liste des soutiens et des opposants, publics ou privés, que nous avons croisés dans la période 2019 - 2024*

Réponse de la mission : Rédaction précisée. À partir de 2012, l'expérimentation initiale prend la forme d'un protocole de coopération, que l'ARS Poitou Charente, après dépôt auprès de la HAS et avis favorable de celle-ci, autorise au titre de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

[44] Enfin, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), le protocole de coopération est repris à l'identique après avis du Comité national des coopérations inter professionnelles (CNCI). Il est approuvé par un arrêté interministériel du 1er mars 2021 l'autorisant en tant que protocole national sur l'ensemble du territoire, sans limite de durée. La mise en œuvre du protocole ne nécessite plus d'autorisation, mais l'obligation de déclaration auprès de l'agence régionale de santé d'adhésion au protocole par chaque professionnel concerné persiste.

L'arrêté interministériel du 1er mars 2021 constitue une étape importante dans la reconnaissance administrative des protocoles de coopération. Il rend de nouveau possible l'inscription officielle des équipes engagées dans ces protocoles, ce qui était devenu inaccessible depuis la fermeture du site COOP-PS, plateforme nationale dédiée à la gestion des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Jusqu'au 31 décembre 2019, ce site permettait aux structures comme ASALEE de saisir, suivre et actualiser les protocoles et la composition des équipes impliquées. Or, avec la disparition brutale de la plateforme, l'ensemble des dossiers précédemment saisis ont été inaccessibles, gelés ou perdus, entraînant une rupture de traçabilité administrative et une insécurité juridique importante pour les porteurs de projets. En rétablissant une procédure d'inscription, l'arrêté du 1er mars 2021 vient corriger une lacune administrative majeure, mais il intervient après plus d'un an d'interruption, durant laquelle les équipes de terrain ont dû poursuivre leur activité sans dispositif clair de reconnaissance formelle, ni interface pour signaler ou mettre à jour leur engagement. Pour ASALEE, cette période a représenté une source d'instabilité et de vulnérabilité, accentuée par le manque de communication sur les conditions de transition entre l'ancien système (COOP-PS) et les nouvelles modalités d'enregistrement.

Réponse de la mission : Rédaction précisée. Note de bas de page ajoutée : Par ailleurs, de façon concomitante à la parution de cet arrêté, la procédure d'inscription qui avait été précédemment interrompue par la fermeture de la plateforme COOP-PS) a pu être rétablie

[46] L'association joue un rôle d'intermédiaire. Elle est chargée du recrutement des infirmiers, de leur installation avec les médecins, de leur formation initiale et continue, ainsi que de leur rémunération et du suivi de leur activité. Elle assure également un rôle d'animation et de coordination avec et entre les différents professionnels de santé, afin de partager et améliorer les pratiques professionnelles.

Il est inexact et réducteur de qualifier l'association ASALEE d'« intermédiaire ». Une telle formulation méconnaît profondément la nature, la structure et le fonctionnement de l'organisation. ASALEE n'est pas un acteur tiers ou une entité de passage entre les professionnels de santé et les institutions : elle est l'expression même du collectif constitué par l'ensemble des équipes de terrain, composées de médecins généralistes et d'infirmiers ou infirmières engagés au quotidien dans la prise en soin des patients. Mais l'association ne se limite pas à coordonner l'action clinique. Elle assume également un ensemble de

fonctions essentielles à la vitalité et à la pérennité du modèle : la promotion et le déploiement du protocole, l'accueil des nouveaux professionnels, la formation continue, l'organisation des réunions de secteur, le support aux équipes, et plus largement, le maintien de la dynamique d'équipe et de l'intelligence collective à l'échelle nationale. Ces fonctions, bien loin d'être accessoires, sont partagées et portées par les acteurs de terrain eux-mêmes, dans une logique d'autogouvernance et de subsidiarité. ASALEE est donc à la fois structure de soin, de coordination, de formation, de soutien opérationnel, et de gouvernance collective. Réduire cette réalité à un rôle d'intermédiaire reviendrait à nier la dimension politique, professionnelle et territoriale de son action, ainsi que son originalité profonde dans le paysage de la santé publique en France. C'est cette capacité à conjuguer action clinique, organisation horizontale et pilotage stratégique qui fonde la légitimité d'ASALEE et explique son impact durable dans le champ du premier recours.

Réponse de la mission : Rédaction modifiée. L'association est chargée de la promotion et du déploiement du protocole, du recrutement des infirmiers, de leur installation avec les médecins, de leur formation initiale et continue, ainsi que de leur rémunération et du suivi de leur activité. Elle assure également un rôle d'animation et de coordination avec et entre les différents professionnels de santé, afin de partager et améliorer les pratiques professionnelles et de maintenir une dynamique d'équipe.

[47] Constitué à l'origine par douze médecins et trois infirmiers, le dispositif Asalée rassemble vingt ans plus tard 2 004 infirmières et 9 010 médecins. [redacted]

Nous confirmons pleinement l'existence d'un ralentissement significatif imposé à ASALEE à partir de l'année 2019, une dynamique que nous avons déjà analysée, expliquée et interprétée comme une tentative de récupération du modèle par certaines structures institutionnelles ou para-institutionnelles, qui jusqu'à présent n'ont pas réussi à en répliquer ni l'efficacité, ni la légitimité, ni la cohérence de terrain. Cette tentative de reprise en main, menée selon nous de manière maladroite et non concertée, s'est traduite par une série d'actions concrètes : restrictions de financement, gel de conventions, marginalisation des prestataires historiques, fragilisation juridique, ou encore instrumentalisation de comités de surveillance. Le frein mis au développement d'ASALEE n'est donc pas le fruit du hasard, mais s'inscrit dans une logique plus large de réappropriation technocratique d'un outil autonome, agile et fondé sur le pouvoir d'agir des soignants de terrain. Face à ces pressions, notre attitude a naturellement été marquée par une vigilance renforcée et une certaine fermeté, notamment dans les échanges avec l'IGAS. Si cette posture a pu être relevée par la mission comme un signe de réserve ou de défiance, elle doit être comprise non pas comme une opposition de principe à l'évaluation ou au dialogue, mais comme la conséquence directe d'années de déstabilisation et d'interférences externes ayant mis en cause l'intégrité du projet. Dans ce contexte, la prudence manifestée par ASALEE relève d'une responsabilité organisationnelle et éthique : protéger les équipes, préserver le cadre de travail en équipe interprofessionnelle, et garantir que l'innovation de terrain ne soit ni instrumentalisée, ni détournée au service d'intérêts divergents de ceux des patients, des aidants et des professionnels de premier recours.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial **: Rédaction maintenue**

[48] Depuis les Deux-Sèvres, le dispositif Asalée s'est, à partir de 2009, progressivement étendu dans toute l'ex-région Poitou-Charentes (Vienne, Charente, Charente-Maritime), ainsi que dans une poignée de départements (Vosges, Rhône, Nièvre).

Le déploiement d'ASALEE entre 2004 et 2012 s'est effectué progressivement, par la transmission de proche en proche et le bouche-à-oreille entre professionnels, et ce choix n'a rien d'accidentel ou de circonstanciel. Il s'agissait d'une démarche pleinement délibérée, fondée sur la conviction que toute transformation durable du système de soins ne pouvait reposer que sur un enracinement local fort, un engagement volontaire des professionnels, et une diffusion respectueuse des cultures de soin existantes .Cette croissance lente et maîtrisée avait pour objectif de préserver l'intégrité du modèle, en veillant à ce que chaque nouvelle implantation respecte les valeurs fondatrices d'ASALEE : la confiance entre professionnels, le respect du temps long du soin, la primauté de la relation avec le patient, l'alliance entre éducation thérapeutique et prise en charge de proximité. Ce mode de diffusion a permis de tester, ajuster et renforcer les pratiques dans un esprit de compagnonnage, sans subir les effets délétères d'une expansion précipitée souvent dictée par des logiques quantitatives. C'est précisément cette stratégie d'essaimage raisonné qui a permis à ASALEE de construire une légitimité de terrain solide, fondée sur l'adhésion libre des médecins généralistes et des infirmiers/infirmières, et sur la démonstration empirique des effets positifs du protocole sur la santé des patients. Ainsi, loin d'être un frein, ce rythme de déploiement a constitué un socle de fiabilité, de cohérence et de fidélité aux principes éthiques qui guident encore aujourd'hui l'action de l'association.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial **: Rédaction maintenue**

[49] Dès 2012, le dispositif intéresse toute la France avec une forte concentration en Poitou-Charentes (près de 50 %) et en Rhône-Alpes (20 % des effectifs) pour couvrir, en 2023, l'ensemble des départements et des régions, y compris l'outre-mer. En 2023, les médecins adhérents d'Asalée représentent 17,3 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

Nous estimons en 2025 que les médecins généralistes libéraux représentent 25 % des médecins généralistes réellement actif

Réponse de la mission : La mission prend note des éléments d'évolution apportés. Ceux-ci n'appellent pas de modification du texte initial qui décrit l'étendue du dispositif dans le périmètre temporel du contrôle (fin de période de contrôle fixée à septembre 2024) **: Rédaction maintenue**

[50] [redacted]

Titre : Asalée bénéficie d'un soutien continu et croissant des pouvoirs publics et, depuis 2015, d'un financement presque intégral par l'assurance maladie

Par ailleurs, il convient de réviser sérieusement l'idée selon laquelle les pouvoirs publics auraient assuré un soutien croissant et continu à ASALEE. Ce récit ne résiste pas à l'examen des faits : intimidations, menaces verbales, campagnes de dénigrement, retards répétés de paiement, blocages dans la signature des conventions annuelles, pressions sur les équipes – tout cela compose un paysage bien éloigné de celui d'un accompagnement bienveillant. Cette réalité, longtemps passée sous silence, s'est traduite sur le terrain par une fragilisation organisationnelle délibérée. Il est par ailleurs avéré que, dans certains départements, des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), tout en sachant que la CNAM au niveau national ne signait pas de convention et sous-finançait structurellement ASALEE, ont tenu un double discours, annonçant la fin imminente d'ASALEE aux infirmiers et les incitant à rejoindre les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans le cadre des ACI. Ces agissements témoignent non seulement d'un manque de cohérence institutionnelle, mais aussi d'une tentative manifeste de déstabilisation du dispositif. Dans ce contexte, parler d'un soutien public continu ne relève pas simplement de l'exagération, mais constitue une contre-vérité manifeste, à laquelle il convient d'opposer une lecture lucide et documentée des pratiques observées depuis plusieurs années.

Réponse de la mission : Précision apportée. **Titre modifié.** Rajout du terme « financier » après soutien.

[51] Il n'y a pas de financement spécifique pour l'éducation thérapeutique réalisée en ambulatoire.

Ce point soulève en effet une incompréhension majeure, tant il met en lumière le paradoxe structurel auquel ASALEE a été confrontée depuis sa création : l'absence totale de financement spécifique dédié à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en soins primaires, alors même que cette mission est au cœur de son action. En dehors de quelques financements ponctuels accordés par certaines ARS, principalement pour des interventions en milieu hospitalier — interventions dont l'impact sur le long terme est souvent limité ou difficilement mesurable — il n'existe aucun dispositif national structurant et pérenne pour soutenir les actions d'ETP réalisées dans le cadre d'une pratique de proximité, en ville, auprès de patients chroniques. Cette situation révèle ce que l'on peut qualifier de véritable désert politico-financier, dans lequel ASALEE a dû évoluer depuis l'origine. Alors que son modèle repose sur une approche éducative, préventive et collaborative, portée par des équipes soignantes de terrain, aucun cadre budgétaire stable ne lui a été offert pour garantir la continuité et la montée en charge de cette activité. Pire, les financements disponibles ont souvent été conçus pour des structures hospitalocentrées, dans une logique descendante, éclipsant ainsi la dynamique de premier recours que porte ASALEE. Il est donc particulièrement frappant que l'État, qui affirme par ailleurs vouloir renforcer la prévention et l'éducation en santé, n'ait pas su mettre en œuvre les moyens nécessaires pour accompagner l'une des rares initiatives françaises capables de produire un effet médico-économique démontré sur les patients chroniques, en particulier dans les territoires sous-dotés. Ce décalage entre les discours publics et les choix budgétaires effectifs illustre à quel point ASALEE a dû avancer seule, souvent à contre-courant, avec peu de reconnaissance institutionnelle et sans ressources adaptées, malgré une adhésion croissante des professionnels de santé et une forte attente des patients. Cette réalité devrait alerter sur l'urgence de repenser l'allocation des financements en santé, en faveur d'un accompagnement plus équitable des initiatives réellement innovantes et éprouvées sur le terrain.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial **: Rédaction maintenue.**

[52] L'association a donc connu au fil du temps différents supports de financement. + encadré

Le lien entre les points 51 et 52 est évident : les éléments du second découlent logiquement des faits énoncés dans le premier. Pourtant, une lecture attentive révèle plusieurs omissions majeures qui affaiblissent l'analyse présentée. Tout d'abord, le passage du financement régional par le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) vers un financement national par le FNQCS (Fonds national de même nature) a profondément modifié les modalités de pilotage, de contractualisation et de gouvernance du dispositif. Cette bascule a induit une centralisation accrue des décisions, réduisant la capacité des territoires à accompagner l'innovation locale, et soumettant ASALEE à une logique de contrôle plus rigide, parfois déconnectée de la réalité du terrain. Ensuite, il est particulièrement étonnant que ce point n'évoque à aucun moment l'avenant de 2021, qui marque pourtant une inflexion majeure en instaurant le comité de surveillance. Cette instance, dominée par les représentants des tutelles (notamment la CNAM et la DSS), a introduit un mécanisme de supervision structurellement déséquilibré, affaiblissant de facto la gouvernance autonome de l'association. Ce changement, loin d'être neutre, a contribué à créer un climat de défiance, non pas par posture idéologique de la part d'ASALEE, mais par expérience concrète d'une reprise en main progressive de ses leviers de décision. Dans ce contexte, il devient ironique, voire révélateur, que l'IGAS s'étonne de la méfiance exprimée par l'association à l'égard de certains pouvoirs publics. C'est ce que l'on pourrait qualifier d'acte manqué, tant il traduit l'oubli — ou le refus — de regarder les causes structurelles de cette défiance. Enfin, ce point passe également sous silence les actes unilatéraux de mars 2024, par lesquels la CNAM, sans concertation ni négociation, a imposé des décisions majeures sur les financements et le cadre juridique applicable à l'année 2023, puis à 2024. Ces décisions, prises en dehors de tout dialogue institutionnel, viennent confirmer une tendance à l'autoritarisme administratif qui compromet les fondements mêmes du partenariat entre les parties. En somme, ces omissions ne sont pas anecdotiques : elles dessinent une lecture partielle et orientée de la trajectoire d'ASALEE, et éludent des tournants décisifs dans la relation entre l'association et les institutions. Pour qu'un diagnostic soit pertinent, il doit tenir compte de l'ensemble des faits constitutifs, y compris ceux qui dérangent l'idée d'un accompagnement public cohérent et bienveillant.

Réponse de la mission : La rédaction est précisée pour mentionner le premier avenant à la convention signée en 2019 (le comité de surveillance créé par cet avenant étant en tout état de cause analysé plus loin dans le rapport). En outre, le § qui mentionnait d'ores et déjà la poursuite des versements hors de tout dispositif conventionnel en 2023 est précisé pour mentionner les décisions notifiées en mars 2024. **Rédaction complétée.** Rajout dans l'encadré : Après un premier avenant signé le 19 juillet 2021, créant notamment un comité de surveillance « *destiné à contrôler la gestion des fonds alloués à l'association* », un second avenant signé le 25 mai 2022 prolonge la durée de la convention pour un an. Enfin, après une période au cours de laquelle les versements se poursuivent hors de tout dispositif conventionnel - deux décisions étant notifiées à ce sujet à l'association en mars 2024 -, une nouvelle convention de financement est signée en juin 2024, puis prolongée pour couvrir le premier semestre 2025, par un avenant signé en décembre 2024.

[53] Les sommes versées par l'assurance maladie ont plus que doublé entre 2019 et 2023 (295,2 M€ versés sur la période). Elles représentent en 2023, 97,6 % du total des produits d'exploitation de l'association et leur projection en 2024 dépasse les 100 M€.

Les sommes versées à ASALEE sont parfaitement proportionnées à plusieurs paramètres objectifs : d'une part, à la mutualisation des coûts fixes liés à l'infrastructure nécessaire au fonctionnement du modèle, et d'autre part, à la croissance régulière du nombre d'équivalents temps plein (ETP) engagés dans les soins. En d'autres termes, les financements suivent une logique d'échelle et de rationalité budgétaire, sans excès ni déviation structurelle. Par ailleurs, lorsqu'on rapporte ces montants en valeur absolue au budget global de la Sécurité sociale, ou même au seul déficit structurel ("trou") de celle-ci, la contribution d'ASALEE apparaît comme extrêmement marginale. Cela rend d'autant plus questionnable la communication parfois alarmiste ou disproportionnée autour du supposé « coût » que représenterait ASALEE pour l'Assurance Maladie. Une telle dramatisation médiatique ou administrative n'est ni justifiée par les montants en jeu, ni conforme à une lecture rigoureuse des comptes publics. Ce constat souligne l'urgence de disposer d'une évaluation comparative fondée sur des cohortes témoins, permettant de mesurer précisément les économies générées par l'approche ASALEE, en matière de prévention, de réduction des complications chroniques, d'optimisation des parcours de soins, et de diminution des recours hospitaliers évitables. Seule une telle étude peut objectiver l'apport médico-économique du modèle, au-delà des perceptions idéologiques ou des postures institutionnelles. En tant qu'acteurs engagés dans l'innovation en soins primaires, nous attendons cette analyse avec intérêt, convaincus qu'elle viendra valider l'efficacité et la pertinence de notre action, tant sur le plan clinique que sur celui de la soutenabilité du système de santé.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association qui n'appellent pas de modification du texte initial **: Rédaction maintenue**

[55] Le dispositif Asalée est atypique et difficile à appréhender, qu'il s'agisse de comprendre la nature précise de l'activité déployée auprès des patients comme de caractériser la situation juridique des infirmiers qui la mettent en œuvre. L'analyse détaillée du protocole de coopération se trouve en annexe 1.0, sa mise en œuvre est examinée sous l'angle des conditions d'emploi des infirmiers en annexe 2.1.

Nous avons du mal à comprendre pourquoi il demeure si complexe, pour une partie des décideurs publics, de reconnaître et d'intégrer la dimension profondément humaine et temporelle du "prendre soin". Ce soin ne se mesure ni en actes, ni en cadence, ni en productivité : il s'inscrit dans une relation construite dans la durée, faite de présence attentive, d'écoute active, de constance dans le lien, et d'un temps donné au patient pour qu'il se raconte, comprenne, et s'engage dans sa propre santé. Dans cette approche, le temps n'est pas une contrainte à réduire, mais une matière première essentielle, le socle même sur lequel repose l'alliance thérapeutique entre soignants et soignés. Prendre soin, ce n'est pas seulement soigner un symptôme ou appliquer un protocole : c'est créer les conditions de l'adhésion, de l'émancipation, de la responsabilisation, en accompagnant le patient dans un processus parfois lent, toujours singulier, et souvent transformateur. La lenteur, ici, n'est pas synonyme d'inefficacité. Elle est au contraire le cadre nécessaire à une efficacité durable, celle qui prévient les rechutes, évite les soins redondants ou inutiles, et restaure l'autonomie plutôt que d'installer la dépendance. Que cette temporalité continue d'être négligée ou disqualifiée dans les logiques d'évaluation institutionnelle est symptomatique d'un modèle de santé trop souvent dominé par la performance immédiate et la logique de flux, plutôt que par la qualité relationnelle, la prévention au long cours, et le soin véritablement centré sur la personne. Ce déni interroge nos représentations collectives de la vulnérabilité, de la dignité dans le soin, et de la valeur du temps comme espace thérapeutique. C'est aussi, plus largement, un révélateur de la difficulté qu'a notre

système à reconnaître la puissance transformatrice du soin lent, discret, mais profondément structurant pour les parcours de vie et de santé.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des explications de l'association qui ne modifient pas le constat posé et n'appellent pas de modification du texte initial **: Rédaction maintenue.**

[56] En 2009, Asalée va trouver l'opportunité, au travers de l'article 51 de la loi HPST susmentionnée, de « consacrer cette pratique de coopération, formaliser plus nettement les responsabilités de l'infirmier au sein de l'équipe, rendre cette pratique accessible au plus grand nombre... et permettre d'en pérenniser l'exercice »

La réalité historique est bien éloignée de ce qui est parfois affirmé. ASALEE n'a jamais souhaité initier de son propre chef une transformation vers l'article 51 ni vers un protocole de coopération. Cette orientation a été imposée par les tutelles, et plus précisément signalée par la DGOS, qui a informé ASALEE que la présidence de la CNAM ne serait plus en mesure de soutenir le protocole par le canal du BNQCS-FNQCS. Ce point, d'ailleurs, est étrangement absent des descriptions officielles du financement, alors qu'il constitue un tournant structurant dans l'histoire du dispositif. À ce stade, ASALEE n'avait aucunement l'intention de modifier son cadre juridique ou d'intégrer un quelconque dispositif relevant de l'article 51. C'est bien la DGOS, elle-même sous pression de certains syndicats libéraux, qui a orienté la discussion vers le protocole de coopération comme solution de repli. Ce cadre a ensuite été entériné par la DSS, qui a contraint ASALEE à s'y conformer pour continuer à exister administrativement et financièrement. En ce sens, prétendre que cette transformation relèverait d'une volonté propre d'ASALEE constitue une réécriture des faits. Il s'agit d'une décision descendante, issue d'un arbitrage institutionnel et non d'une démarche volontaire ou stratégique de la part de l'association. ASALEE s'est adaptée sous contrainte, dans un contexte où refuser ce changement aurait signifié l'arrêt brutal du projet, faute de financements. Cette clarification est essentielle, car elle souligne le caractère subi et non choisi de cette évolution réglementaire, et permet de rétablir la vérité sur la façon dont certaines décisions politiques et administratives ont façonné, parfois à rebours de ses principes fondateurs, l'histoire d'ASALEE.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des éléments apportés par l'association. La mission lit cependant en page 11 de la grille de coopération déposée à la HAS, que « *l'article 51 de la loi HPST est naturellement apparu à ceux qui pratiquaient l'exercice ASALEE comme une invitation à consacrer une pratique de coopération, ... de rendre cette pratique accessible au plus grand nombre..., d'en pérenniser l'exercice* ». Le texte initial qui reprend ces éléments est maintenu. Cf annexe 1.0 pour plus de détails **: Rédaction maintenue**

[58] L'association va donc décliner son activité au travers d'une grille préformatée de protocole de coopération mise à disposition par la HAS, en détaillant tout particulièrement les pathologies chroniques susceptibles de donner lieu à des actes techniques dérogatoires qui vont permettre la fluidité des prises en charge. Des protocoles sont élaborés pour quatre pathologies dites « socles » précisant les conditions de réalisation des actes (critères d'inclusion et consentement du patient, niveau de délégation, critères d'alerte). L'accent n'est pas spécifiquement mis sur l'éducation thérapeutique, déjà pratiquée au quotidien depuis 2004 et relevant du rôle propre de l'infirmier, mais celle-ci apparait aux cotés des actes dérogatoires dans le protocole de coopération, qui précise que « s'inscrivent également des activités non directement dérogatoires, comme l'éducation thérapeutique ».

À l'origine, ASALEE avait soumis à la Haute Autorité de Santé (HAS), [redacted] *une proposition ambitieuse comprenant 30 actes dérogatoires, construits pour soutenir une approche globale et intégrée du soin en soins*

primaires. Toutefois, soucieux d'éviter un rejet massif [redacted] et des spécialités médicales, le Pr [redacted] a recommandé de limiter cette liste à seulement quatre actes, afin de préserver la faisabilité politique du projet et de contenir les résistances potentielles au sein du corps médical. À partir de cette sélection restreinte, plus de quarante versions du protocole ont été successivement réécrites, modifiant, amputant ou réorientant les intentions initiales. Le texte final, bien qu'officiellement validé, s'est trouvé très largement édulcoré, au point de perdre une partie significative de sa cohérence conceptuelle, de son ambition initiale, et de la richesse interprofessionnelle qui le caractérisait. Un lecteur attentif pourra encore y repérer, au fil des paragraphes, des vestiges discrets des éléments supprimés, vestiges qui témoignent de ce qui a été effacé ou neutralisé au fil des arbitrages. Il est également fondamental de rappeler qu'il n'existe pas une multitude de protocoles indépendants ou cloisonnés : le protocole ASALEE est unique, articulé autour de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Dans certains cas seulement, des actes dérogatoires viennent compléter cette base, mais ils n'en constituent ni le cœur ni l'essence. Pourtant, au fil du temps, sous l'effet des compromis politiques et des exigences institutionnelles, le vocabulaire même du projet a été peu à peu érodé : l'« équipe » s'est réduite à un « binôme », et le « protocole ASALEE » s'est fragmenté en une série de « protocoles spécialisés », contribuant à affaiblir la vision systémique et transversale initialement portée par l'association. Cette évolution sémantique et structurelle a été aggravée par la demande explicite de la HAS de marginaliser l'ETP, en mettant en avant les seuls actes dérogatoires dans les versions finales. Or, cette inversion de logique constitue un contresens majeur par rapport à la pratique réelle d'ASALEE, où l'ETP constitue le socle de l'accompagnement du patient, bien plus que les actes isolés ou techniques. Ce glissement traduit une méconnaissance – ou un refus de reconnaître – la profondeur humaine, relationnelle et préventive du modèle, et contribue à dénaturer un projet conçu dès l'origine comme un levier d'émancipation des patients et de transformation des pratiques en soins primaires.

Réponse de la mission : La mission analyse ici la grille du protocole de coopération validé par l'HAS et toujours en vigueur. Les observations apportées par l'association n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[60] La convention de financement signée entre l'association, la CNAM et la CPAM 79 en 2019, qui reprend de façon très proche les termes des conventions précédentes, reproduit l'ambiguïté du protocole. Ainsi, sans annexer le protocole lui-même, elle prévoit les conditions de financement du « dispositif Asalée » dans des termes qui le définissent peu clairement et qui sont parfois contradictoires.

L'IGAS relève qu'en 2019, l'influence successive de différentes tutelles finit par tordre le protocole dans tous les sens, au point d'en affaiblir la cohérence initiale et de diluer les finalités fondatrices du dispositif. Ce que l'on observe alors, c'est une tentative d'adaptation du protocole aux injonctions administratives successives – parfois contradictoires – émanant de la CNAM, de la DSS ou encore des ARS, chacune cherchant à y injecter ses propres priorités de gestion, de traçabilité ou d'intégration dans des dispositifs existants. Cette pression progressive a eu pour effet d'introduire des contraintes technocratiques qui viennent interférer avec la souplesse relationnelle et l'approche humaniste sur laquelle reposait le succès d'Asalée. On assiste ainsi à une forme d'étouffement administratif du modèle, où l'exigence de conformité formelle l'emporte peu à peu sur l'écoute du terrain, l'évaluation clinique partagée, et la co-construction du soin. Le protocole, au lieu de rester un outil vivant, évolutif et nourri par la pratique, devient le support d'un pilotage centralisé, peu adapté aux réalités du soin de proximité. Ce constat de l'IGAS, bien que formulé sous un angle critique, met en lumière un fait essentiel : c'est bien le poids des tutelles et non une

dérive interne qui a fragilisé le dispositif, en l'éloignant de ses principes initiaux de confiance, d'autonomie et de subsidiarité professionnelle.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations apportées par l'association, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

L'association salarie des infirmiers sans assumer l'intégralité de ses responsabilités en tant qu'employeur du fait de l'interférence des médecins dans la relation de travail [61] à [66].

[61] Pour réaliser les actes de soins décrits ci-dessus, les infirmiers salariés d'Asalée interviennent gratuitement auprès des patients orientés par les médecins généralistes ayant adhéré au protocole de coopération Asalée.

[62] Dans le règlement intérieur initial de l'association, le déploiement des infirmiers auprès des médecins généralistes est qualifié de « mise à disposition à titre gratuit » et sa formalisation dans une « convention de mise à disposition » est évoquée. La dernière convention de financement avec l'assurance maladie signée en 2024 reprend cette notion de mise à disposition.

[63] Aussi, au regard des dispositions du code du travail et de l'activité d'Asalée, la notion de mise à disposition de salarié a conduit la mission à s'interroger sur l'existence d'un prêt de main d'œuvre à but non lucratif.

[64] Cependant, au regard des critères fixés par l'article L. 8241-2 du code du travail, le mode de collaboration actuellement déployé par Asalée, tel qu'il est apparu à la mission dans le cadre de ses investigations, ne s'apparente pas à un prêt de main d'œuvre à but non lucratif :

- [redacted]. Pour le médecin, le [redacted] engagement formalisé faisant le lien entre lui et l'entreprise est la déclaration commune d'engagement à appliquer le protocole de coopération qu'il cosigne avec l'infirmier, salarié par l'entreprise et intervenant auprès de ses patients ;
- le cadre légal prévoit un remboursement du salaire chargé et des frais fixes par le bénéficiaire du prêt de main d'œuvre (qui serait ici le médecin), le salaire restant versé par l'employeur (qui serait ici Asalée). Or, les flux financiers entre les parties ne correspondent pas à cette modalité : en pratique, les [redacted] paiements vont d'Asalée vers le médecin pour l'indemnisation des temps de concertation29 dans un contexte où, sur la base de la convention de financement, l'assurance maladie finance Asalée et non le médecin généraliste.

65] Par ailleurs, si Asalée définit sa politique de recrutement, de rémunération et de développement de la formation professionnelle, les médecins interviennent dans la relation de travail entre les infirmiers et l'employeur à plusieurs égards :

- l'entreprise ne peut réguler complètement la charge de travail de ses salariés puisque l'orientation des patients vers l'infirmier ainsi que le niveau de délégation d'actes dépendent de la seule décision du médecin ;
- les horaires des concertations sont déterminés en tenant compte des disponibilités de l'infirmier et du médecin, sans encadrement par Asalée ;
- la disponibilité du local de travail de l'infirmier et les modalités de saisie dans le dossier médical du patient du médecin sont définies par la structure d'exercice (maison de santé pluridisciplinaire (MSP), centre de santé, cabinet de groupe...) ;
- les conditions de travail en matière d'éclairage des lieux de travail, de nettoyage du local de travail de l'infirmer, de prévention du risque incendie ou de vérification des installations électriques, autant d'obligations fixées par le code du travail à l'égard de l'employeur aux termes de L. 4121-1 du code du travail, sont définies par le médecin ou le groupe de praticiens à travers la gestion de la structure d'exercice, sans intervention de l'employeur.

[redacted]

La formulation selon laquelle l'association n'assumerait pas pleinement ses responsabilités d'employeur « en raison de l'interférence des médecins dans la relation de travail » est profondément trompeuse et mal orientée. Cette affirmation occulte un fait fondamental : l'association ASALEE est justement constituée de médecins, qui sont non seulement membres de l'association, mais également ceux qui s'engagent concrètement dans les soins, dans la gouvernance et dans l'encadrement des équipes. Parler d'"interférence" revient donc à dénoncer des médecins pour leur engagement au sein de leur propre organisation, ce qui est à la fois incohérent et injuste. En réalité, les véritables interférences délétères dans la relation de travail ne viennent pas des médecins, mais des acteurs institutionnels extérieurs, au premier rang desquels la CNAM. Celle-ci, à plusieurs reprises, a rompu unilatéralement l'équilibre contractuel : en suspendant sans préavis le financement de l'immobilier, en refusant de signer les conventions annuelles à temps (voire en ne les signant pas du tout), en sous-finançant structurellement l'activité malgré sa connaissance précise des coûts réels, ou encore en annonçant des dotations publiques qui ne sont jamais concrétisées. Ces pratiques créent une instabilité majeure, et fragilisent l'ensemble de l'organisation. S'ajoute à cela l'instauration en 2021 d'un comité de surveillance imposé par la DSS et la CNAM, qui a fortement affaibli l'autonomie de l'association et l'a rendue structurellement dépendante et exposée à des décisions unilatérales, sans possibilité de contre-pouvoir effectif. Ce sont ces mécanismes de surveillance externe, et non l'implication des médecins, qui perturbent la relation de travail. Enfin, la référence au règlement intérieur de 2005, mentionnant la « mise à disposition à titre gratuit », utilisée pour appuyer une lecture juridique défavorable dans la convention 2024, est un procédé biaisé. Cette phrase, sortie de son contexte et présentée sans les éléments essentiels en bas de page, induit en erreur le lecteur non averti. Elle omet notamment l'évolution substantielle du cadre juridique, financier et organisationnel entre 2005 et 2024. Utiliser un extrait ancien sans en contextualiser la portée ni expliciter les modifications successives du dispositif est une manipulation sémantique qui fausse l'analyse et contribue à construire un récit à charge sans fondement sérieux. Depuis vingt ans, la capacité des médecins généralistes à faire face à leur charge immobilière s'est effondrée sous l'effet conjugué de la stagnation des honoraires, de l'explosion des prix de l'immobilier et du désengagement des aides publiques à l'installation. Alors que la consultation a très peu été revalorisée en valeur réelle – bien en deçà de l'inflation – les charges professionnelles ont fortement augmenté, grignotant le revenu net. Dans le même temps, les coûts d'acquisition ou de mise aux normes des locaux professionnels ont doublé voire triplé dans de nombreuses zones, rendant l'achat de cabinet médical inabordable pour les jeunes médecins. Les aides directes à l'investissement ont été remplacées par des incitations à rejoindre des maisons de santé locatives, entraînant un glissement du statut de propriétaire vers celui de locataire. Cette évolution, souvent présentée comme un choix de confort, traduit en réalité une perte d'autonomie économique et une fragilisation de l'exercice libéral, qui détourne de plus en plus de praticiens de l'installation durable, au détriment de l'attractivité de la profession et de la lutte contre les déserts médicaux. La mise en place des ACI-MSP (Accords Conventionnels Interprofessionnels pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) a profondément accentué les inégalités entre médecins généralistes, en réservant les moyens et les soutiens structurels aux groupes déjà constitués ou localement bien dotés, tandis que les médecins les plus isolés – exerçant seuls ou dans des zones sous-dotées – se voyaient de facto exclus du dispositif. Ce modèle, prétendument coopératif, a laissé de côté ceux qui avaient justement le plus besoin de soutien. Parallèlement, la CNAM a retiré à Asalée la

capacité de financer l'immobilier des infirmières, tout en organisant discrètement [redacted] la récupération de ces mêmes infirmières, sous un nouveau statut d'infirmiers référents intégrés aux MSP. Ce double mouvement – retrait du soutien à Asalée et captation des moyens par un réseau allié à l'administration – marginalise les médecins généralistes hors MSP, écarte Asalée du champ de la coordination, et participe à une recentralisation déguisée du soin de premier recours, au détriment de l'indépendance professionnelle et de l'ancrage territorial que portait historiquement le binôme médecin-infirmier d'Asalée. Cette évolution trouve un prolongement troublant dans l'apparition récente d'un décret relatif à l'expérimentation « [redacted] », qui autorise notamment le groupe privé [redacted] à employer des infirmières issues du modèle Asalée. Ce décret, loin d'être anodin, parachève une stratégie déjà à l'œuvre dans les coulisses de la CNAM : après avoir privé Asalée de la capacité à financer l'immobilier nécessaire à l'exercice des infirmières en pratique avancée, et facilité leur basculement dans des MSP contrôlées par des réseaux comme [redacted] l'administration ouvre désormais la voie à leur transfert dans des structures privées lucratives. Le lien est clair : en retirant à Asalée ses leviers d'autonomie, puis en récupérant ses ressources humaines au profit d'opérateurs mieux alignés avec les logiques gestionnaires ou commerciales de l'État, la CNAM dépossède progressivement les médecins généralistes de leur capacité à organiser localement le soin de premier recours. Ce glissement s'inscrit dans une reconfiguration du paysage de santé où les logiques de coordination ne servent plus les soignants ni les patients, mais deviennent un instrument de redéploiement contrôlé des professions vers des acteurs institutionnels ou privés, souvent éloignés du terrain. Face à cette recomposition du premier recours orchestrée en partie par les autorités sanitaires, Asalée, s'appuyant sur les constats exposés dans le rapport de l'IGAS, entend demander officiellement la transparence sur les liens d'intérêts susceptibles d'exister entre le réseau [redacted] – principal bénéficiaire de la redistribution opérée via les ACI-MSP – et certaines structures de portage immobilier. La question se pose avec d'autant plus d'acuité que le fondateur historique [redacted] pourrait entretenir des liens avec des entités de ce type, potentiellement capitalisées avec le concours de structures paraétatiques ou d'investissements publics indirects. Par ailleurs, des déclarations publiques [redacted] ont semé le trouble en évoquant la possibilité de montages mêlant portage immobilier, MSP et financements institutionnels. Dans ce contexte, Asalée, au nom de l'équité entre les professionnels et de l'indépendance du soin, réclame un éclaircissement complet sur ces circuits de financement opaques, et alerte sur le risque de captation d'un outil public – la coordination du soin – par des intérêts privés adossés à des logiques spéculatives. Concernant la professionnalisation du dialogue social : l'IGAS demande de sécuriser le cadre dans lequel ASALEE exerce ses prérogatives et responsabilités d'employeur, de l'ordre, pour l'IGAS, de la mise en conformité. Il est très troublant de voir comment le rapport glisse sur la problématique immobilière en réussissant par un tour de passe—passe à accuser ASALEE en 4 lignes, dont nous avons dénoncé l'omerta sur l'essentiel pour mettre en point 63 de « prêt de main d'œuvre à but non lucratif » et consacrer 18 lignes sur ce sujet qui ne concerne pas ASALEE. Ce n'est pas professionnel et confirme l'iniquité de traitement à l'égard d'ASALEE que nous avons déjà traité de « maltraitance institutionnelle »

Réponse de la mission : Rédaction précisée : Dans le règlement intérieur initial de l'association en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2016....

[66] Ces interventions de tiers (médecin, MSP, etc) interfèrent dans le lien de subordination juridique, créent une insécurité et affaiblissent le pouvoir de direction de l'employeur. Cette insécurité juridique découle du décalage entre le modèle initial, conçu pour des infirmiers libéraux, et la réalité d'une association s'appuyant aujourd'hui sur 99 % de salariés. Si Asalée ne

souhaite pas revenir au modèle libéral initial ni aller jusqu'au bout du modèle salarial (par exemple en créant avec les tiers un groupement d'employeurs), il lui appartient de trouver les moyens de sécuriser le cadre dans lequel s'exercent ses responsabilités d'employeur.
Recommandation n°2(Asalée) Sécuriser le cadre dans lequel l'association exerce ses prérogatives et responsabilités d'employeur.

L'analyse au point 66 est complètement erronée : ASALEE n'a pas du tout était conçu pour des infirmiers libéraux : écrire cela c'est faire exactement un hold-up sur la conception d'ASALEE, hold-up que nous avons découvert dans le projet de convention 2012, quand la CNAM et la DSS propose une convention dans laquelle la totalité des infirmiers doivent être libéraux. Et la condition qu'ASALEE parviendra à obtenir, c'est qu'il soit proposé aux infirmiers de soins, souvent libéraux, d'exercer ASALEE, sur un site donné, et quand ils ne peuvent pas, alors de procéder à un recrutement de salariés. Cette confusion entre l'exercice libéral traditionnel des soins à domicile et le modèle d'Asalée révèle une incompréhension fondamentale des finalités de ce dernier. L'exercice infirmier en libéral repose historiquement sur des actes courts, tarifés à l'unité, dans un cadre de soins techniques ou répétitifs, répondant à une logique de volume et de productivité. À l'inverse, l'exercice en consultation Asalée repose sur un tout autre paradigme : il s'agit d'un temps de rencontre, souvent long, structuré, qui permet au patient de s'approprier progressivement sa santé, de mieux comprendre ses habitudes de vie, ses représentations, et d'envisager un changement durable, dans une relation de confiance et de co-construction avec l'infirmier. Ce temps est fondamental : il ne se mesure ni en actes, ni en vitesse, mais en qualité de présence, en capacité à écouter, à accompagner, à faire émerger les ressources du patient. Le paiement à l'acte, par nature, pousse à la multiplication des interventions, au rendement, à une logique quantitative incompatible avec cette approche du soin. Il renforce la fragmentation et la précipitation, là où Asalée défend une temporalité lente et continue, respectueuse du rythme du patient. Vouloir plaquer sur Asalée un modèle libéral standardisé, c'est trahir son essence, et c'est aussi méconnaître l'attente réelle des patients : non pas une médecine d'actes ou de protocoles, mais un accompagnement global, humain, enraciné dans le lien soignant-soigné. Concernant la sécurisation du cadre, elle est déjà en cours d'élaboration, mais ne répond pas aux mêmes motivations que celles invoquées par l'IGAS, qui semble considérer — à tort — que l'organisation actuelle serait structurellement défaillante. Nous avons bien compris que cette lecture critique répondait à un objectif assigné en amont à l'IGAS, celui de fragiliser la légitimité d'Asalée pour en favoriser une reprise en main par d'autres dispositifs. Or, notre intention est radicalement différente. Elle ne vise pas à sauver Asalée pour elle-même, mais à contribuer, à notre échelle, à la sauvegarde du socle républicain de notre système de sécurité sociale, fondé sur la solidarité, l'universalité et la participation des citoyens à leur propre santé. La sécurisation du cadre passera ainsi, pour Asalée, par une transformation profonde [redacted], afin de faire vivre concrètement la démocratie sanitaire. Cette évolution vise à affranchir Asalée des logiques verticales ou gestionnaires imposées par certains partenaires institutionnels, et à inscrire son action dans un modèle coopératif résolument tourné vers l'intérêt général En rejoignant progressivement les instances dirigeantes de l'association, puis en devenant probablement salariés [redacted] à l'horizon prévisionnel de l'automne 2025, les acteurs d'Asalée bénéficieront d'un environnement sécurisé, protecteur, transparent, garant de leur autonomie et de leur mission. Cette structuration offrira un rempart solide contre les tentatives de captation, tout en consolidant la place des soignants de terrain dans la conduite des politiques de santé de proximité. C'est une réponse politique, éthique et structurelle à la crise actuelle de la médecine de premier recours.

Réponse de la mission : Rédaction modifiée : Cette insécurité juridique découle de la coopération entre deux professionnels de santé au statut différent : l'un est libéral (médecin) et l'autre (infirmier), dans 99 % des cas, salarié. Si Asalée ne souhaite pas s'appuyer sur un modèle d'exercice libéral pour les infirmiers[151], modèle qui a été régulièrement mentionné dans son conventionnement avec le financeur,...

L'éducation thérapeutique, partie intégrante de la prise en charge du patient, consiste en une approche holistique qui nécessite du temps [67] à [70]

[69] Les séances d'éducation thérapeutique se déroulent donc sur un temps long, permettant au patient d'exprimer ses difficultés, adhérer à la démarche et faire alliance. Le médecin ne disposant pas de ce temps le plus souvent, le protocole de coopération Asalée permet de confier cette mission à l'infirmier.

> *L'affirmation selon laquelle le médecin déléguerait à l'infirmière l'éducation thérapeutique du patient (ETP) faute de temps reflète une vision réductrice et erronée de la réalité du travail en soins primaires. En vérité, le médecin généraliste et l'infirmière exercent deux métiers, aux cœurs de compétences profondément distincts, qui ne se superposent pas mais se complètent dans une dynamique coopérative. Cette distinction devient pourtant invisible dans le discours ambiant, qui promeut l'idée que « tout le monde peut faire le travail de tout le monde », réduisant ainsi les métiers à des fonctions interchangeables. Cette logique, issue d'une vision technocratique et utilitariste du soin, s'inscrit dans une tendance générale à l'"ubérisation" de la société, déjà observée dans les secteurs comme les transports ou la logistique, et qui gagne aujourd'hui la santé. Or, le métier du médecin généraliste repose sur la gestion de l'incertitude, sur sa capacité à repérer l'événement aigu, l'urgence masquée, l'aiguille dans la botte de foin que constitue la complexité croissante des situations chroniques. À l'inverse, le cœur du métier infirmier, en particulier dans le cadre de l'ETP, consiste à explorer l'ambivalence du patient, à l'accompagner dans un cheminement intérieur face à des comportements à risque qu'il connaît mais ne parvient pas à modifier. Cette fonction relationnelle, réflexive et éducative ne se substitue pas à la fonction médicale : elle la prolonge sur un autre registre, celui du prendre soin dans la durée. Les nombreuses théories de la substitution — justifiées tantôt par des raisons économiques, tantôt par des arguments de démographie médicale — ne résistent pas à l'analyse dès lors qu'on revient à l'essence des métiers, à ce qu'ils mobilisent de compétences spécifiques, de postures professionnelles et d'engagements éthiques. Cette erreur conceptuelle, récurrente depuis plusieurs décennies, repose sur une confusion fondamentale : la croyance que des tâches équivalentes peuvent se substituer à des fonctions structurantes, ce qui revient à désarticuler les organisations au lieu de les renforcer. À cela s'ajoute une idolâtrie du "binôme" médecin-infirmier, érigé en modèle d'organisation universel. Or, le binôme ne reflète qu'une partie réduite de la réalité du soin, car le patient est un acteur central de l'équipe, et tout dispositif d'ETP digne de ce nom implique une pluralité de relations, de temporalités et de responsabilités partagées. Réduire l'équipe à un binôme, c'est occulter la richesse de l'intelligence collective en santé, et méconnaître les dynamiques humaines qui fondent l'efficacité et l'humanité du soin. En résumé, les structures qui prétendent évaluer ou réformer les organisations de soins sans saisir ces dimensions fondamentales agissent avec des grilles de lecture inadéquates. Leur regard, biaisé par des logiques gestionnaires ou productivistes, ne leur permet pas de voir ce qui fait la force, la finesse et la pertinence du modèle coopératif tel qu'il est mis en oeuvre dans ASALEE.*

[151] Pour leur activité au sein d'Asalée, les infirmiers libéraux (actuellement très minoritaires, cf. annexe 2.1) perçoivent des honoraires.

Réponse de la mission : Rédaction modifiée. Suppression de « Le médecin ne disposant pas de ce temps le plus souvent »

Le cahier des charges réglementaire des actions d'accompagnement thérapeutique n'est pas défini [71] à [73]

L'IGAS relève que le cahier des charges des « actions d'accompagnement » n'est pas formalisé, contrairement à celui des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Mais ce constat passe à côté d'un paradoxe fondamental : les programmes d'ETP institutionnels, bien que encadrés, produisent peu d'effets mesurables, tandis que les actions d'accompagnement souples et contextualisées, telles que mises en œuvre dans ASALEE, sont celles qui fonctionnent réellement. Ce décalage invite à repenser le modèle d'intervention : ce qui fait l'efficacité de l'ETP n'est pas sa normalisation rigide, mais sa capacité à être personnalisée, co-construite, et adaptée à la singularité du patient et de son contexte de vie. Réserver l'ETP à des programmes prédéfinis révèle une conception centralisée et verticale du soin, fondée sur une logique descendante — le fameux "top-down" — qui montre aujourd'hui ses limites, voire ses échecs, dans un système de santé en tension. Ce constat ne concerne pas seulement l'ETP : il interpelle plus largement la pertinence des dispositifs produits par les Hautes Autorités, Hauts Conseils, et autres structures technocratiques, souvent éloignées du terrain, dont les productions normatives peinent à épouser la réalité mouvante du soin. Dans cette perspective, la reconnaissance des dynamiques d'improvisation professionnelle devient un enjeu central. ASALEE défend une approche du soin primaire qui s'apparente à une pratique musicale vivante, où le patient et l'aidant sont les principaux musiciens, et le soignant un accompagnateur attentif, à l'écoute des rythmes singuliers. Comme dans le jazz, l'improvisation repose sur une maîtrise collective et sensible, non sur la répétition d'un programme figé. Et s'il faut un chef d'orchestre, il est aussi musicien ; parfois discret, comme une contrebasse qui assure le tempo sans se mettre en avant. Opposer les musiques classiques (ordonnées, écrites, institutionnelles) aux musiques improvisées (flexibles, ancrées dans l'instant, co-créatives) résume bien le dilemme actuel du pilotage des soins primaires. ASALEE choisit le camp de l'écoute, de l'adaptation, et de la co-construction. Un camp que les décideurs gagneraient à mieux comprendre, avant de prétendre l'évaluer à l'aide d'outils mal accordés

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des appréciations portées par l'association sur les programmes d'éducation thérapeutiques institutionnels, éléments qui ne concernent pas l'activité d'Asalée qui s'inscrit dans les actions d'accompagnement et n'appellent pas de modification du texte initial**. Rédaction maintenue.**

Les recommandations les plus récentes sur la prise en charge des pathologies chroniques mettent au premier rang les modifications thérapeutiques du mode de vie, cœur de cible de l'activité du dispositif Asalée [74] à [78]

Le texte souligne avec justesse les apports d'ASALEE en tant qu'opérateur d'éducation thérapeutique du patient (ETP), en insistant sur son rôle de seul acteur national structuré conforme aux recommandations de la HAS pour la prise en charge des maladies chroniques. Il convient toutefois d'aller plus loin dans l'analyse. Pour ASALEE, les progrès de la médecine ont profondément transformé notre rapport aux pathologies : même les affections les plus graves s'inscrivent désormais dans une temporalité chronique, nécessitant un accompagnement au long cours plutôt qu'une prise en charge ponctuelle ou exclusivement curative. Par ailleurs, les déterminants sociaux, psychiques et environnementaux, tels que la malnutrition silencieuse, les séquelles du confinement ou les inquiétudes géopolitiques croissantes, touchent désormais l'ensemble de la population. En ce sens, 100 % des

personnes pourraient bénéficier à un moment de leur vie d'une démarche de type ETP, telle que pratiquée dans ASALEE — c'est-à-dire au sein d'une équipe articulant médecins généralistes et infirmiers dans une approche humaniste et contextualisée du soin. Il importe aussi de distinguer l'action ponctuelle d'ETP, exercée ici ou là, d'un véritable projet structurant. Une action isolée, aussi vertueuse soit-elle, ne suffit pas à constituer une entreprise au sens organisationnel du terme. Ce qui fait la force d'ASALEE, c'est précisément sa capacité à relier entre elles ces actions élémentaires, à les structurer dans une démarche mutualisée, professionnalisée, reproductible et outillée, portée par une gouvernance collective, des standards de qualité, un accompagnement transversal et une capacité d'innovation continue. En ce sens, ASALEE réunit toutes les caractéristiques d'une entreprise de santé publique moderne, ancrée dans les territoires, fondée sur le travail en équipe, et porteuse d'un impact systémique sur les pratiques de soin et la prévention en population générale. C'est cette structuration — au-delà des simples actions locales — qui fait la singularité, la robustesse et la légitimité du « dispositif » ASALEE, et qui justifie son déploiement à l'échelle nationale.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des appréciations de l'association, qui n'appellent pas de modification du texte initial : **Rédaction maintenue.**

LES ACTIONS DEPLOYEES PAR ASALEE SONT PARTIELLEMENT CONFORMES AUX DECISIONS DE FINANCEMENT 30

[79] Les activités d'Asalée ont été analysées pour vérifier leur conformité aux décisions de financement, d'une part au regard de la liste des dépenses éligibles à la subvention (partie 2.2 et annexe 1.2) et d'autre part par rapport aux conditions fixées pour le déploiement du dispositif (parties 2.2 et 2.3 et annexe 1.1).

L'analyse de la conformité des dépenses au regard de décisions de financement floues ou changeantes perd tout son sens si elle n'est pas couplée à une évaluation rigoureuse des effets produits sur la santé publique et sur les économies réalisées. Dans le cas d'ASALEE, qui représente seulement 0,05 % du budget de la CNAM aujourd'hui et ambitionne de représenter 0,5 % à l'horizon de trois ans, focaliser l'attention sur des détails budgétaires sans tenir compte de l'impact réel revient à adopter une vision comptable réductrice, déconnectée des enjeux sanitaires majeurs. La lecture du rapport, qui semble s'employer à traquer minutieusement des irrégularités formelles, peut finir par lasser, tant elle donne le sentiment d'un exercice de contrôle orienté, plus soucieux de disqualifier que de comprendre. Pourtant, cette posture révèle, en filigrane, une stratégie plus large : celle d'un modèle de pilotage des dépenses de santé fondé exclusivement sur une logique de flux, de conformité administrative et d'ajustement comptable. C'est exactement ce que traduit, année après année, le rapport charges/produits de la CNAM, dont les conclusions contribuent à une politique de santé désarticulée, perdue entre pilotage budgétaire et absence d'évaluation des résultats sanitaires. Au bout de vingt ans, le constat est clair : le système est en perte de contrôle, incapable de mesurer sa propre efficacité autrement qu'en « comblant le trou ». C'est pourquoi nous appelons à une refondation complète de l'approche d'évaluation. Il faut commencer par mesurer les effets : sur la santé des patients, sur la cohésion des équipes, sur l'efficience du système. Ensuite, analyser les leviers entrepreneuriaux, organisationnels et professionnels qui ont permis ces résultats, et seulement en troisième lieu, discuter des moyens nécessaires à la consolidation ou à la généralisation. Replacer l'analyse de l'impact avant le contrôle formel, et le soin avant la norme, voilà le véritable enjeu d'une politique de santé responsable et moderne.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[80] L'analyse des dépenses effectuées par l'association au cours de la période 2019-2023 (cf. annexe 1.2) montre que, dans leur quasi-totalité, celles-ci sont conformes aux décisions de financement prises depuis 2019. Une part résiduelle de ces dépenses a été contestée par l'assurance maladie sans qu'il soit possible de statuer sur leur conformité en raison de l'imprécision de la convention signée en 2019 et du manque de distinction claire, dans les comptes d'Asalée, des différentes ressources et de leur emploi.

Dépenses inscrites dans les décisions de financement de l'assurance maladie

En application de la loi DCRA (art. 9-1), les projets subventionnés sont définis par le bénéficiaire. L'article 10 prévoit néanmoins que ce dernier et le financeur concluent une convention définissant notamment l'objet et les conditions de la subvention.

En l'espèce, l'article 7 de la convention signée en 2019 énumère les dépenses éligibles *« pour les ETP infirmiers ASALEE en activité »* (forfait activité) :

« - Les indemnités des médecins pour leur participation aux réunions de debrief mensuel prévues dans le dispositif

- Les honoraires ou salaires et charges des infirmiers

- Les frais de structure (logistique, fonctions support métier, fonction support ingénierie) : le système d'information support, l'accompagnement, le recrutement, le développement et ajustement continu du protocole, le contrôle interne. »

Le même article indique que le *« forfait formation [...] contribue à couvrir les frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources. »*

Prise de façon rétroactive en mars 2024 (cf. partie 4), la décision de financement pour 2023 reprend, à quelques détails près, cette liste de dépenses.

Eu égard à la jurisprudence concernant la détermination des conditions mises à l'octroi de subventions, les conditions posées par la convention de 2019 et ses avenants peuvent être considérées comme s'appliquant aux subventions accordées en 2023 (cf. encadré ci-dessous).

Les conditions mises au financement en 2023

En l'absence de convention ou même de toute décision écrite venant formaliser l'octroi de la subvention au cours de l'année 2023, les conditions mises à cet octroi sont plus difficiles à déterminer.

De telles conditions, en effet, doivent être fixées par la personne publique au plus tard à la date à laquelle la subvention est octroyée[152]. Si elles ne découlent pas des normes régissant la convention ou n'ont pas été précisées par la personne publique dans sa décision d'octroi, ces conditions peuvent toutefois découler implicitement mais nécessairement de l'objet même de la subvention[153]. Il s'agit alors de reconstituer de façon suffisamment claire l'intention du financeur. En l'espèce, en l'absence d'acte formalisant l'octroi de la subvention au cours de l'année 2023, les conditions qui avaient été mises au versement pendant les années qui précédaient – c'est-à-dire celles détaillées dans la convention signée en 2019 et ses avenants – peuvent être regardées comme ayant implicitement accompagné la poursuite, à effectif constant, des versements mensuels.

La présentation faite par l'IGAS concernant le cadre juridique et le contenu applicable à l'année 2023 s'avère particulièrement trompeuse. En effet, elle passe sous silence un élément déterminant : l'absence de convention formelle en 2023, compensée tardivement — et de manière précipitée — par un acte unilatéral émis par la Direction générale de la CNAM en mars 2024. Cette initiative, prise en dehors de toute concertation réelle, a d'ailleurs suscité des réserves jusqu'au sein du cabinet ministériel : le conseiller du ministre lui-même aurait reconnu que « ce n'est pas malin », précisément parce que cette manœuvre empêche toute réclamation a posteriori fondée sur l'absence de convention — ce qui aurait pu, en droit, entraîner l'application par défaut de l'avenant 2022. La formulation retenue dans l'acte unilatéral — évoquant une "poursuite à effectif constant des effectifs mensuels, implicitement accompagnée" — apparaît à la fois juridiquement fragile et politiquement contestable. Une telle expression, floue et auto-justificative, soulève d'évidentes interrogations sur sa recevabilité devant un juge administratif. Peut-on vraiment parler d'un cadre juridique opposable lorsqu'il repose sur des formules aussi ambivalentes ? Dans tous les cas, le Comité de surveillance d'ASALEE, que l'association réunira à cet effet, se penchera attentivement sur cette construction juridique bancale, afin d'en apprécier la légalité, les conséquences pratiques, et les responsabilités engagées. Ce point, loin d'être anecdotique, illustre de manière exemplaire les contradictions et approximations de l'approche institutionnelle portée par l'IGAS et la CNAM dans leur gestion du partenariat avec ASALEE.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée qui n'appellent pas de modification du texte initial. En l'absence d'acte formalisant l'octroi de la subvention au cours de l'année 2023, les conditions qui avaient été mises au versement pendant les années qui précédaient – c'est-à-dire celles détaillées dans la convention signée en 2019 et ses avenants – peuvent être regardées comme ayant implicitement accompagné la poursuite, à effectif constant, des versements mensuels. **Rédaction maintenue.**

[152] CE, 27 mai 2021, *M. Bachy c. INSERM*, n° 433660, aux tables.

[153] CE, 5 juillet 2010, *CCI de l'Indre*, n° 308615, rec. et CE avis, 29 mai 2019, SAS Royal Cinéma, n° 428040, rec.

[81] L'analyse des comptes de l'association sur la période 2019-2023 montre que, dans leur très grande majorité, les dépenses d'Asalée correspondent – au regard de leur nature – à la liste énumérée par la convention de 2019 et la décision de financement pour 2023. Il s'agit notamment des charges de personnel (salaires, charges sociales, indemnités des infirmières et des médecins) qui représentent 82 % des dépenses (54 M€/an en moyenne). S'y ajoutent des frais de fonctionnement (ingénierie et support, déplacements, équipements…) et des frais de formation, également prévus explicitement. Au total, 95 % des dépenses peuvent être considérées comme conformes aux décisions de financement au regard de leur nature.

> *Dans ce paragraphe, l'IGAS établit explicitement le lien entre l'analyse de la conformité des dépenses effectuées en 2023 et la décision de financement formalisée par l'acte unilatéral émis en 2024. Autrement dit, elle évalue rétroactivement les dépenses de l'année 2023 à l'aune d'un cadre juridique postérieur, ce qui soulève une sérieuse question de cohérence et de validité juridique. En fondant son appréciation sur un document adopté plus d'un an après le début de l'exercice concerné, l'IGAS légitime ainsi une forme de relecture ex post des engagements financiers, au détriment de la lisibilité et de la sécurité contractuelle attendues par un opérateur comme ASALEE.*

Réponse de la mission : La conformité des dépenses est analysée de façon détaillée dans l'annexe 1.2 (notamment la partie 2.1). Elle se fonde sur la convention de 2021 et ses avenants et non pas sur la décision de financement pour 2023. **Rédaction maintenue.**

[82] Parmi les dépenses restantes (5 % du total) figurent au premier rang les locations immobilières[154], apparues au milieu des années 2010 et contestées par l'assurance maladie dès 2018 car ne figurant pas explicitement dans la convention. Ces dépenses connaissent une forte progression jusqu'à fin 2022 (140 % d'augmentation en 3 ans, pour atteindre 2,4 M€ par an), date à laquelle la CNAM exige que l'association mette un terme à tous les baux sous un an. Cette décision, vivement contestée par l'association qui y voit une tentative de mettre un coup d'arrêt à son déploiement, n'a été que partiellement respectée et ces dépenses ont continué à croître (à un rythme toutefois nettement plus lent) pour atteindre 2,8 M€ en 2023[155].

[83] La moitié des infirmiers en bénéficient fin 2023. Lors de ses déplacements de terrain, la mission a pu constater l'importance, pour certains des infirmiers rencontrés, de la prise en charge (au moins partielle) de ces loyers pour conforter leur place au sein des cabinets et obtenir de bonnes conditions de travail.

[84] Étant donné l'imprécision de la convention[156], il n'est pas possible de statuer sur la conformité de ces dépenses. En cas de nouvelle convention de financement, elles devraient donc être explicitement et précisément encadrées (cf. *infra* recommandation n°7).

---

[154] Dépenses liées, pour l'essentiel, à une prise en charge par Asalée d'une partie des loyers correspondant aux locaux occupés par les infirmiers dans les cabinets médicaux.

[155] Ces dépenses incluent des locations de salles et des locaux parisiens d'Asalée : 160 k€ en 2023 et 82 k€ en 2022.

[156] Les « *salaires et charges des infirmiers* » sont mentionnés sans préciser ces charges ; surtout, les « *frais de structure* » sont détaillés par deux énumérations, dont l'une inclue la logistique, sans s'articuler clairement entre elles. D'ailleurs, l'avenant signé en 2021, tout en indiquant que cette dépense n'était pas « *expressément* » prévue, engageait les parties à conduire « *des travaux visant à encadrer la participation de l'association Asalée au financement de ces loyers* », ce qu'elles n'ont pas fait.

[85] D'autres dépenses ont été contestées par l'assurance maladie comme ne figurant pas explicitement dans les décisions de financement : les licences informatiques (souscrites par Asalée pour permettre aux infirmiers d'accéder aux logiciels de cabinet des médecins), la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA)[157] et le recrutement de personnels non-infirmiers [redacted], principalement des médiateurs en santé qui, [redacted] peuvent difficilement être rattachées aux « *frais de structure* »).

[86] Là encore, il n'a pas été possible à la mission de statuer sur la conformité de ces dépenses faute de dispositions conventionnelles claires mais aussi faute d'une distinction complète (dans les budgets et les comptes de l'association) des différentes ressources et de leur emploi permettant de vérifier un usage de la subvention de l'assurance maladie conforme à la convention.

[87] S'agissant des infirmiers en pratique avancée, la mission considère que la prise en charge de leur formation par Asalée est fondée, au regard des objectifs fixés dans la convention et du très faible nombre d'IPA formées en France au début des années 2020[158]. En revanche, il est regrettable qu'Asalée n'ait pas instauré une clause de dédit-formation[159] compte tenu de l'importance des sommes engagées (150 k€/IPA).

> *L'affirmation de l'IGAS selon laquelle l'association n'aurait respecté qu'imparfaitement en 2023 la décision de la CNAM est inexacte et trompeuse. En réalité, ASALEE a strictement appliqué la directive transmise par la CNAM le 22 décembre 2022, laquelle interdisait la prise en charge des dépenses immobilières pour tous les nouveaux sites dont l'ouverture était prévue à compter du 1er janvier 2023. Cette décision, brutale et sans préavis, a contraint l'association à bloquer immédiatement les projets de plus de 25 équipes, plongeant plusieurs d'entre elles — notamment des infirmières — dans des difficultés logistiques et humaines majeures, allant jusqu'à des abandons purs et simples de poste ou de projet, du fait de l'impossibilité matérielle d'exercer sans espace dédié. Par ailleurs, l'augmentation apparente des dépenses immobilières en 2023 ne découle en rien de l'installation de nouveaux sites non conformes à la directive, mais correspond à des engagements pris antérieurement, notamment des sites ouverts en cours d'année 2022, dont les frais immobiliers n'ont commencé à être comptabilisés que partiellement, souvent de manière étalée. Il est donc inexact de faire le lien entre ces dépenses et une prétendue transgression des règles fixées par la CNAM. Il est également nécessaire de rappeler que la décision du 22 décembre 2022 contredit frontalement les conclusions de la réunion tenue le 24 octobre 2022 entre la DSS, la CNAM et ASALEE. Au cours de cette réunion, il avait été acté de maintenir un statu quo pour l'année 2023, tout en ouvrant un espace de travail conjoint sur les perspectives de financement immobilier. Or, le compte rendu de cette réunion — s'il existe — ne reflète pas cet engagement, ce qui constitue une zone d'ombre dans la traçabilité des décisions prises.*

Réponse de la mission : [redacted]

[157] Infirmiers Asalée suivant un master pendant 2 ans.

[158] En France, on dénombrait 63 IPA fin 20019 et 323 fin 2020.

[159] Clause imposant à l'infirmier de travailler par la suite au sein de l'association pendant une certaine durée, à l'issue de sa formation financée par Asalée.

[redacted] La demande de la CNAM n'a donc pas été mise en œuvre. **Rédaction corrigée.** Cette demande, vivement contestée par l'association qui y voit une tentative de mettre un coup d'arrêt à son déploiement, n'a pas été mise en œuvre....

> *ASALEE note que la prise en charge des dépenses de formation était valide. Concernant la recommandation de l'IGAS d'introduire une clause de dédit formation pour les infirmières s'engageant dans un parcours de formation IPA, il convient de noter que cette clause est d'ores et déjà prévue et intégrée dans les contrats en vigueur au moment de la rédaction du rapport. La formulation de cette recommandation donne donc à tort l'impression d'un vide contractuel ou d'un défaut d'anticipation de la part d'ASALEE, alors que la structure s'est conformée de manière proactive à cette exigence, dans un souci de pérennité des engagements réciproques et de bonne gestion des ressources humaines.*

Réponse de la mission : Asalée a indiqué à la mission, en janvier 2025, n'avoir pas mis en œuvre cette disposition (réponse à la question 2.2 du questionnaire 4bis). La mission prend note que désormais cette clause figure dans les contrats concernés. **Rédaction maintenue.**

[88] La distinction selon les différentes ressources et leur emploi est également nécessaire s'agissant des prestations de service que l'association s'efforce de développer à partir de 2020, avec un succès limité puisqu'elles ne représentent que 165 k€ en 2023, pour diversifier ses sources de financement : [redacted]

[89] Si des progrès notables ont été faits s'agissant des recettes (les temps consacrés à ces prestations sont déduits des ETP facturés à l'assurance maladie), les dépenses ne sont pas distinguées, ce qui ne permet pas de s'assurer que les subventions de l'assurance maladie ne soient pas utilisées pour offrir ces prestations. Cette transparence comptable et budgétaire permettrait de concilier le respect des obligations conventionnelles avec la possibilité qu'a Asalée, comme toute association, de développer des activités conformes à ses statuts.

[90] Cette transparence permettrait également d'éviter les risques de double financement, comme cela a été fait avec succès pour les activités Asalée réalisées par les centres de santé. Outre l'amélioration de la qualité des comptes, cela suppose l'établissement des comptes-rendus financiers de subvention comme le prévoit la loi du 12 avril 2000 dite DCRA.

> *Affirmer que l'association chercherait à développer de nouvelles activités en 2023, mais avec un succès limité, relève d'une lecture pour le moins malhonnête, quand on sait que la CNAM a expressément interdit à ASALEE, par une injonction datée du 22 décembre 2022, de développer toute activité complémentaire. Pointer ensuite l'absence de résultats dans ce contexte de restriction administrative est non seulement paradoxal, mais aussi intellectuellement biaisé. Ce n'est qu'à partir d'août 2023 que la Direction administrative et financière d'ASALEE a pris la décision de s'affranchir d'un certain nombre de recommandations ou d'injonctions, dont l'analyse juridique a ensuite mis en lumière le caractère irrégulier ou infondé. Cette reprise d'autonomie s'inscrit dans une dynamique de reconquête de la marge d'initiative nécessaire à tout opérateur engagé dans une logique d'innovation en santé publique.*

Réponse de la mission : Les prestations de service développées par Asalée et les échanges qu'elles ont suscité avec l'assurance maladie sont détaillées en annexe 1.2 (parties 2.4). De fait l'assurance maladie y a posé, fin 2022, des restrictions. **Rédaction corrigée.** Remplacement de « succès » par « résultat ».

> *En outre, suggérer qu'ASALEE ne contrôlerait pas le risque de double financement est particulièrement choquant, alors même que les mécanismes de sur-rémunération liés aux ACI MSP ou aux ROSP sont entièrement déployés par la CNAM, sans coordination avec ASALEE, alors même que ces dispositifs s'appliquent parfois à des sites accueillant des équipes ASALEE. Il est donc légitime qu'ASALEE, dans le cadre de son effort de transparence, examine désormais de près la manière dont les tutelles elles-mêmes appliquent les règles de non-redondance financière qu'elles exigent de l'association. Cette démarche vise à rétablir une lecture rigoureuse et équitable des responsabilités dans l'allocation des fonds publics. Nous plaçons naturellement de fortes attentes dans la future rencontre avec la Cour des comptes sur ce point précis, espérant qu'elle permette un éclaircissement objectif, rigoureux et équitable des responsabilités, des pratiques de financement, et des contradictions relevées. Ce rendez-vous constituera, à nos yeux, une étape décisive pour rétablir la vérité des faits et poser les bases d'un dialogue institutionnel renouvelé.*

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[92] L'indemnisation du temps de concertation représente l'essentiel de ces dépenses, en moyenne 11,4 % de la subvention versée par l'assurance maladie. D'un montant modeste en moyenne pour un médecin (1 228 euros en 2023), elle représente, compte tenu du volume de médecins adhérents au dispositif (plus de 9 000 fin 2023), une charge croissante.

[93] Le calcul des indemnités de concertation n'est pas fixé dans les décisions de financement[160]. [redacted]

[94] Des dispositions conventionnelles doivent être prises pour fixer des règles précises permettant de rémunérer les temps réels de concertation (cf. *infra* recommandation n°7). Elles permettraient plus généralement de clarifier la répartition des charges et donc l'équilibre qui sous-tend le fonctionnement d'Asalée, entre deux logiques :

- une prise en charge complète des charges par l'association, dans une logique d'offre de service aux patients et d'autonomie de l'infirmier sur le plan financier et logistique ;

[160] Jusqu'en 2023, c'est une disposition tirée d'une convention de financement de 2012 qui était mise en oeuvre. En 2023, la décision de financement renvoie à une annexe qui n'existe pas.

- une prise en charge de certaines charges par les médecins dans une logique de contrepartie de ce qui pourrait être regardé comme un service qui leur est accordé au moyen d'une association dont ils sont membres.

[95] L'articulation entre ces deux logiques doit être déterminée au regard des critères de soutenabilité financière pour les finances publiques et d'acceptabilité pour les différents acteurs, notamment les médecins et les patients.

[96] Enfin, alors que la convention de 2019 et la décision de financement pour 2023 prévoient explicitement le principe d'une indemnisation des médecins pour le temps passé en concertation avec les infirmiers, rien n'est prévu pour leur formation. Ces dépenses peuvent donc être considérées comme irrégulières par rapport aux décisions de financement. [redacted]. Pour les autres années, les informations transmises par Asalée ne permettent pas d'identifier précisément ces dépenses. Des dispositions conventionnelles sont donc nécessaires si, à l'avenir, les parties décidaient d'inclure la formation des médecins parmi les dépenses éligibles.

> *L'analyse des dépenses liées à l'immobilier et à la concertation attribuées aux médecins repose sur un biais majeur : aucune indemnisation pour concertation n'a été versée aux médecins depuis les dernières sessions tenues en septembre 2022. Dès lors, affirmer que 13,8 M€ auraient été alloués aux médecins en 2023 constitue une contre-vérité manifeste, qui fausse gravement l'appréciation du rapport. Il est d'ailleurs révélateur que le document lui-même mentionne un montant moyen de seulement 1 228 € par médecin et par an, soit à peine 94 € mensuels, un chiffre dérisoire au regard du niveau d'engagement, de responsabilité et de charge de travail assumé par les médecins dans le cadre du dispositif ASALEE. Ce décalage entre la réalité des versements et les besoins réels met en lumière l'inadéquation du financement consenti avec les exigences concrètes du travail de concertation, pourtant au cœur du fonctionnement en équipe. Il est d'autant plus étonnant que le rapport parvienne, malgré cette réalité objectivement sous-financée, à formuler une critique de l'approche d'ASALEE sur ce point précis, comme si l'implication des médecins devait être jugée à l'aune de critères inapplicables ou biaisés. Cette sévérité contraste fortement avec l'attitude beaucoup plus conciliante adoptée à l'égard d'autres opérateurs, auxquels des forfaits conséquents sont alloués sans qu'aucune justification, même déclarative, ne soit exigée en retour. Ce double standard soulève une réelle question d'équité dans le traitement des acteurs du système de santé. Il apparaît qu'ASALEE, malgré une traçabilité rigoureuse de ses pratiques et un effort continu de transparence, fait l'objet d'un examen disproportionné, là où d'autres structures bénéficient d'une forme d'impunité financière. Une telle asymétrie interroge non seulement sur la cohérence des critères d'évaluation mobilisés, mais aussi sur la logique politique et administrative sous-jacente à cette disparité de traitement.*

Réponse de la mission : Asalée a comptabilisé les indemnités médecins en 2023 mais ne les a effectivement pas versées ce qui figure en annexe au paragraphe 550. **Rédaction précisée**. Pour gérer ses besoins de trésorerie, l'association ne verse plus les indemnités médecins à partir de 2023 augmentant ainsi son passif.

[97] L'analyse détaillée du déploiement du dispositif Asalée (cf. annexe 1.1) montre que les conditions fixées dans les décisions de financement n'ont été que partiellement respectées, en particulier s'agissant des plafonds d'effectifs financés, conduisant à de graves difficultés

financières en 2023 et 2024. En revanche, la répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes aux décisions de financement. Quant aux activités déployées, la convention n'est pas suffisamment précise pour qu'il soit possible de se prononcer sur leur conformité.

> *ASALEE s'est déjà clairement exprimée sur la question des équivalents temps plein (ETP) : de 2019 à 2022, l'évolution des ETP a été rigoureusement conforme aux conventions et avenants signés, l'assurance maladie étant informée mois par mois de la progression. Pour l'année 2023, un budget prévisionnel complet a été transmis dès le début de l'année, mais la CNAM a sciemment laissé ASALEE dans l'incertitude, soumettant l'association à des propositions d'avenants successifs dont nous avons démontré qu'ils étaient juridiquement contestables, notamment en raison d'atteintes au RGPD et d'une formulation déséquilibrée, bien que le seuil de 1 400 ETP y ait été validé. Le 15 décembre 2023, le représentant de l'assurance maladie nous a informés, de manière totalement inattendue, que ce seuil n'était finalement « plus valable », tout en annonçant qu'un nouvel avenant serait proposé dans la semaine suivante... qui ne viendra jamais. Pire encore, en février 2023, la CNAM a volontairement différé de quatre jours un paiement crucial, précipitant une tension de trésorerie qui aurait pu être évitée, illustrant une volonté manifeste de mettre l'association en difficulté. Les difficultés financières d'ASALEE en 2023 et 2024 ne sont donc en aucun cas le fruit d'une mauvaise gestion interne, mais résultent directement de l'attitude délibérée de la CNAM. Parallèlement, la DSS, en imposant un comité de surveillance au fonctionnement opaque, a privé l'association de ses fonds propres, aggravant ainsi la situation. Ces responsabilités sont aujourd'hui parfaitement identifiées, et plus personne n'est dupe quant à la nature réelle des entraves rencontrées. Ce ne sont ni les insinuations implicites, ni les tentatives de réécriture des faits contenues dans le rapport, qui parviendront à masquer cette réalité.*

Réponse de la mission : Le dépassement récurrent, par Asalée, des plafonds de financement est traité de façon détaillée dans l'annexe 1.1 (partie 2.1.2). La crise financière qui en a découlé en 2023 est analysée de façon détaillée dans l'annexe 1.3, notamment la partie 1.5. **Rédaction maintenue.**

[98] Initialement centrées sur quatre pathologies chroniques et le dépistage des cancers, les activités d'Asalée se sont élargies à d'autres thématiques, qui représentent aujourd'hui près de la moitié de son activité : surpoids chez l'enfant, parcours complexes, remise en mouvement (marche), prévention collective « *hors les murs* » ...

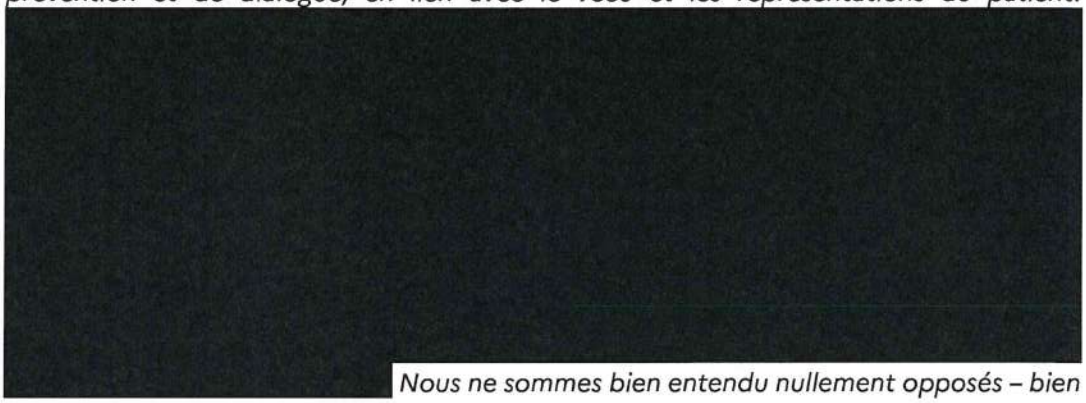
[99] Cette diversification répond aux besoins des patients qui, selon l'association, ont fortement évolué : complexité croissante des pathologies et recrudescence des problèmes de santé mentale, de nutrition, de précarité.... Elle découle de l'approche globale, fondée sur l'éducation thérapeutique du patient et la coordination entre médecin et infirmière, mise en œuvre par Asalée depuis sa création, au bénéfice des malades chroniques.

[100] Sur ce point, les dispositions conventionnelles ne sont pas suffisamment précises (elles sont même en partie contradictoires – *cf. supra* partie 1) pour juger de la conformité des activités déployées. La convention renvoie en tout cas au protocole de coopération, dans lequel les quatre pathologies chroniques socles n'ont pas de caractère limitatif à l'exception des actes dérogatoires. À défaut de la lettre, l'esprit de la convention peut donc être considéré comme respecté.

[101] Activités déployées, dépenses immobilières, licences informatiques, formation des IPA, indemnités de concertation des médecins (cf. *supra*) : sur tous ces sujets, malgré les déclarations des parties, aucun amendement notable n'a été apporté aux dispositions conventionnelles qui sont restées pour l'essentiel les mêmes depuis 2013, alors qu'en 10 ans les sommes versées ont été multipliées par près de 300 et que les activités de l'association se sont considérablement élargies.

[102] En cas de poursuite des financements publics, la révision en profondeur des dispositions conventionnelles s'impose donc, en cohérence avec l'actualisation du protocole de coopération (cf. recommandation n°1).

Il ne faut pas confondre, les quatre actes dérogatoires aux conditions légales d'exercice, encadrés par le protocole de coopération 2012 et portant sur quatre pathologies identifiées, et d'autre part, l'activité d'éducation à la santé, qui est au cœur de la démarche ASALEE dès 2004 et qui concerne l'ensemble des situations cliniques rencontrées. Cette confusion masque une réalité essentielle : l'éducation à la santé ne se limite pas à des pathologies définies, mais s'inscrit dans une logique globale d'accompagnement, de prévention et de dialogue, en lien avec le vécu et les représentations du patient.



Nous ne sommes bien entendu nullement opposés – bien au contraire – à ce que la convention reflète l'ensemble du périmètre des services effectivement rendus. Une telle transparence est même souhaitable, car elle met en lumière la richesse et la diversité des actions menées dans le cadre de la démarche ASALEE. Cela plaide d'autant plus en faveur d'une évaluation économique globale, qui ne se limite pas à des segments d'activité ou à des indicateurs isolés, mais qui prenne en compte l'impact réel de l'approche sur l'ensemble de la patientèle du cabinet médical. Cette vision systémique est la seule à même de rendre justice à l'efficacité, à la complémentarité des interventions, et à la plus-value médico-économique générée par le travail coordonné des équipes.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[104] Le déploiement très rapide du dispositif Asalée (cf. partie 1.1) s'est largement affranchi des plafonds de financement (exprimés en ETP) inscrits dans la convention signée en 2019. Depuis 2017, l'association n'a respecté ces plafonds[161] qu'à deux reprises : en 2019, mais avec un

[161] Aux termes des articles 6 et 8 combinés de la convention de 2019, les plafonds doivent être respectés chaque mois.

dépassement de l'objectif prévisionnel, et 2021, grâce à un avenant relevant le plafond initial de 300 ETP[162]. Les dépassements ont été particulièrement importants en 2020 et surtout 2023.

[105] En septembre 2024, date de la fin de la période de contrôle, le plafond fixé dans la convention signée en mai était respecté grâce à la diminution du nombre d'ETP amorcée à partir du mois de mars.

[106] En 2022, les ressources propres de l'association (subventions des ARS et prestations de service) lui ont permis de financer ces dépassements. Ce n'est pas le cas pour les autres années (2017, 2018 et surtout 2020) pour lesquelles c'est la subvention de l'assurance maladie qui a été – de façon irrégulière - mise à contribution, grâce aux excédents constitués au cours des exercices précédents (cf. *infra* partie 2.2.3).

Tableau 12 : Montée en puissance du dispositif Asalée

Année	Montant subvention assurance maladie (M€)	Nombre d'ETP moyen annuel	Nombre ETP au 31/12	Plafond en ETP fixé par la convention [163]	Nombre de mois dépassant le plafond
2013	3,00	[redacted]	[redacted]	NA	NA
2014	6,249	[redacted]	[redacted]	NA	NA
2015	11,046	[redacted]	[redacted]	167	0
2016	13,477	[redacted]	[redacted]	217	0
2017	16,865	[redacted]	[redacted]	267	1
2018	20,455	[redacted]	[redacted]	367	1
2019	39,459	[redacted]	[redacted]	700 (obj. prev. 500)[164]	0
2020	50,489	[redacted]	[redacted]	700 (obj. prev. 600)	9
2021	48,420	[redacted]	[redacted]	700 puis 1000	0
2022	73,790	[redacted]	[redacted]	1 200	2
2023	83,055	[redacted]	[redacted]	1 200	12

Source : Mission IGAS d'après CPAM 79

[107] Les dépassements récurrents des plafonds d'ETP s'expliquent par la posture de l'association qui les décrit comme des « *contraintes* » entravant son développement « *naturel* » [165]. Ils résultent aussi du modèle organisationnel d'Asalée fondé sur la déconcentration et l'initiative,

[162] Lors de ces dépassements, seuls les ETP prévus par la convention (ou l'acte unilatéral en 2023) ont été payés par l'assurance maladie.
[163] En 2023, il s'agit d'une décision de financement prise par la CNAM.
[164] En 2019, un plafond prévisionnel de 500 ETP avait été fixé. 600 ETP en 2020.
[165] Cf. le rapport d'activité 2022 d'Asalée et la réponse au questionnaire n°3.

conformément aux principes de l'holacratie et [redacted][166]. Cette organisation, agile et réactive, a permis une grande autonomie sur le terrain. En revanche, elle ne permet pas un véritable pilotage des recrutements [redacted] (cf. annexe 1.1).

[108] Ces procédures, élaborées pour une expérimentation locale, ne sont plus adaptées à la gestion d'un dispositif comportant plusieurs milliers de salariés. Elles doivent donc être davantage formalisées et structurées.

Recommandation n°8 : [Asalée] Mettre en œuvre un réel pilotage du déploiement du dispositif Asalée, incluant un budget prévisionnel, des objectifs territorialisés de recrutement et un suivi rigoureux de leur respect.

Recommandation n°9 : [Asalée] Formaliser la procédure de recrutement des équipes Asalée et produire des indicateurs rendant compte de sa mise en œuvre.

2.2.3 Les dépassements des plafonds conventionnels ont conduit à une dégradation de la situation financière de l'association sur la période récente

[109] Sur le plan financier, ces dépassements des plafonds conventionnels ne posent pas de difficulté financière jusqu'en 2020 ; au contraire, le calibrage approximatif et généreux du forfait par infirmier qui détermine le montant de la subvention de l'assurance maladie (80 k€ puis 71 k€ à partir de 2019)[167] et un certain amortissement des coûts fixes conduisent l'association à une accumulation de résultats. Le pilotage par le financeur reste alors peu contraignant et celui-ci ne récupère pas la part de subvention non utilisée, comme il en a le pouvoir en vertu de la loi[168], dans un contexte où la convention ne précise pas les conditions dans lesquelles tout ou partie de la subvention non consommée peut être conservée[169].

> *L'IGAS formule une demande visant à ce qu'ASALEE mette en place un « réel pilotage », fondé sur un budget prévisionnel, et formalise davantage sa procédure de recrutement. ASALEE réfute clairement cette critique, qu'elle considère infondée, car ces éléments existent déjà dans son fonctionnement interne, de manière structurée et documentée. En ce qui concerne la gestion des équivalents temps plein (ETP), les difficultés rencontrées ne relèvent pas d'un défaut de pilotage de la part de l'association, mais d'une instabilité contractuelle persistante provoquée par les tutelles elles- mêmes. En effet, depuis 2019, les conventions et avenants signés entre ASALEE et la CNAM sont systématiquement rétroactifs, avec un délai moyen de 4 à 7 mois entre le début d'exercice de la convention et sa signature effective (par exemple, une convention signée en juillet avec effet rétroactif au 1er janvier). Cette situation rend toute planification rigoureuse extrêmement complexe, et expose l'association à des risques structurels qu'elle ne contrôle pas. Pour 2023, les deux propositions d'avenants transmises par la CNAM ont été jugées inacceptables. Le premier, en juillet, posait des problèmes de conformité au RGPD, notamment en prévoyant la surveillance des temps libres des médecins. Le second, en août, comportait des clauses*

[166] [redacted]

[167] 50 k€ pour l'infirmier, 15 k€ pour le médecin, 15 k€ pour les frais de structure.

[168] Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, article 43, IV ; CRPA, art. L. 242-2 du code des relations entre le public et l'administration.

[169] Loi du 12 avril 2000, art. 10, al 4.

qualifiables de léonines, traduisant une ingérence inacceptable et une tentative de gestion de fait. Pourtant, sur le fond, les prévisions budgétaires présentées par ASALEE — 1400 ETP à 71 000 € par ETP — étaient réalistes et alignées avec les besoins opérationnels. L'acte unilatéral finalement imposé en mars 2024, pour couvrir l'année 2023, s'est volontairement situé en-deçà du réel, contribuant ainsi à asphyxier financièrement l'organisation. Concernant la convention 2024, elle ne sera signée qu'en juin de cette même année, avec un effet rétroactif au 1er janvier, fixant un plafond à 1550 ETP. Il est à noter que le ministre de la Santé Frédéric Valletoux a annoncé en juillet 2024 une subvention partielle, couvrant seulement 50 % des [redacted] *ETP supplémentaires mobilisés en 2023, soit un soutien très en deçà des besoins réellement engagés. Il convient donc de rappeler que l'absence de visibilité financière, le défaut de réponse au budget prévisionnel rigoureusement présenté par ASALEE, et l'instabilité institutionnelle ne relèvent pas de carences internes, mais d'une gestion institutionnelle défaillante. Enfin, la procédure de recrutement d'ASALEE est formalisée, disponible, et régulièrement appliquée. Elle est connue de l'ensemble des responsables territoriaux, repose sur des critères précis, et intègre des validations successives, garantissant transparence, qualité, et conformité réglementaire. La mise en cause de son absence est donc, là encore, injustifiée.*

Réponse de la mission : Les causes des dépassements récurrents, par Asalée, des plafonds de financement sont détaillées dans l'annexe 1.1 (partie 2.1.3). Le processus (peu transparent) de sélection des médecins est analysé dans la même annexe (partie 2.5). **Rédaction maintenue.**

[112] [redacted]

Le Groupement

L'association « *Le Groupement* » a été créée en février 2020 par des médecins généralistes pour contribuer au développement des assistants médicaux. C'est un groupement d'employeurs qui offre à ses adhérents (les médecins généralistes) un service complet, de l'étude de faisabilité au portage des contrats de travail en passant par l'accompagnement des équipes MG/assistants médicaux. Cette association est présidée, depuis sa création, par l'actuelle présidente d'Asalée qui a occupé, précédemment, les fonctions de secrétaire puis trésorière-adjointe.

[113] [redacted]

[redacted]

Réponse de la mission :

[redacted]

Rédaction maintenue.

La crise financière des années 2023 et 2024

L'année 2023 constitue le début d'une crise financière pour l'association. Malgré l'absence de convention, elle poursuit sa stratégie de développement comptant sur une signature à mi-année à effet rétroactif. En dépit de l'absence de convention, la CPAM 79 continue de payer l'association Asalée dans la limite de la précédente convention : 83 M€ ont été versés en 2023. Les négociations entre la CNAM et l'association n'aboutissent pas. [redacted] ne verse plus les indemnités de concertation dues aux médecins [redacted] mais maintient certaines dépenses. Elle engage une action contentieuse en référé dans le but d'obtenir les versements d'un acompte anticipé, sans succès.

En 2024, malgré la persistance de versement par la CPAM 79 à hauteur de la précédente convention et compte tenu du nombre d'infirmiers supérieur au plafond prévu par cette convention, la situation devient critique. [redacted] le cabinet du ministre en charge de la santé intervient auprès des différents acteurs pour débloquer la situation. Deux décisions de subventionnement sont notifiées à l'association le 11 mars 2024, respectivement pour l'année 2023 et pour le premier semestre 2024. Une convention rétroactive sur l'année 2024 est signée le 11 juin. Le 3 juillet, le ministre en charge de la santé accorde une aide exceptionnelle à l'association de 6,7 M€, en annonçant qu'elle transitera par les crédits du Fonds d'intervention régional de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Cette aide vise le « *financement de la moitié du surcoût engendré par le dépassement du nombre d'infirmiers embauchés par rapport au plafond prévu par la précédente*

[170] C com, art. L. 612-3. La procédure comprend quatre phases graduelles allant jusqu'à la saisine du tribunal judiciaire. Une première phase avait été initiée en juillet 2023. La procédure d'alerte est allée jusqu'à la phase 3.

convention »[171]. [redacted]

[114] La période 2023-2024 témoigne ainsi d'importantes prises de risque de la part de la direction d'Asalée. Elle poursuit, sans convention, un développement fort (les charges de personnel triplent sur la période 2019-2023 alors que la subvention ne fait « *que* » doubler) et ne prend que très tardivement, [redacted], la mesure du risque de cessation de paiement et d'ouverture d'une procédure collective. Cette issue n'a pu être repoussée que grâce au maintien des paiements sur la base de l'avenant 2022 par la CPAM 79, sur instruction de la CNAM, et à l'intervention du cabinet du ministre chargé de la santé.

[117] Pour éviter que ces difficultés ne réapparaissent, les contrôles et le pilotage exercés par l'assurance maladie doivent être rénovés et reposer sur une étroite coordination avec l'État (cf. *infra* partie 4). Cela suppose aussi – et surtout – que l'association renonce à sa stratégie de développement continu, sans considération des contraintes financières, et mette en place un pilotage rigoureux de ses dépenses, en particulier en matière de personnel (cf. *supra* recommandation n° 8).

> *La présentation faite par l'IGAS de la « crise financière » d'ASALEE est fondamentalement biaisée et spécieuse. Nous contestons formellement tant les faits rapportés que l'interprétation qui en est proposée. Comme nous l'avons déjà exposé de manière circonstanciée dans nos précédents commentaires, cette prétendue crise ne résulte en rien d'une gestion défaillante interne, mais constitue l'aboutissement d'une stratégie de déstabilisation préméditée, orchestrée par certains hauts fonctionnaires, conseillers ministériels, et probablement initiée sur instruction politique, à l'encontre de la gouvernance d'ASALEE et de ses partenaires historiques. La séquence 2021–2024, que ce rapport tente de relater de façon tronquée, confirme, s'il en était encore besoin, l'existence d'une manipulation d'État, aux conséquences financières et institutionnelles graves pour ASALEE. Un élément nouveau et révélateur est mis en lumière :* [redacted] *que le rapport choisit d'exonérer, sans justification, de toute responsabilité. Or, il est désormais établi qu'à la suite de pressions exercées par un conseiller du ministère, puis par les inspectants de l'IGAS eux-mêmes,* [redacted] *a été induit à ne pas entamer d'action judiciaire, sur la base d'une promesse orale selon laquelle le ministère et la CNAM prendraient en charge le comblement du passif causé par la crise de financement en 2021–2022, et restaureraient les droits d'ASALEE mi 2024. Ces engagements n'ont évidemment jamais été tenus. La crise financière de 2023–2024 apparaît donc non seulement fabriquée de toutes pièces, mais elle s'inscrit dans une crise juridique beaucoup plus profonde enclenchée dès 2021. Celle-ci trouve son origine dans des décisions unilatérales imposées par la DSS et la CNAM, notamment la mise en place du Comité de surveillance, l'aspiration des fonds propres, et le gel des financements, sans cadre légal solide ni respect du contradictoire.* [redacted] *qui ne s'adressait pas à ASALEE, mais manifestement aux véritables commanditaires des décisions litigieuses. Il devient donc impératif de poser publiquement les vraies questions : Qui sont ces commanditaires ? Comment ont-ils agi ? Pourquoi demeurent-ils dans l'ombre en 2025, alors même que l'IGAS tente maladroitement de détourner la responsabilité vers la direction d'ASALEE et ses prestataires ? Ces manipulations doivent désormais être*

[171] Courrier du ministre délégué chargé de la santé et de la prévention du 3 juillet 2024.

révélées, documentées, et soumises à une véritable enquête indépendante. La recommandation formulée par l'IGAS selon laquelle l'association ASALEE devrait renoncer à sa stratégie de développement continu pour la soumettre à un pilotage centralisé de l'État est à la fois historiquement infondée, organisationnellement inopérante, et politiquement contestable. Historiquement, d'abord, cette proposition nie les racines profondes du projet ASALEE, né d'une logique de terrain, d'une réponse directe aux besoins concrets des patients et des aidants, et structuré sur une croissance organique fondée sur l'adhésion volontaire des professionnels de santé, et non sur une planification verticale. Organisationnellement, ensuite, l'idée que l'État serait en capacité de piloter une organisation de type holacratique relève d'un contre-sens. Les structures étatiques, fondées sur une logique hiérarchique, centralisée, procédurale, sont fondamentalement inadaptées à gouverner des systèmes distribués, autonomes et adaptatifs comme celui d'ASALEE, dont la valeur réside précisément dans sa capacité à mobiliser l'intelligence collective, la subsidiarité et la créativité des équipes de terrain. Politiquement, enfin, la question du véritable dessein des institutions impliquées ne peut plus être évacuée. Rien ne permet aujourd'hui d'affirmer que la CNAM cherche sincèrement à réduire les dépenses de santé par une amélioration du service rendu plutôt que par une compression administrative de l'offre de soins. Rien ne permet non plus d'exclure que la DSS et la Cour des comptes poursuivent une logique d'ubérisation croissante du système de santé, en substituant aux structures collectives stables des dispositifs pilotables à distance, à coût variable, sous couvert d'optimisation. Quant à l'IGAS, dont le rapport décortique avec une minutie froide, voire obsessionnelle, les choix d'ASALEE et de ses partenaires, son objectif réel demeure opaque. La méthode employée, marquée par une accumulation de critiques formelles, sans reconnaissance de l'impact concret du travail accompli, interroge sur la finalité réelle de la mission. La même question demeure alors centrale : Qui agit ? Comment ? Et pourquoi ? Qui a commandité cette mission et dans quelle intention ? Pour ASALEE, la réponse est claire : ce sont les professionnels de santé eux-mêmes, en gouvernance partagée, qui agissent au service des patients et des aidants. C'est ce fondement éthique, politique et pratique qui doit être reconnu, soutenu, et non sabordé.

Réponse de la mission : La mission a pris note des commentaires d'Asalée qui n'appellent pas de modification du texte initial. La crise financière traversée par l'association en 2023-2024, ses causes et ses conséquences sont analysées de façon détaillée dans l'annexe 1.3, notamment dans la partie 1.5. Les interventions du commissaire aux comptes y sont précisées. **Rédaction maintenue.**

[125] Ce nombre limité, par rapport à l'objectif conventionnel, de consultations s'explique, selon Asalée, par leur durée : [redacted]

[126] [redacted][172][redacted]

[172] [redacted]

[127] [redacted]173 [redacted]

- [redacted]174 [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[128] [redacted]

Recommandation n°11 : [redacted]

[redacted]175 [redacted]

173 [redacted]

174 [redacted]

175 Les groupes transverses assurent des travaux nationaux sur divers sujets.

[redacted]

[redacted][176]

[redacted]

[redacted][177]

[redacted]

[redacted]

D'autres activités sont éloignées des objectifs posés par la convention de financement ou insuffisamment encadrées : Parmi ces signaux préoccupants :

Le recyclage non crédité des résultats et savoir-faire d'ASALEE dans d'autres dispositifs (IPA, infirmiers référents, etc.), y compris par des opérateurs comme [redacted]*, qui ont*

[176] Réponse au Q4 *bis* 2.3

[177] *Ibidem*

présenté comme leurs propres résultats ceux issus du protocole ASALEE, notamment dans le rapport HCAAM 2021.

L'effacement ou la méconnaissance du travail de fond réalisé, illustré par la proposition, méprisante ou ignorante, d'un représentant de la CNAM de « former les infirmières ASALEE à l'ETP », alors même que l'éducation thérapeutique constitue le cœur du protocole depuis son origine.

L'utilisation de la marque et de l'image d'ASALEE sans autorisation, que ce soit dans le [redacted]*, dans le rapport charges-produits 2022, ou dans diverses communications institutionnelles, sans reconnaissance du projet, ni de ses auteurs collectifs.*

La tentative de créer un clone organisationnel, qualifié d'« ASALEE.BIS », envisagé dans certaines ARS, en contradiction directe avec les principes de loyauté, de reconnaissance et de coopération interinstitutionnelle.

Le comportement inquiétant de certaines structures partenaires, qui ont adopté des postures de captation ou d'ingérence. Le cas le plus manifeste en ce sens a été relevé lors de l'audit annuel des comptes 2022, tenu en septembre 2023, au cours duquel le représentant de la CPAM79 a explicitement demandé l'accès à l'ensemble des fichiers de prospects infirmiers et médecins souhaitant intégrer ASALEE, ainsi que les spécifications générales et détaillées du système d'information PSA. Une telle demande constitue, de manière manifeste :

un abus de confiance, en contradiction totale avec les missions d'un financeur ou d'un partenaire institutionnel ;

une tentative d'exploitation de données sensibles à des fins non contractuelles, non déclarées et manifestement concurrentielles ;

et une violation potentielle du Règlement général sur la protection des données (RGPD), ainsi qu'un abus de bien social, au regard de l'exigence d'indépendance et de confidentialité qui entoure un système stratégique comme PSA.

Dans ce contexte, la mission du CRIDA-FORM ne peut plus se limiter à un rôle d'appui ou de structuration. Elle doit désormais assumer pleinement la responsabilité de la protection, du référencement, de la formalisation et de la défense des actifs stratégiques d'ASALEE, tant du point de vue juridique que politique. Il en va de l'avenir même du modèle, de son autonomie, et de la confiance des professionnels comme des patients.

Enfin, il est essentiel de souligner que l'exposé des éléments techniques et organisationnels contenus dans le présent rapport de l'IGAS relève d'une appropriation implicite de ce qui constitue le "secret de fabrique" d'ASALEE. Toutes les réponses formulées par ASALEE dans le cadre de ce rapport sont couvertes par le droit de propriété intellectuelle (y compris les dispositions relatives au savoir-faire), et ne sauraient être diffusées, citées ou exploitées sans l'autorisation expresse, écrite et préalable de l'association. Toute communication de ces éléments à des tiers, notamment à des opérateurs économiques concurrents ou à des structures administratives extérieures au cadre conventionnel, exposerait ses auteurs à des poursuites pour détournement de données protégées et violation des droits attachés aux actifs immatériels d'ASALEE.

Réponse de la mission : La mission a pris note des commentaires d'Asalée qui ne remettent pas en cause les constats posés et n'appellent donc pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[129] S'agissant du ratio infirmiers/médecins, seule autre condition d'activité assortie d'une valeur dans la convention de 2019, le plafond de 0,2 ETP infirmier par médecin est, en moyenne, respecté depuis 2019. Ce n'est pas toujours le cas au niveau individuel puisque 16% des infirmiers dépassent ce plafond en 2023. Ce plafond est supposé garantir un certain volume d'adressage de patients et donc d'activité : il doit être maintenu mais adapté aux caractéristiques de la patientèle. Il pourrait également tenir compte du volume d'adressage et ainsi reconnaître et valoriser la qualité de la coopération médecin/infirmier.

Recommandation n°13 : (Assurance maladie et Asalée) Redéfinir le ratio infirmier/médecin généraliste pour intégrer les caractéristiques de la patientèle médecin (taille de la file active, nombre de patients souffrant de maladies chroniques, précarité…) et, le cas échéant, le volume d'adressage.

[130] En effet, le faible nombre de patients rencontrés - par rapport aux objectifs conventionnels - peut parfois s'expliquer par un manque d'adressage de la part des médecins. Ce problème, difficilement quantifiable, a plusieurs fois été évoqué lors des visites de terrain de la mission. L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) fait également état de l'hétérogénéité des pratiques coopératives dans ses travaux sur la typologie des binômes Asalée[178]. Le manque d'adressage peut provenir d'une coordination insuffisante entre l'infirmier et certains des médecins (notamment au début de la coopération) ou d'une interprétation restrictive par ces derniers du protocole de coopération.

[131] L'adressage des patients est une prérogative du médecin qui ne peut s'engager sur un volume d'activité. Cependant, un objectif prévisionnel pourrait être défini lors de la constitution des équipes Asalée et inscrit dans un contrat liant le médecin à Asalée, avec d'autres clauses relatives, le cas échéant, aux charges incombant aux médecins (dépenses immobilières, logiciels de gestion de cabinet… *cf. supra*), aux cotisations et à la déclaration d'adhésion au protocole de coopération.

[132] Un tel contrat, qui devrait inclure également des droits (indemnités de concertation, formation…), suppose une révision au préalable des statuts et du règlement intérieur de l'association. Compte tenu de leur importance financière, ces engagements doivent reposer sur des dispositions conventionnelles précises fixant les dépenses autorisées au bénéfice des médecins et les conditions qu'ils doivent remplir pour les percevoir.

> *L'analyse de l'IGAS sur la méthode d'adressage et la volumétrie des patients pris en charge par ASALEE traduit une vision excessivement statique et partielle. En critiquant à la fois la modalité dite d' « adressage », le nombre de patients orientés, et l'hétérogénéité observée entre les différents sites, l'IGAS omet des éléments contextuels déterminants. D'une part, la montée en charge progressive des cabinets ASALEE doit être prise en compte : un cabinet en démarrage, un changement d'équipe ou encore l'évolution des protocoles influent naturellement sur les files actives de patients et leur typologie. D'autre part, les conséquences sanitaires, psychologiques et organisationnelles des vagues de Covid-19 et du confinement ont profondément modifié les dynamiques de recours aux soins, la*

[178] IRDES, *Hétérogénéité des organisations et des pratiques coopératives entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes*, 2019.

visibilité des pathologies chroniques, et les priorités dans l'allocation du temps médical et infirmier. Ignorer ces éléments, c'est juger un système vivant comme s'il était figé, ce qui biaise l'analyse. ASALEE revendique au contraire une approche dynamique et ciblée de la prise en charge, fondée sur le principe "peps- ipep" : ce ne sont pas des patients abstraits qui sont « adressés », mais des personnes, dans un contexte de santé et de vulnérabilité, confiées à des binômes ou équipes formées à une logique de coopération et de coordination. Ce travail ne peut être jugé à travers le seul prisme de l'adressage formel, mais doit être évalué à l'aune de ses effets médico- économiques et sanitaires réels. C'est pourquoi ASALEE renouvelle sa demande d'une évaluation rigoureuse, par un organisme tiers en santé publique, fondée sur la comparaison entre : l'évolution de la consommation de soins des patients suivis dans un cabinet ASALEE, et celle de patients suivis dans des cabinets équivalents ne participant pas au protocole. Ce type d'étude contrôlée permettrait d'évaluer de façon objective l'efficacité, la pertinence et la soutenabilité du modèle. ASALEE ne conteste pas la nécessité de rendre compte, mais refuse que la CNAM, financeur, se substitue au politique et s'improvise juge et opérateur des soins, tout en laissant exploser les dépenses de santé sans pilotage cohérent ni transparence sur les résultats obtenus. Si la CNAM souhaite connaître les effets réels d'ASALEE, qu'elle fournisse l'état consolidé médico-économique des patients pris en charge dans le cadre du protocole, comparé à un échantillon témoin. C'est à partir de cette évaluation globale et comparative, non à partir de critiques ponctuelles et désincarnées, que l'on pourra discuter de manière loyale et rationnelle d'éventuels ajustements du modèle ASALEE.

Réponse de la mission : La mission a pris note des commentaires d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

3. LES PRINCIPES D'EXTERNALISATION ET D'HOLACRATIE STRUCTURENT UNE ASSOCIATION A LA GESTION ET AU PILOTAGE INSUFFISANTS 50

[133] L'organisation d'Asalée se distingue par deux caractéristiques :

- d'une part, l'association externalise la quasi-totalité de ses fonctions de direction et ses fonctions opérationnelles. Cette externalisation s'accompagne d'une spécificité : Asalée confie à deux prestataires cofondateurs – IS@S Ingénierie S@nté social SARL et Informed 79 Services SAS (cf. encadré infra) – de nombreuses fonctions ;

- d'autre part, elle repose sur un modèle holacratique en s'appuyant sur les médecins et les salariés auxquels elle a confié un ensemble de tâches relevant des fonctions support d'une organisation : recherche de financement, recrutement, conception et délivrance de formation, qualité, recherche et développement.

Tableau 13 : Récapitulatif de la ventilation des fonctions au sein de l'association

Fonction	Direction / Organe de l'association	Prestataire externe	Contributeur interne
Gouvernance	Assemblée générale	ISAS	Membres
Direction	Conseil d'administration / Bureau / Présidents / Délégué général / Direction des opérations	ISAS	[redacted] invités permanents
Gestion administrative	Secrétaires	ISAS	
Finances	Direction administrative et financière / Trésoriers	ISAS / Groupe Y / TGS	[redacted]
Systèmes d'information	Direction des systèmes d'information	ISAS / Informed 79	
Ressources humaines / Formation / Qualité	Direction de la formation et de la qualité	ISAS / Groupe Y	[redacted]

Source : Mission

Le paragraphe 133 visé présente Asalée comme une structure holocratique, basée sur une gouvernance partagée entre médecins et infirmiers, tout en prétendant que les fonctions de direction sont externalisées auprès des prestataires historiques. Or, le tableau de ventilation des fonctions apparait partiellement inexact. Il présente ISAS comme prestataire de l'ensemble des fonctions d'appui. Or, ISAS n'intervient aucunement dans la gouvernance du CA, ni de l'Assemblée Générale. Elle est simple prestataire de services pour les fonctions support, à savoir les fonctions administratives, financières, et informatiques. Ni ISAS ni Informed79 n'assurent de fonctions de gouvernance ou de fonctions opérationnelles. Le tableau ne cite par ailleurs pas la présence du comité de surveillance qui, statutairement tout du moins, est présent et l'était au moment du contrôle

Réponse de la mission : Les convocations et procès-verbaux fournis à la mission permettent d'attester d'un rôle de secrétariat du dirigeant d'ISAS s'agissant des CA. Le CR du COSUR du 19 octobre 2021 atteste également de sa participation. Les documents présentés en AG attestent également de sa participation. Le tableau identifie bien ISAS et Informed 79 comme des prestataires. **Rédaction maintenue et tableau complété s'agissant du COSUR.**

[134] ISAS comme Informed 79 préexistaient à l'association. L'intensité des relations entre Asalée et ces deux sociétés conduit à parler d'imbrication. Asalée les identifie en tant que « cofondateurs ». Cette organisation résulte de l'histoire de l'association et n'a pas été modifiée en dépit de la croissance très importante des effectifs ces dernières années. Quoique stable, cette structure associative et externalisée apparaît désormais mal adaptée à ce qu'est devenue Asalée : une entreprise nationale de taille intermédiaire quasi-intégralement financée par des fonds publics.

Le rapport prétend qu'Asalée identifie ISAS et Informed79 comme co-fondateurs. Il s'agit d'un un abus de langage. Les deux sociétés n'ont pas de liens juridiques avec l'association, sinon au travers des contrats conclus. Elles ne sont pas co-fondatrices d'Asalée au sens juridique du terme.

Pour rappel, les statuts constitutifs d'Asalée ont été élaborés par l'URML, et ISAS, comme d'ailleurs plusieurs médecins actuellement impliqués, ayant rejoint Asalée par la suite, en particulier [redacted]*. Le développement d'ISAS, de l'association Informed79, et de la société Informed79 s'est fait complètement séparément et en parallèle d'Asalée. Ce n'est qu'au départ de l'URML d'Asalée, que le chef du projet a demandé qu'une aide soit apportée à l'association par les prestataires qui existaient déjà à l'époque et que ce dernier connaissait au travers d'une structure tierce qu'était l'Armoire à Pharmacie Familiale. L'arrivée d'ISAS et Informed79 a modifié la conception d'origine d'Asalée qui était verticalisée : un médecin délègue des tâches à une infirmière, en une conception holacratique : le patient et l'aidant déterminent les besoins auxquels l'équipeinfirmière-médecin répond.*

Réponse de la mission : Appellation modifiée pour « historique ». **Rédaction modifiée.**

[135] L'externalisation et certaines négligences créent des difficultés de gouvernance et de gestion (3.1) analysées en annexe 3.1. L'externalisation génère également de l'opacité et des conflits d'intérêts (3.2) analysés en annexes 1.3 et 2.3. Le modèle holacratique, lui, engendre des difficultés particulières en matière de ressources humaines et de dialogue social (3.3), détaillées en annexes 2.1 et 2.2.

[136] L'externalisation marque à différents degrés les fonctions de direction, gestion administrative et finances, fonctions classiques d'un bureau d'association. L'analyse de ces trois fonctions fait apparaître des irrégularités et des négligences analysées en annexe 3.1. La fonction de direction est marquée par un fonctionnement perfectible des instances de gouvernance et la présence d'un dirigeant issu des prestataires cofondateurs (3.1.1). La fonction de gestion administrative, externalisée, est négligée (3.1.2). La fonction financière, partagée entre externalisation et prestation interne, nécessite d'être sécurisée (3.1.3).

L'assertion de l'IGAS selon laquelle les difficultés de gouvernance d'ASALEE seraient imputables à l'externalisation et à l'holacratie est infondée et factuellement inexacte. Le modèle organisationnel d'ASALEE, fondé sur une gouvernance distribuée et des fonctions de support externalisées, était déjà pleinement opérationnel avant 2019. Or, le volume de l'association entre 2019 et 2023 n'a pas connu une transformation structurelle radicale : le taux de croissance sur cette période (x1,7) reste modéré et n'imposait en rien une refonte organisationnelle. Les fondements en holacratie et les modalités d'externalisation n'ont pas changé — ce sont donc des constantes, et non des facteurs de rupture. En réalité, les perturbations de gouvernance identifiées correspondent à une série d'interférences directes des tutelles, dont l'effet cumulatif a provoqué une instabilité durable :

Coupure unilatérale de l'accès à la plateforme COOPS en janvier 2020, sans préavis, désorganisant le pilotage national. Accord oral début mars 2020 pour passer à 1 000 ETP, aussitôt suivi d'un gel brutal des recrutements jusqu'en juillet 2021. Manipulation institutionnelle en janvier 2021, consistant à faire passer publiquement le gérant d'ISAS pour le dirigeant opérationnel d'ASALEE, dans un comité de pilotage. Publication du rapport HCAAM 2021, qui promeut un dispositif « Asalée.Bis » en s'appropriant abusivement les résultats d'ASALEE au bénéfice d'un autre acteur [redacted] *ce qui*

constitue une confusion grave et volontaire. Imposition du Comité de Surveillance (COSUR) dans les statuts de l'association à l'été 2021, accompagnée de l'absorption par la CNAM des 8 millions d'euros de fonds propres — un acte sans précédent. Exposé détaillé du fonctionnement interne d'ASALEE dans le rapport IGAS « Trajectoire de compétences » fin 2021, sans validation contradictoire. Contrôle de la Cour des comptes au premier semestre 2022, resté sans rapport final publié, ce qui constitue en soi une irrégularité procédurale. Non-convocation du Comité de Surveillance en 2022, malgré l'obligation statutaire. Menaces explicites à l'encontre de la gouvernance d'ASALEE en octobre et novembre 2022, documentées et verbalisées.

Instruction ambiguë et juridiquement instable de la CNAM du 22 décembre 2022, annonçant des décisions contradictoires sur l'immobilier et les budgets. Aucun de ces faits ne peut raisonnablement être imputé aux principes d'holacratie ou d'externalisation. Ils relèvent clairement d'une dérive institutionnelle organisée, que nous avons successivement qualifiée de maltraitance administrative (2022), d'affaire d'État (2023), puis de scandale d'État (2024). Il y a donc un renversement d'analyse à opérer : l'État externalise aujourd'hui les leviers du système de santé à des logiques financières, via les plateformes, les ACI, ou les nouveaux modes de rémunération, et le fait sans transparence ni gouvernance partagée. À l'inverse, ASALEE externalise des fonctions périphériques (support, ingénierie, accompagnement) tout en mettant le patient et l'aidant au centre de l'action clinique, dans un cadre coopératif et médicalement piloté. C'est là que réside la vraie rupture de modèle — non dans l'outil, mais dans la finalité. Et c'est cette rupture que certaines autorités refusent de reconnaître.

Réponse de la mission : La partie visée s'attache au fonctionnement interne d'Asalée seulement. Les éléments rapportés ne sont pas de nature à remettre en cause les écritures de la mission. **Rédaction maintenue.**

[137] Le conseil d'administration comporte huit à douze membres élus, renouvelés annuellement et nécessairement médecins. Un petit nombre d'administrateurs est présent depuis le début ou sur une période de plus de six ans, attestant d'une forme de noyau dur.

[138] Les statuts n'ont été modifiés que deux fois, en 2019 et 2021 et sont peu adaptés au fonctionnement actuel de l'association.

[139] Tout particulièrement, le dispositif des invités permet d'associer des membres qui n'ont plus – [redacted] - ou pas – [redacted] – la capacité de participer à la gouvernance de l'association. Cette souplesse est cependant précaire – le président peut y mettre fin - et peu transparente – la décision du président est discrétionnaire -, et elle ne répond pas pleinement aux besoins de représenter les différentes parties prenantes dans une association composée de médecins. Il s'agit notamment des infirmiers qui assurent la mise en œuvre du protocole de coopération, comme les médecins.

[140] [redacted]

[141] Une révision statutaire est nécessaire et devra en outre conduire à s'interroger sur le statut des retraités alors que les fondateurs et dirigeants historiques d'Asalée sont ou vont être en retraite dans les prochaines années. L'article 5 des statuts ne mentionne en effet que deux catégories de membres là où les statuts type suggérés par l'État proposent jusqu'à cinq catégories de membres pour s'adapter aux différentes réalités des associations.

Les arguments de l'IGAS développés à l'appui de la thèse avancée ne sont justifiés par aucune disposition légale ou réglementaire applicable. L'IGAS ne démontre pas en quoi les statuts actuels de l'association ne sont pas adaptés. Notamment, le moyen tiré du fait que les statuts ne permettent pas aux infirmiers d'être associés n'est pas suffisant pour affirmer que le fonctionnement de l'association est inadapté. En particulier, l'IGAS mentionne bien que seuls les médecins peuvent être membres d'Asalée, conformément à ses statuts. Mais, elle n'en tire pas la conséquence légale qui consiste à rendre impossible, de ce fait, la présence d'infirmiers au conseil d'administration. Il s'agit de l'unique argument de l'IGAS pour affirmer la prétendue inadaptation des statuts à la pratique. L'IGAS prend pour exemple les statuts-types proposés par le Conseil d'Etat pour illustrer cette thèse. Ce faisant, l'IGAS oublie trois éléments essentiels dans sa démonstration :

D'une part, les catégories de membres définis par les statuts-types du Conseil d'Etat ne sont qu'une proposition, et ne constituent en rien une obligation pour les associations ;

De deuxième part, l'IGAS indique bien que [redacted] *sont invités au Conseil d'administration, sans droit de vote. A ce titre, et contrairement à ce qui est avancé, les PV des CA distinguent bien les différentes catégories de membres présents et précisent bien que les membres invités ne prennent pas part au vote ;*

De troisième part, et cela constitue l'essentiel de la critique émise à l'égard de la thèse soutenue par l'IGAS, cette dernière omet dans son développement les préconisations de la doctrine fiscale, et plus particulièrement celle tirée du BOFIP 10-50-10-20, laquelle doctrine indique que la participation active d'un nombre significatif de salariés au conseil d'administration constitue un risque de remise en cause du caractère non-lucratif de l'association (n°430 et suiv.).

L'IGAS ne peut ainsi préconiser que les salariés soient activement associés à la gouvernance d'Asalée dans sa forme associative actuelle, car ce faisant elle créée un risque pour l'association de se voir requalifiée en association à gestion intéressée, et donc lucrative.

Réponse de la mission : La mission analyse l'adéquation des statuts au fonctionnement décrit par les dirigeants. Elle critique le choix fait pour répondre au souci de l'association d'associer [redacted] au CA de l'invitation à titre permanent qui est précaire et peu transparente. Les paragraphes développent d'autres inadéquations (retraités notamment). La mission préconise de s'inspirer des statuts types promus par l'Etat qui n'ont qu'une valeur de suggestion. Les défauts de formalisme des PV, pour ceux dont la mission a pu prendre connaissance, ne permettent pas de corroborer l'affirmation de l'association relative aux votes. Enfin, l'association se méprend sur la lecture du BOFIP : le §450 du BOFIP 10-50-10-20 explicitant précisément que « *la participation des salariés au conseil d'administration, ou à l'organe collégial qui en tient lieu, ne confère pas en principe à ces derniers la qualité de dirigeant de droit ou de fait, dès lors qu'ils ne représentent pas plus du quart des membres du conseil d'administration* » or le caractère intéressé ou non s'apprécie au cas des dirigeants. **Rédaction maintenue.**

[142] [redacted] Son fonctionnement a été perturbé par la mise en place du comité de surveillance (COSUR) qui dispose de certaines de ses compétences (cf. encadré ci-dessous).

> *L'IGAS souligne que le fonctionnement du conseil d'administration a été perturbé par la mise en place du Comité de Surveillance (COSUR), mais elle n'en tire aucune conséquence logique. En particulier, elle se garde bien de préciser que ce n'est qu'à l'occasion de l'ingérence de la CNAM et de la DSS que les problématiques de gouvernance sont apparues. Or, il convient de souligner avec vigueur que l'instauration du COSUR a été imposée précisément par la CNAM et la DSS.*

Réponse de la mission : Dans l'encadré sous le §142, la mission précise que le COSUR est intégré à la demande de la CNAM. Les perturbations créées par le COSUR sont décrites plus loin et en annexe 3.1. **Rédaction maintenue**

[143] [redacted]

[144] [redacted]

[145] [redacted]

[redacted]

[redacted]

Réponse de la mission : [redacted] **Rédaction maintenue.**

[146] [redacted]

[147] [redacted]

[148] [redacted]

[149] Cette situation pourrait remettre en cause le caractère non lucratif de l'association et dès lors emporter sa soumission aux impôts commerciaux. Elle entraine, à cet égard, un non-respect de l'article 10 de la convention qui impose, notamment, le respect des obligations fiscales.

[150] L'association dispose de la faculté de demander un contrôle à l'administration sur ce point. Cette demande de contrôle permettrait à l'association de régulariser sa situation sans subir des pénalités.

L'argumentation de l'IGAS relative au système d'indemnisation [redacted] *d'Asalée et au prétendu risque d'une requalification en association lucrative, est inexact en droit et manifeste une volonté de nuire à cette dernière. Pour rappel,* [redacted] *ne sont pas « défrayés » mais reçoivent uniquement une compensation au titre de la perte de chiffre d'affaires subie dans le cadre de leur propre activité professionnelle* [redacted] *Par ailleurs, l'IGAS mentionne que les indemnités versées* [redacted] *. Elle en tire de ce moyen la conséquence d'un risque de remise en cause du caractère non-lucratif de l'association. Mais ce faisant, l'IGAS oublie la position de l'administration fiscale (tirée du BOFIP précité)* [redacted] *peuvent être rétribués au-delà du seuil des trois-quarts du SMIC, sous réserve de justifier d'un montant de ressources propres, et ce jusqu'à trois plafonds de sécurité sociale. Certes, dans le cadre de cette doctrine, les ressources alloués de versements publics ne sauraient être pris en compte. Néanmoins, Asalée justifie d'un montant de ressources propres, hors financement de la CNAM et de l'ARS, à hauteur de 253.000 € (exercice 2023), montant atteignant 537.000 € en 2024* [redacted] *Par ailleurs, il doit être rappelé que, dans tous les cas, les indemnités versées* [redacted] *constituent exclusivement des remboursements de la perte de leur chiffre d'affaires professionnel, du fait de l'exercice de leurs fonctions au profit de l'association. Elles ne sont en rien un complément de rémunération. Enfin, contrairement à ce que prétend l'IGAS, le* [redacted] *ne reçoit aucune indemnité au titre de ses fonctions. Il est cependant*

rémunéré pour les prestations de formation qu'il réalise au profit de l'association, à des conditions normales de marché, ainsi que le ferait tout prestataire externe.

Réponse de la mission : Le montant de ressources propres 2024 n'a pu être expertisé par la mission ; son contrôle s'arrêtant sauf exception à la situation en septembre 2024. Pour [redacted], les ressources propres privées nettes de l'association doivent dépasser les 200 k€ en moyenne sur trois ans. Si l'association le souhaite et sous réserve que le montant de ressources propre de 2024 soit effectivement de 534 k€, elle peut, pour l'avenir mettre en œuvre le dispositif décrit par la loi et la doctrine fiscale. Pour le passé, objet du contrôle, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre et les conditions exigées par ces normes n'ont pas été remplies. Le §1128 de l'annexe précise les rémunérations prises en compte par la doctrine fiscale. **Rédaction maintenue**

[151] Le RI prévoit que soit confié à un ingénieur un poste de « délégué général » (DG). [redacted]

La direction des opérations par un délégué général

Selon l'article 3.2 du RI : « Le bureau délègue à un délégué général, ingénieur de formation, les opérations décrites dans le présent chapitre. Le délégué général réfère au président en marche courante, au bureau et au conseil d'administration, lorsque ces structures se réunissent, et à chacun des médecins généralistes qui assurent, dans le bureau ou le conseil d'administration, les directions d'objectifs des différents moyens sous visés dans la direction opérationnelle ci-dessous. »

Les opérations décrites sont : « la direction de la formation et de la qualité, la direction du support et des projets, la direction administrative et financière et la direction des systèmes d'information. » (Ibid.)

[152] [redacted]

[153] [redacted]

[154] [redacted]

La critique émise par l'IGAS à l'égard du délégué général apparait infondée en droit et dans les faits.

[redacted]

[redacted]

Réponse de la mission : La mission prend note de la divergence de vues de l'association. Les éléments recueillis par la mission et non contestés par l'association relatés notamment aux §1213, 1215 et 1217 de l'annexe la conduise à maintenir son appréciation s'agissant du délégué général.
Rédaction maintenue

[155] En termes de traçabilité, [redacted] la mission n'a pu obtenir tous les procès-verbaux des CA. Dans certains cas, l'association n'a transmis que des convocations et non des procès-verbaux et aucun procès-verbal entre 2017 et 2021 n'a été communiqué.

[156] En termes d'opposabilité, les formalités requises ne sont pas respectées. [redacted] Il existe de nombreux écarts entre les statuts et le RI

[157] De surcroit, l'association ne respecte pas les formalités prévues par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association :

- d'une part, les changements des dirigeants n'ont plus été déclarés en préfecture depuis 2012 ;
- d'autre part, l'association n'a pas procédé à la déclaration de la modification des statuts de 2021.

[158] La loi sanctionne d'une inopposabilité aux tiers l'absence de déclaration. À leurs yeux, en ce compris les autorités administratives, les dirigeants de droit de l'association sont donc les dirigeants de 2012 et les statuts de l'association ceux de 2019.

> *Les changements de dirigeants et les statuts actualisés ont été mis à jour en Préfecture. Les réunions décisionnelles du CA sont toutes consignées sur des PV, lesquels ont été mis à disposition et communiqués à l'IGAS. Seules, des réunions informelles et non décisionnelles du CA ne font pas l'objet d'un PV. En effet, en application de l'art. 8.2 des statuts seules les délibérations du CA sont constatées sur des PV. Il n'y a donc pas lieu de dresser de tels actes sur les réunions du CA ne donnent lieu à aucune délibération.*

Réponse de la mission : L'association n'a pas fourni de justificatif de ses déclarations. Au 13 mai 2025, la mise à jour des statuts n'apparaît au JOAFE que s'agissant de la modification du siège

social, postérieure au contrôle. S'agissant des procès-verbaux du CA, l'argument de l'association peut s'entendre mais, d'une part, il ne justifie pas l'absence de PV pendant cinq ans et, d'autre part, il existe, sur la période récente, des PV qui retracent des discussions et non des délibérations. **Rédaction maintenue**

[159] La fonction financière, largement externalisée, repose sur plusieurs acteurs :

- le trésorier et son adjoint, au rôle restreint au suivi de la situation financière ;
- [redacted]
- ISAS fournit un appui au contrôle et à la liquidation des frais des infirmiers, des indemnités médecins, de la préparation des contrats de travail, du suivi des baux des cabinets de médecins comprenant un infirmier Asalée, et du conventionnement avec d'autres structures ;
- Groupe Y, cabinet d'expertise comptable, réalise la paye et prépare les comptes exigés ;

[160] Par ailleurs, TGS, commissaire aux comptes, assure les missions d'audit externe légal.

[161] [redacted]

[redacted]. *Asalée rappelle que si des difficultés dans la gestion financière sont apparues, celles-ci ont été causées uniquement par la mise en place imposée à Asalée du COSUR*

Réponse de la mission : L'organisation de la fonction financière ne comporte ni irrégularité ni dysfonctionnement autres que ceux relatifs à la qualité des comptes et à la commande publique. La mission souhaite porter l'attention de l'association sur une fragilité organisationnelle qui est indifférente au rôle théorique ou pratique du COSUR. **Rédaction maintenue**

[162] Contrairement aux exigences tant statutaires que relatives à la législation applicable aux subventions, l'association n'a pas établi de budget, à l'exception de l'année 2023. [redacted] (cf. supra, partie 2.2). Pour justifier l'absence de budget, l'association met en avant, d'une part, les incertitudes sur l'obtention des financements et, d'autre part, l'absence d'exercice par le COSUR de ses compétences en matière de vote du budget et d'approbation des comptes.

[163] Les difficultés récurrentes de négociation avec le principal financeur n'exonèrent pas l'association d'établir des budgets pour la bonne gestion interne et l'obtention régulière de subventions publiques (cf. infra). En cas d'écart entre l'estimatif et l'attribué,h l'association dispose

de la faculté d'établir un budget rectificatif. La présence du COSUR se limite conventionnellement aux exercices 2021 et 2022 : elle n'empêche plus l'édiction de budgets.

[164] L'absence de budget nuit au bon pilotage de l'association par la gouvernance et au suivi par les financeurs. En présence de conventions pluriannuelles, l'existence d'un budget objective la stratégie de la direction afin d'assurer un fonctionnement de l'association cohérent avec ses ressources. L'absence de budget a donc pu faciliter le dépassement fréquent des plafonds d'ETP par l'association qui n'a pas piloté, jusqu'à 2024, ses dépenses en fonction des financements attribués (cf. supra partie 2.3). Au surplus, le vote du budget participe au caractère démocratique du fonctionnement de l'association.

> *L'IGAS critique l'absence de pilotage budgétaire. Mais elle omet de préciser que la définition du budget relève de la compétence du COSUR. Ce dernier ne s'est cependant tenu qu'une fois à cause de l'inaction de ceux qui devaient le convoquer, le réunir et l'animer, à savoir la CNAM et la CPAM79*

Réponse de la mission : Le § 163 mentionne explicitement l'interférence limitée du COSUR. L'établissement d'un budget et la mise en œuvre d'un pilotage budgétaire relèvent de deux exercices distincts. **Rédaction maintenue**

[165] Les comptes d'Asalée doivent en outre faire l'objet d'un audit légal et d'une publication au Journal officiel des associations et des fondations d'entreprises incluant le rapport du CAC.

[166] Les comptes sont audités jusqu'à l'exercice 2021 et tous certifiés sans réserve. Le CAC établit un rapport spécial relatif à des conventions règlementées, notamment relatives aux indemnités et remboursements de frais des médecins dirigeants et au contrat passé avec Informed 79.

[167] Bien que le COSUR ait été mis en place en 2021, les comptes 2021 ont été approuvés sans son intervention.

[168] S'agissant des exercices 2022 et 2023, l'association est dans l'attente de l'approbation des comptes par le COSUR (cf. supra), expliquant ainsi l'absence d'audit et de publication des comptes.

[168] S'agissant de l'exercice 2022, malgré les demandes de l'association, le COSUR ne s'est pas réuni pour approuver les comptes. La CNAM estime qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer dans un sens ou dans l'autre sur les comptes lors de la séance de décembre 2023, en raison de la carence constatée au cours de l'audit 2023 mené sur les comptes 2022. La DSS considère que le COSUR de 2023 empêche Asalée de se prévaloir de l'absence de réunion.

[170] En raison de l'inopposabilité des statuts de 2021 (cf. supra), il convient de supprimer par avenant à la convention signée en 2019 l'existence conventionnelle de ce comité pour l'approbation des comptes 2022 et d'acter au sein de l'association la nullité de la modification des statuts de 2021 en assemblée générale, pour rétablir les statuts dans leur version de 2019. Cette façon de procéder, quoique baroque, évite de régulariser une instance que ni l'État ni la CNAM n'ont véritablement souhaité faire fonctionner (cf. infra partie 4). À défaut pour le financeur de parvenir à cette modification conventionnelle, celui-ci pourrait alors le supprimer par une décision dépourvue de forme conventionnelle, au prix d'une fragilisation juridique que seule pourrait éventuellement résoudre la démonstration de l'existence d'une formalité impossible.

L'IGAS procède à une critique poussée du comité de surveillance. Elle indique à raison qu'Asalée est dans l'obligation établir des comptes et les publier. Cependant, elle ne tire pas toutes les conséquences de la chronologie des événements et met à la charge du conseil d'administration des obligations qui n'étaient pas les siennes. En effet, il convient de rappeler avec force que, bien que le COSUR apparaisse au travers de l'avenant conclu avec la CNAM de juillet 2021, il n'est juridiquement intégré aux statuts d'Asalée que dans le cadre de la modification statutaire intervenue le 19 septembre 2021. A cette période, l'exercice social touche déjà à sa fin et le COSUR n'a pas le temps pour se réunir. Par conséquent le COSUR ne prend réellement ses fonctions qu'à partir de 2022, et n'a de compétence statutaire que sur les budgets et les comptes à partir de l'année 2022. C'est donc bien à raison que l'AG de 2022 a approuvé les comptes de 2021 sans l'intervention du COSUR, celui-ci n'ayant pas d'existence réelle sur cet exercice. Il n'en demeure pas moins que le COSUR devait approuver les comptes des exercices suivants. Or le COSUR programmé pour le 4 octobre 2022 ne s'est pas réuni. La réunion annoncée par la DSS comme comité de surveillance s'étant transformée à la demande de la CNAM elle-même, en réunion informelle. Depuis, la CNAM n'a organisé aucune réunion du COSUR. Cela a créé une situation préjudiciable pour l'association, qui se voyait dans l'incapacité statutaire de faire approuver ses comptes 2022, 2023 et 2024. Il ne peut donc être reproché à Asalée de ne pas avoir publié ses comptes, alors même que cet état de fait est causé par une absence totale de décision de la CNAM de réunir et de tenir le COSUR, dont elle avait elle-même exigé la mise en place.

Réponse de la mission : Si l'association a entendu ne mettre en œuvre le COSUR qu'à compter de l'exercice 2022, ni l'avenant n°1 le créant pour les pouvoirs publics, ni la modification des statuts l'intégrant à la gouvernance de l'association ne prévoient de stipulations d'entrée en vigueur différée. Au demeurant, le COSUR était techniquement à même de se réunir en 2022 pour approuver les comptes 2021. Les dispositions de cet avenant ne s'appliquent plus à compter de l'exercice 2023 régi, *ex post*, par une décision de subventionnement. La persistance du COSUR dans les statuts d'Asalée n'engage ni l'État, ni l'assurance maladie, qui ne sont pas membres d'Asalée : dès lors les comptes 23 et 24 ne peuvent être approuvés par le COSUR et les statuts de l'association doivent être modifiés. **Rédaction maintenue et précision apporté en note de bas de page.** La persistance du COSUR dans les statuts d'Asalée n'engage ni l'État, ni l'assurance maladie, qui ne sont pas membres d'Asalée.

[171] Pour les exercices 2023, le COSUR n'existant plus de toutes les manières pour l'État et la CNAM, l'association ne peut exiger pour l'approbation des comptes la réunion d'une telle instance, quand bien même elle demeurerait dans ses statuts. Dès lors, elle doit faire approuver ses comptes 2023 sans délai par l'assemblée générale.

Recommandation n°21 (Assurance maladie et/ Asalée) Supprimer, par avenant à la convention de 2019, le comité de surveillance et procéder à l'approbation des comptes 2022 selon les règles statutaires de 2019 à rétablir.

[172] S'agissant de la publicité des comptes, l'association n'a publié que les comptes de 2019 à 2021 et n'a pas régularisé la situation pour les années antérieures pourtant auditées.

[173] Compte tenu des enjeux de transparence, un contrôle particulier sur ce point de la préfecture des Deux-Sèvres pourrait être utile afin de s'assurer du respect de ces obligations.

Recommandation n°22 (Asalée) Publier, conformément aux textes, les comptes de l'association et rapports du commissaire aux comptes pour les exercices antérieurs à 2019 et postérieurs à 2021.

L'IGAS prétend que le comité de surveillance n'existant plus, Asalée ne peut évoquer l'absence de réunion de cette instance pour l'approbation des comptes 2023. Or, c'est oublier les comptes 2023 auraient dû être approuvés en 2024, période à laquelle le COSUR avait une pleine existence juridique et statutaire. En effet, la demande de la CNAM de supprimer le COSUR n'intervient qu'en décembre 2024. Par conséquent pour Asalée comme pour l'Etat ou les structures de la sécurité sociale impliquées (DSS, CNAM, CPAM), le COSUR a une existence juridique à tout le moins jusqu'à fin 2024. Il aurait donc dû se réunir comme l'IGAS invite à le déduire, en 2024, pour l'approbation des comptes 2023, et ceci indépendamment du fait que la CNAM n'a pas établi de convention pour 2023. Asalée souligne par ailleurs que, lors de la prochaine assemblée générale, conformément à la recommandation de l'IGAS et désormais qu'Asalée dispose de l'information officielle de l'obligation qui lui est faite par les pouvoirs publics de défaisance du COSUR, l'association pourra enfin procéder à l'approbation et la publication des comptes de 2022 à 2024, ce qui n'était juridiquement pas possible jusqu'à présent du fait de l'inaction de la CNAM

Réponse de la mission : S'agissant des comptes 2023, se reporter à la réponse précédente. La suppression du COSUR constitue une solution pour l'exercice 2022 mais, en aucun cas, pour les exercices ultérieurs, pour lesquels les statuts, de surcroit, inopposable aux tiers, d'Asalée ne lient en rien l'État et l'assurance maladie quant à leur participation à une instance quelconque. Asalée doit régler les incohérences internes (cf. annexe 3.1) de ses statuts et soumettre les comptes à l'AGO. **Rédaction maintenue et précision apportée en note de bas de page.**

[175] En dépit de l'externalisation de la tenue des comptes et de leur certification toujours sans réserve, des incohérences et rectifications entre les années ont été observées lors de l'analyse des comptes. [redacted] les comptes ne permettent pas de suivre certaines dépenses [redacted] L'association n'a d'ailleurs que partiellement pris en compte les suggestions de détail de la CPAM 79 dans ses rapports.

[176] [redacted]

[redacted]. *Pour autant, Asalée se conforme à ses obligations comptables ainsi qu'au plan comptable applicable aux organismes à but non-lucratif. Ses comptes répondent bien à une organisation comptable du type bilan et compte de résultat. Ses comptes sont produits par un expert-comptable externe et indépendant de l'association et sont contrôlés par un commissaire aux comptes.*

Et il est tout à fait possible de croiser les informations financières avec les données d'activité pour établir les coûts analytiques des différentes activités ou protocoles réalisés par les équipes.

Réponse de la mission : [redacted]. **Rédaction maintenue**

[177] Ce manque de finesse dans la comptabilité se répercute lors de l'analyse du rôle des prestataires cofondateurs :

- les prestations d'ISAS font l'objet d'une ventilation entre quatre sous-comptes qui ne reflètent pas la multitude des missions confiées au support et ne permettent pas d'en apprécier l'efficience poste par poste ;

- [redacted]

- l'imbrication des prestataires cofondateurs d'Asalée conduit à des glissements de tâches de sorte que le prestataire exécute des missions qui ne figurent pas dans le contrat écrit mais sont admises par l'ensemble des membres [redacted] et la gestion administrative de l'association, ou l'assistance à la relation aux instances représentatives du personnel.

[178] [redacted]

> *Ni ISAS ni Informed79 n'interviennent dans l'élaboration ou la production de la comptabilité de l'association. L'ingénierie financière n'est pas, non plus, confiée à ces prestataires. Les comptes sont établis par la direction financière d'Asalée, avec la participation de Groupe Y, expert-comptable, puis approuvés par le cabinet TGS. Par ailleurs, les prestations relatives à l'accompagnement dans la gestion administrative de l'association, l'assistance dans la tenue du secrétariat des instances ou encore dans les relations avec les IRP, font bien partie de la convention conclue entre l'association et les deux prestataires historiques. Pour rappel, la convention conclue prévoit bien, de manière générale, l'accompagnement d'Asalée dans la conduite de l'ensemble des composantes de son projet expérimental. Sur ce point, la liste des prestations visées dans l'avenant à la convention de prestations de services conclue entre Asalée et l'ISAS ne constitue pas une liste exhaustive. En effet, il convient de garder à l'esprit que les prestations réalisées par le partenaire ISAS sont celles détaillées dans la réponse à l'appel d'offres de 2023, présentée par l'ISAS dans son mémoire technique et visées dans la Partie 5 de celui-ci. Sur ce point, l'IGAS ne manquera pas de relever que l'accompagnement dans la gestion administrative d'Asalée, l'assistance dans la tenue du secrétariat des instances ou encore dans les relations avec les IRP figurent parmi les 36 points de la méthode de travail présentée par l'ISAS à l'appui de sa candidature.*

Réponse de la mission : S'agissant des prestations, celles-ci ne peuvent qu'être listées par le marché. Après vérification, le marché comporte effectivement le « Suivi et la participation au CSE » et le lien avec les IRP. En revanche, la gestion administrative n'y figure pas. **Rédaction modifiée.** Suppression de «... et la gestion administrative de l'association, ou l'assistance à la relation aux instances représentatives du personnel »

[179] La seule analyse des charges externes, qui représentent 25 % des charges totales sur la période 2019-2023, ne permet pas d'apprécier l'efficience de la gestion de l'association, même si cette part baisse de 9 points depuis 2019 et que les indemnités versées aux médecins et aux infirmiers – qui ne sont pas à proprement parler des coûts de gestion – représentent plus de la moitié des charges externes (cf. supra graphique n°3), laissant apparaître une gestion plutôt économe de prime abord.

[180] Malgré les limites comptables évoquées plus haut, une recomposition par fonction a été menée en intégrant notamment les prestations assurées en interne et l'action des prestataires.

[181] S'agissant de la fonction financière, cette démarche n'a pu aboutir car la recherche de financement et la gestion des défraiements confiés à ISAS ne font pas l'objet d'une facturation ou d'une comptabilisation séparée.

[182] [redacted]

[183] S'agissant du SI d'Asalée, son coût par infirmier reste stable, ce qui conduit à atténuer le discours sur les gains de productivité tenu par l'association. En moyenne, ce coût est de 349 €/an. Là encore, l'analyse se heurte au manque de détail de la prestation d'Informed 79, qui fait l'objet d'une facturation unique, annuelle et non détaillée.

[184] Les coûts des SI peuvent être augmentés de la prise en charge par l'association des licences d'accès aux logiciels des gestion des cabinets. Cette dépense permet l'intégration de l'infirmier Asalée dans le cabinet. Sa prise en charge à 100 %, désincitative en termes de maîtrise des coûts, rejoint cependant une problématique plus large de participation des médecins au dispositif (cf. supra recommandation n°14).

[185] S'agissant des fonctions de ressources humaines comme de recherche et développement (R&D), celles-ci sont marquées par une forte implication des salariés de l'association. Cette implication s'accompagne d'une rémunération supplémentaire sous forme d'indemnités. [redacted] il n'est pas possible d'apprécier [redacted] le coût réel des fonctions RH et R&D. Plus spécifiquement :

- [redacted]

- le recours aux prestataires externes en matière de RH a permis des économies d'échelle, notamment en raison d'une progression plus faible du prix de la prestation d'ISAS sur ce point que de la masse salariale. Il s'agit d'une stratégie de modération des coûts assumée. Cependant, cette modération s'accompagne d'un sous dimensionnement du support RH (cf. infra partie 3).

[186] Au global, il n'est pas possible de formuler une opinion fiable sur l'efficience de l'association en termes de frais de structure, compte tenu du volume de sous-traitance [redacted]

[redacted] qui conduit à une certaine opacité de la gestion, préjudiciable tant à son pilotage qu'à son contrôle.

> *L'IGAS consacre un long développement aux coûts de gestion, qu'elle finit paradoxalement par juger à la fois opaques et impossibles à analyser. Cette posture est à la fois rhétorique et dilatoire. En réalité, les éléments d'analyse existent, sont accessibles, et ont été régulièrement transmis. Contrairement aux affirmations du rapport, le coût par équivalent temps plein (ETP) des prestations assurées par ISAS et Informed79 Services a significativement diminué au fil des années, grâce à l'effet de mutualisation, à la professionnalisation croissante et à l'optimisation des outils internes. Ce résultat, pourtant objectivable, est ignoré. Pire, l'IGAS parvient malgré tout à critiquer la qualité des services rendus par ces prestataires, laissant entendre que rien ne saurait leur être épargné, quelle que soit leur performance ou leur niveau d'implication. En complément, ASALEE dispose de décompositions analytiques précises, par nature de tâche, regroupées en une vingtaine de familles, dont dix concernent les infirmières et sont éligibles à des refacturations externes* [redacted]
> *Ces décompositions permettent d'objectiver le temps passé, donc les coûts associés, dans une organisation dont la masse salariale représente près de 90 % des dépenses en 2023. Autrement dit, la structure des charges est largement orientée vers l'action de terrain, et non vers une inflation des fonctions support. Enfin, l'allusion de l'IGAS à une supposée opacité autour de la Direction administrative et financière (DAF) procède d'une confusion. Les primes exceptionnelles comme les primes pérennes sont parfaitement tracées, identifiables, comptabilisées, et intégrées dans les éléments de rémunération transmis aux instances de contrôle et aux commissaires aux comptes. En somme, le reproche d'opacité n'est pas étayé par des éléments concrets, et semble davantage alimenté par un biais d'intention que par une analyse fondée.*

Réponse de la mission : La mission a souhaité à travers ses calculs vérifier l'exactitude du discours de l'association, discours que celle-ci maintient au stade du contradictoire sans apporter d'autres éléments factuels. Le faible détail comptable et [redacted] n'a pas permis d'objectiver le coût par fonction. En dépit de ces lacunes, la mission a souhaité former certains constats ponctuels à partir des éléments pour lesquels elle dispose d'assurances raisonnables. **Rédaction maintenue.**

[187] La société Informed 79 assure la maitrise d'œuvre des systèmes d'information et a un seul client : Asalée (cf. supra). Asalée n'est pas propriétaire de PSA [redacted]. Asalée dispose des données de pilotage, tandis que – selon l'association – les données relatives au patient sont la propriété de ce dernier.

[188] L'inefficience du recours à Informed 79 résulte de quatre points :

- la structure engendre des frais supplémentaires sans qu'elle ait une activité propre autre que sous-traiter sa prestation à [redacted]
Le cout annuel moyen par infirmier du recours à Informed 79 est de 348,76 €. Ce coût, quoique stable à l'exception de 2021, pourrait être inférieur sans l'intermédiation d'Informed 79, en raison de ses coûts propres ;

- l'intermédiation d'Informed 79 permet potentiellement un enrichissement des actionnaires [redacted]

[redacted], à hauteur de 140 k€ fin 2023, si les bénéfices étaient distribués - ce qui n'a pas été le cas ;

- La passation d'un marché aurait pu conduire à une proposition moindre [redacted]

- le marché 2023, entaché de conflits d'intérêts et d'inégalité de traitement entre les candidats (cf. infra), ne permet pas de résoudre le point précédent.

L'Igas critique l'intervention d'Informed79 et ISAS en remettant en cause l'intervention de la plus-value de ces deux prestataires. Elle oublie cependant de constater que si le coût du SI par infirmière est stable (comme elle le souligne), c'est précisément en raison du fait qu'il a été dès l'origine minimisé, de l'ordre d'1/3 du coût des systèmes équivalents à date. Les prestations assurées par Informed79 et ISAS sont ainsi facturées à un montant inférieur à celui pratiqué par les autres opérateurs de la place. Cependant, l'évolution des coûts tient compte des fonctions supplémentaires qui sont implémentées au sein du SI. En outre, il est inexact de prétendre qu'Informed79 se trouve dans une situation de rente, ou d'intermédiation sans valeur ajoutée, car elle ne ferait que sous-traiter ses prestations à [redacted]. L'activité d'Informed79 comporte deux parties : une partie d'architecte maitrise d'œuvre du système et spécification générale, et une partie de spécification détaillée et développement.

[redacted]

Enfin, l'intermédiation d'Informed79, en réalité la maitrise et le développement, n'ont, depuis l'origine apportés aucun enrichissement personnel aux actionnaires de cette dernière. En effet, cette société ne réalise quasiment aucune marge, et n'a distribué aucun dividende. Cependant, si une internalisation forcée était exigée, alors elle conduirait nécessairement à estimer [redacted], et en appliquant une approche de type DCF, et à valoriser [redacted] pour l'impact qu'il produirait dans le nouveau modèle porté par Asalée. A ce titre, Asalée souligne avec force qu'aucun membre de l'association n'est actionnaire d'Informed79, comme le prétend l'IGAS.

Il est pour le moins révélateur de constater l'évolution des positions exprimées au cours des différentes réunions. Un [redacted] a un jour formulé la demande explicite de dissoudre Informed79 Services [redacted], a même proposé de manière choquante de "couper la tête" de cette structure. De son côté, [redacted] est allé jusqu'à reprocher à Informed79 de verser des impôts... sur un résultat annuel de 2 000 €, soit moins de 200 € d'imposition,

démontrant à quel point certaines critiques relèvent davantage de l'acharnement que de la rigueur. Et aujourd'hui, l'IGAS affirme qu'Informed79 — qui a pourtant conçu, développé et assuré la maintenance du système PSA (Pilote Santé Asalée) — "ne sert à rien". Une telle affirmation, outre son caractère infondé, témoigne d'un mépris grave pour le rôle structurant qu'a joué cette structure dans la stabilisation et la professionnalisation d'un dispositif aujourd'hui national. Il appartient bien entendu à Informed79 d'apprécier la portée de ce jugement, mais il révèle en creux le manque de reconnaissance institutionnelle pour les acteurs qui ont contribué concrètement à l'innovation organisationnelle dans le champ de la santé de proximité. Réciproquement, cette attaque donne matière à réflexion : si l'on applique à d'autres structures de l'État — en charge depuis vingt ans de la maîtrise des dépenses de santé, de la gouvernance hospitalière et de la planification sanitaire — les mêmes méthodes d'évaluation que celles déployées à l'encontre d'Informed79, les résultats pourraient s'avérer éclairants.

En définitive, si, comme nous le pensons, nous sommes face à une affaire d'État où des intérêts privés ont capté des segments entiers de l'action publique sous couvert de rationalisation, alors nous n'hésiterons pas à nous inspirer des grilles d'analyse que l'IGAS applique ici à une structure aussi périphérique que précieuse dans l'écosystème Asalée.

Réponse de la mission : [redacted] Les comptes d'Informed79 montrent bien à travers les réserves accumulées la réalisation de profits qui, s'ils ne sont pas consommés pour d'autres projets, valorisent les parts des actionnaires. En dépit de dépit des affirmations d'Asalée s'agissant de l'actionnariat, aucun document n'a été produit permettant d'attester de tels changements.
Rédaction modifiée : ajout d'une note de bas de page [redacted]

[189] En dépit d'une comptabilisation ponctuelle en immobilisation de dépenses d'ingénierie en tant que logiciel à la demande de la CPAM 79, en 2018, les comptes d'Asalée ne font pas état d'une propriété du logiciel de suivi de l'activité. La convention de financement 2019-2021 prévoit cependant expressément à son article 10 qu'Asalée dispose de la propriété du « logiciel » . La mission estime à ce titre que « logiciel et le développement des solutions techniques » correspondent au portail de suivi de l'activité PSA et des différents modules.

[190] [redacted]

[191] [redacted]

L'IGAS préconise qu'Asalée devienne propriétaire du logiciel PSA, comme le prévoirait la convention de financement 2019-2021. Cependant, pour ce faire, il faudrait encore que l'association en fasse l'acquisition ou le développe elle-même. Elle n'en a pas les moyens financiers, d'où la nécessité de recourir à des prestataires externes et indépendants. Elle a pu en financier la maintenance et l'exploitation, mais elle ne dispose pas de fonds suffisants pour un investissement continu dans la création d'un tel outil. Ce que l'association a par ailleurs payé [redacted] *n'est pas la conception et développement, d'un système qui préexistait à la convention 2019, mais la maintenance courante et évolutive du système préexistant.*

Réponse de la mission : La mission pose ici un constat factuel concernant la propriété du logiciel PSA et ne fait pas, à cette étape de la rédaction, de préconisation. **Rédaction maintenue**.

[192] Malgré des alertes répétées de la CPAM 79, dès le rapport de contrôle 2018, l'application des règles de la commande publique n'a reçu qu'un écho tardif de la part d'Asalée et des autorités nationales, le ministère de la santé et la CNAM n'ayant pas eu, dans un premier temps, la même analyse juridique sur l'applicabilité de ces règles à Asalée.

[193] Pourtant, l'association remplit les critères d'un pouvoir adjudicateur posés par l'article L. 1211-1, 2° du code de la commande publique (CCP)[179] : elle a été créée pour satisfaire des « *besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel et commercial* » et son activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur[180].

[194] À la demande impérative de la CNAM fin 2022, deux marchés ont été lancés en décembre 2022, l'un pour les prestations de services (trois lots) et l'autre pour les fournitures de matériels (huit lots), soit onze lots.

[195] Deux de ces lots ont été remportés par ISAS et Informed 79, au terme d'une procédure entachée par des conflits d'intérêts. En effet :

- [redacted]
- [redacted]

[196] Cette difficulté est consubstantielle à la relation, ancienne et étroite, qu'entretiennent Asalée et ces deux prestataires cofondateurs. La prévenir parfaitement aurait nécessité d'exclure ces deux sociétés de l'appel d'offres, au risque de porter atteinte à la liberté d'accès à la commande publique. Des précautions auraient cependant pu être prises pour aménager la

[179] Cette analyse est confirmée par la note d'expertise juridique réalisée par un membre du Conseil d'État en février 2023.

[180] CSS, art. L. 124-4 ; arrêté, 19 juillet 2018, portant réglementation sur les marchés publics des organismes de sécurité sociale, NOR : SSAS1816604A

procédure (recours à un prestataire pour gérer l'appel d'offres notamment), [redacted]

[197] Outre ces conflits d'intérêts, le marché de services n'a pas respecté le principe d'égalité de traitement entre les candidats[181]. Le cahier des clauses techniques particulières (CCTP) présente en effet, pour le lot « *Support-ingénierie* », de très fortes similitudes avec les contrats passés avec ISAS jusqu'en 2022.

[198] La prestation offerte par ISAS étant ancienne et, selon les responsables de l'association, conforme aux besoins d'Asalée, il est pertinent que le CCTP reprenne les termes des contrats passés avec ce prestataire ; d'autant que les marchés ont été lancés dans l'urgence.

[199] Toutefois, le CCTP fait bien plus que s'inspirer de ce contrat, au point de le recopier très largement[182]. Par ailleurs, si un préambule décrivant les missions et l'organisation d'Asalée se trouve dans ce document, cette description est trop courte et générale pour permettre à des concurrents d'ISAS de compenser – ne serait-ce qu'en partie – leur moindre connaissance des prestations attendues. Il en est de même pour le lot « *informatique* », attribué à Informed 79, pour lequel la description des besoins est sommaire.

[200] Au vu de ces irrégularités, la mission recommande de mettre un terme, à la prochaine échéance, au marché pour les deux lots attribués à ISAS et Informed 79[183] et de relancer un nouvel appel d'offres en veillant au strict respect des règles de la commande publique[184].

Recommandation n°23 : (Asalée) Relancer fin 2025 un marché de prestations de services pour les lots support-ingénierie et informatique, en veillant au strict respect des règles de la commande publique, notamment la prévention des conflits d'intérêts et l'égalité de traitement des candidats.

L'IGAS prétend que l'appel d'offres réalisé en janvier 2023 et attribué début février 2023 serait grevé d'irrégularités et de conflits d'intérêt. [redacted] *Ses affirmations manquent de précision et sont partiellement inexactes. Asalée se permet de rappeler à ce titre que :*

- *D'une part, le* [redacted] *d'Asalée avait déjà pris, lors du lancement de l'appel d'offre, un engagement de sortie du capital d'Informed79, et ce au nominal de la valeur des titres détenus, de telle sorte qu'aucun enrichissement personnel ne peut lui être reproché* [redacted]
- *D'autre part, le* [redacted] *n'a jamais été général d'Asalée. Il n'a jamais été nommé en cette qualité par une quelconque instance de l'association. Par ailleurs, même s'il l'avait été, il ne prenait aucunement part à la prise de décision relative à l'appel d'offres.*
- *Enfin, le cahier des charges pour ce marché a été établi selon les besoins d'Asalée à ce moment-là, lequel était basé sur le cahier des charges auxquels les prestataires en place répondaient pour ce même type de prestations.*

En conséquence, Asalée réfute avec vigueur toute critique à l'égard de la régularité de la procédure d'attribution des marchés publics, réalisée en 2023. Dans tous les cas, et cela a

[181] CCP, art. L. 3

[182] y compris les coquilles

[183] Le marché est reconductible tacitement, chaque année, jusqu'en 2027

[184] Cf., tout particulièrement, les articles L. 2141-8, -10 et -11 du CCP.

été le cas en 2023, un nouvel appel d'offres est prévu fin 2025, conformément à la législation en vigueur.

Réponse de la mission : L'analyse de ces marchés publics est détaillée en annexe 2.3, notamment la partie 2.3. Cette annexe décrit, à partir de documents transmis par Asalée, le rôle central joué par le [redacted] dans l'analyse des offres. La mission prend note qu'il aurait pris un engagement de sortie du capital d'Informed79 lors de la passation des marchés. Toutefois, cette information ne figure pas dans les documents portés à la connaissance de la mission. L'annexe 3.1 (notamment la partie 4.4) décrit le rôle joué par le [redacted] dans le fonctionnement d'Asalée dont il assurait, au moment de la conclusion des marchés, [redacted] **Rédaction complétée** par une note de bas de page Selon Asalée, [redacted] avait pris, lors du lancement de l'appel d'offres, un engagement de sortie du capital d'Informed79, et ce au nominal de la valeur des titres détenus. Ce document n'a pas été transmis à la mission.

[201] Malgré les efforts que pourrait déployer Asalée pour assurer l'égalité de traitement entre les candidats et prévenir les conflits d'intérêts, force est de constater que l'imbrication entre l'association, ISAS et Informed 79 complique la mise en œuvre des règles de la commande publique.

[202] Une autre solution consisterait, pour Asalée, à internaliser ces prestations et, ainsi, étoffer le nombre de personnes dédiées aux fonctions support de l'association, actuellement réduites à leur plus simple expression[185]

[203] [redacted]

Recommandation n°24 (Asalée) Examiner la possibilité d'internaliser les prestations offertes par ISAS et Informed 79.

L'IGAS propose d'étudier les possibilités d'internaliser les prestations offertes par ISAS et Informed79. [redacted] *. Ce projet est actuellement analysé et travaillé par l'ensemble des parties prenantes de l'association, tant ses membres médecins, que ses salariés, ainsi que les patients bénéficiaires de ses prestations.* [redacted]

Réponse de la mission : la mission prend note de ces commentaires. **Rédaction maintenue.**

[204] Enfin, la mission a identifié des dépenses qui n'ont pas fait l'objet d'un marché public, alors qu'elles dépassent les seuils réglementaires : l'organisation du séminaire Asalée tenu en novembre 2023 (283 k€), les primes d'assurance (74 k€), les licences informatiques (100 k€) et l'audit légal (70 k€).

L'IGAS prétend que certaines dépenses de l'association sur l'exercice 2023 n'ont pas fait l'objet d'une procédure d'appel d'offres. Elle vise plus précisément un séminaire, l'audit légal, les contrats d'assurance et les licences informatiques. L'association souligne que, compte-tenu de sa taille et de son budget, le budget affecté à ces dépenses est non-significatif. Par ailleurs, il convient de soustraire à ce constat l'audit légal, car s'agissant

[185] Trois salariés à temps partiel représentant moins 0,6 ETP.

certainement de celui réalisé par [redacted], Asalée rappelle qu'il a été mis en place à la demande du CSE et qu'à ce titre, dans le cadre de ses attributions légales, et qu'à ce titre l'association n'avait pas de possibilité d'organiser un appel d'offres. En outre, concernant les licences informatiques, celles-ci s'imposent également à l'association, dans la mesure où elle a une obligation opérationnelle d'équiper les infirmiers des mêmes logiciels que ceux utilisés par les médecins. L'organisation d'un appel d'offres dans ces conditions s'avère impossible. De la même manière, l'organisation d'un appel d'offres tant sur les prestations d'assurance que sur celles de la tenue d'un séminaire, feraient perdre à l'association le bénéfice de relations privilégiées avec des prestataires historiques, proposant de ce fait des prix très concurrentiels par rapport au marché.

Réponse de la mission : l'audit légal vise les prestations assurées par le commissaire aux comptes.
Rédaction précisée. La formule « audit légal » est remplacée par « prestations assurées par le commissaire aux comptes ».

[205] La gestion des ressources humaines et le dialogue social sont marqués par l'organisation holacratique et l'externalisation. Les effets de cette organisation sont détaillés en annexe 2.1 et 2.2 [redacted]

[206] [redacted]

[207] [redacted] En effet, en 2019, selon la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES), 71 % des infirmiers et sage-femmes salariés étaient employés à temps complet contre 38,5 % au sein d'Asalée.

[208 [redacted]

[209] Les indicateurs sociaux tels que le taux d'absentéisme, le turn-over1 [redacted] alors que l'emploi salarié dans les activités pour la santé humaine progressaient de 4,02 % de 2018 à 2022.

Tableau 9 : [redacted]

[redacted]						
[redacted]						
[redacted]						
[redacted]						

[redacted]

[210] Les enquêtes et analyses font ressortir [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[211] [redacted]

[redacted]

[redacted]

[212] [redacted] la fonction ressources humaines est confiée à deux prestataires (cf. supra) :

• [redacted]SAS est chargée principalement, en matière de ressources humaines, de traiter les aspects liés au contrat de travail, à la formation professionnelle [redacted]

• Groupe Y est en charge essentiellement des documents liés à la paie et aux déclarations sociales. La société intervient également sur le thème de la médecine du travail et des documents destinés aux représentants du personnel.

[213] [redacted]

[214] C'est ainsi que les infirmiers réalisent des missions [redacted]

• [redacted]

• [redacted]

[215] Par ailleurs, en cas de différends au sein des réunions de secteur ou divers groupes de travail, [redacted]

Recommandation n°26 [redacted]

[redacted]

[redacted]

Réponse [redacted]

[216] L'article L. 2312-17 du code du travail prévoit que le CSE, est consulté annuellement sur les orientations stratégiques de l'entreprise, la situation économique et financière ainsi que la politique sociale, les conditions de travail et d'emploi ; en outre, le CSE dispose d'un accès permanent à une base de données économiques et sociales (BDESE) en vertu de l'article L. 2312-18 du même code.

[217] Les informations générales régulièrement communiquées [redacted]. De surcroît, les thèmes de consultation prévus par le code du travail [redacted]

[218] Outre la BDESE [redacted] le programme pluriannuel de formation [redacted]

[219] Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) qui vise à prévenir les risques pour la sécurité et santé des salariés [redacted]

[220] Le rythme et le cadre des négociations collectives annuelles sur les rémunérations [redacted]

[221] [redacted]

Recommandation n°27 [redacted]

[redacted]

[222] Les fonds obligatoires dédiés au fonctionnement du comité [redacted]

[223] L'examen des procès-verbaux de ce comité montre [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

Recommandation n°28 [redacted]

[redacted]

Réponse de la mission [redacted]

[redacted]

LE CONTROLE ET L'EVALUATION DU DISPOSITIF ASALEE DOIVENT ETRE RENOVES 70

[224] Le suivi, par les autorités administratives, de l'usage de la subvention accordée à Asalée s'est organisé autour de la convention pluriannuelle signée en 2019, reposant ainsi sur une procédure conventionnelle qui peut être améliorée, au soutien d'un contrôle appelant des coopérations ajustées au sein de l'assurance maladie, et entre celle-ci et l'État (cf. annexe 3.2 et 3.3). Ce contrôle, enfin, devrait être complété par une nouvelle évaluation externe du dispositif (cf. annexe 1.4).

Le rapport de l'IGAS aborde à ce stade la question du cadre conventionnel entre la CNAM et ASALEE. En synthèse, il affirme que « la procédure conventionnelle peut être améliorée, au soutien d'un contrôle appelant des coopérations ajustées au sein de l'assurance maladie, et entre celle-ci et l'État. » Une formulation en apparence neutre et modérée, qui tranche pourtant avec le ton très critique des paragraphes précédents, où l'on pouvait lire que le modèle d'ASALEE serait « atypique », fondé sur des « principes d'externalisation et d'holacratie » supposés structurer une organisation marquée par un pilotage insuffisant, une gestion opaque et des conflits d'intérêts liés à ses prestataires. ASALEE n'est pas dupe de ces inflexions de style. Cette variation sémantique — entre l'usage d'un ton accusateur d'un côté et d'une formulation édulcorée de l'autre — apparaît comme une tentative de brouiller l'analyse et de masquer les causes réelles des dysfonctionnements observés. La vérité est bien différente : les difficultés majeures de gouvernance et de fonctionnement d'ASALEE ne trouvent pas leur origine dans le dispositif conventionnel en tant que tel, mais dans le retard systémique de signature des conventions (notamment en 2019, 2021, 2022 et 2024), dans l'absence totale de convention pour l'année 2023, et dans l'instrumentalisation de l'avenant de 2021, qui a introduit un Comité de surveillance réduisant de manière radicale l'autonomie de gestion de l'association. En parlant simplement d'une procédure « pouvant être améliorée », l'IGAS minimise sciemment l'impact destructeur qu'a eu cet outil

conventionnel mal employé sur la vie de l'association pendant cinq années. De 2020 à 2024, ce sont précisément les mécanismes conventionnels — ou leur absence — qui ont constitué l'outil principal de mise sous contrainte, de blocage et de déstabilisation d'ASALEE. Il est aussi frappant de constater que l'IGAS, censée produire un audit rigoureux, ne place pas ce cadre conventionnel en tête d'analyse, ni ne l'étudie de manière structurée. Elle le traite en filigrane, en multipliant les digressions générales sur le contrôle et la coopération, sans assumer pleinement la portée juridique et politique des actes posés à travers les conventions et avenants, qui, eux, sont pourtant les fondements mêmes des responsabilités techniques et administratives à établir. ASALEE attend à ce titre une mise en lumière claire et assumée de ces responsabilités, tant techniques que politiques, et rappelle que ce n'est pas son organisation interne — éprouvée et stable — qui a généré les blocages, mais bien la manière dont l'État, à travers la CNAM et la DSS, a utilisé la convention comme levier de prise de contrôle unilatérale.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. La partie 4 du rapport, ainsi que ses annexes 3.2 et 3.3, détaillent le cadre, les conditions et les dysfonctionnements du dispositif conventionnel et de son suivi par les autorités administratives. Une partie de ces développements n'ont pas été communiqués à l'association dans le cadre de la procédure contradictoire, car ils concernent directement, comme l'association en fait état, les autorités publiques. **Rédaction maintenue.**

[225] Pour les subventions publiques versées aux associations, l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 dite DCRA prévoit que l'autorité administrative qui attribue un financement supérieur à 23 000 euros doit donner à la décision unilatérale attribuant la subvention la forme d'une convention conclue avec l'organisme bénéficiaire. Si ces subventions ne sauraient venir financer que des activités restant librement initiées, définies et mises en œuvre par le bénéficiaire, la convention n'en doit pas moins indiquer l'objet, le montant, les modalités de versement, les conditions d'utilisation, ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation de la somme attribuée. L'article L. 221-3-2 CSS prévoit la même forme conventionnelle pour les subventions spécifiquement versées par l'assurance maladie et ce indépendamment de leur montant.

[226] L'octroi de la subvention à Asalée n'a toutefois pas systématiquement respecté les formes prévues par ces textes.

L'IGAS écrit que « l'octroi de la subvention n'a toutefois pas systématiquement respecté les formes prévues par les textes ». Cette tournure euphémistique soulève de sérieuses interrogations. De qui se moque-t-on ? Quelques pages plus tôt, l'IGAS n'hésitait pas à blâmer sévèrement ASALEE pour l'impossibilité de produire un procès- verbal d'un conseil d'administration de 2017 [redacted].

Lorsqu'il s'agit de mettre en cause la gouvernance interne d'ASALEE ou ses prestataires historiques, l'IGAS manie l'accusation sans nuance, empilant griefs et insinuations. Mais lorsqu'il est question de possibles irrégularités commises par l'administration dans l'octroi même des subventions publiques, elle opte pour une langue de bois manifeste, se contentant d'évoquer un non-respect « non systématique » des formes, sans jamais nommer clairement les infractions potentielles. Cette disparité de traitement est inacceptable. Toute juridiction administrative, financière ou disciplinaire — si ASALEE obtient enfin l'accès à de tels recours, ce qu'elle entend bien vérifier auprès de la Cour des comptes — pourra constater que le défaut de respect des règles encadrant l'octroi des subventions publiques ne relève pas ici d'un simple manquement formel, mais de faits graves. Ceux-ci sont susceptibles d'être qualifiés d'ingérence, de gestion de fait, voire de

détournement de fonds publics. Par conséquent, la formulation légère et ambivalente choisie par l'IGAS — « pas systématiquement respecté les formes » — relève d'un véritable enfumage sémantique, qui vise à diluer la gravité des responsabilités potentielles des tutelles, tout en continuant à charger exclusivement ASALEE et ses partenaires. Cette posture disqualifie partiellement la neutralité attendue de l'inspection, et pose la question de sa loyauté méthodologique autant que de son indépendance réelle.

Réponse de la mission : La rédaction du § 226 est modifiée pour la rendre plus explicite, en reprenant la formule figurant dans le titre de la partie 2.1 de l'annexe 3.2. **Rédaction modifiée.** Dans ce cadre, la procédure d'octroi de la subvention a été marquée par un certain nombre d'irrégularités.

[227] Tout d'abord, l'octroi de la subvention n'a pas été précédé de l'instruction d'une demande de subvention établie par Asalée selon le formulaire unique mentionné par le décret n° 2016-1971 du 28 décembre 2016. Cette procédure aurait pourtant permis de disposer d'informations utiles prévues par ce texte, tout particulièrement le budget prévisionnel de l'association (cf. article 1er, 5° du décret).

L'IGAS écrit que « l'octroi [de la subvention] n'a pas été précédé de l'instruction d'une demande de subvention établie par ASALEE ». Cette formulation, à la fois habile et profondément fallacieuse, opère un renversement inacceptable des responsabilités. Par un procédé sémantique pervers, le texte fait porter la charge de l'irrégularité à ASALEE, sans même mentionner la CNAM, pourtant partie centrale du dispositif de financement et de gouvernance depuis 2021. Nous dénonçons avec fermeté ce procédé, qui reflète une partialité manifeste dans le traitement des faits. Le principe d'équité est ici bafoué. Lorsque, en 2021, le comité de surveillance est institué et que la gouvernance opérationnelle d'ASALEE passe sous contrôle direct des représentants de la sécurité sociale (CNAM, CPAM, DSS), il est légitime de se poser une question simple : qui, à partir de 2022, avait la responsabilité d'élaborer et d'instruire une demande de subvention ? La réponse est claire : la gouvernance d'ASALEE était assurée, de fait, par les tutelles elles-mêmes. Il est donc absurde et injuste d'imputer à l'association une absence de procédure ou de document, quand les personnes en position de les produire et de les valider étaient précisément celles qui représentent aujourd'hui les autorités de tutelle. Ce paragraphe illustre à nouveau une méthode bien établie dans le rapport : renverser les responsabilités, blâmer la victime, et exonérer les véritables décisionnaires. Cette inversion systématique de la charge, cette présentation biaisée des faits, ce refus de nommer clairement les acteurs institutionnels engagés, constituent les marqueurs d'une stratégie de dissimulation et de manipulation, que nous désignons ici clairement comme perverse, au sens clinique du terme : une déformation volontaire du réel à des fins accusatoires. ASALEE n'attend donc aucune reconnaissance de ce rapport, si ce n'est, au moins, la confirmation écrite, désormais documentée, de la violence institutionnelle exercée depuis cinq ans, sous couvert de pilotage administratif. Nous appelons chacun, professionnels, élus, patients, à mesurer l'ampleur de cette déformation, et à exiger des comptes, sur le fond et sur la méthode.

Réponse de la mission : La rédaction est explicitée pour faire mieux apparaître que l'instruction de la demande de subvention constitue une obligation pour l'assurance maladie. **Rédaction modifiée.** Tout d'abord, la CNAM n'a pas fait précéder l'octroi de la subvention par l'instruction d'une demande de subvention établie par Asalée…

[228] Les conventions et avenants, ensuite, ont été signés tardivement, plusieurs mois après le début de l'année concernée. Ainsi, entre le 1er janvier 2019 et le 30 septembre 2024, près de 35 % du temps a été passé sans acte de subventionnement. Ces séquences « grises » ont été sources de

situations peu lisibles pour les parties, et peu sécurisantes pour les comptables (cf. infra), même si les conventions ont ensuite entendu les couvrir rétroactivement.

L'IGAS écrit que « les conventions et avenants ont été signés tardivement », entraînant « une situation insécurisante pour les comptables ». Cette formulation est à la fois indigne, euphémisante et profondément malhonnête, et elle n'honore pas l'IGAS. Car le problème ne réside pas uniquement dans un retard de signature, mais bien dans les délais catastrophiques d'élaboration des textes, entièrement imputables à la CNAM, unique initiatrice des projets conventionnels. Ce ne sont pas les comptables — dont la mission consiste à enregistrer des flux financiers selon des règles — qui ont été affectés au premier chef. Ce sont bien les équipes de terrain, les infirmières, les médecins généralistes, les personnels de coordination, les prestataires, tous pris en otage de décisions administratives opaques, imprévisibles, souvent contradictoires. Ce sont eux qui ont subi les angoisses, les suspensions de recrutement, les tensions internes, les ruptures de continuité, provoquées par une instabilité volontairement entretenue. L'IGAS avance que « près de 35 % du temps a été passé sans conventionnement », sous-entendant ainsi une forme d'irrégularité ou d'improvisation de la part d'ASALEE. Mais posons une question simple : que dirait l'IGAS si, missionnée officiellement pour un audit à compter du 6 juin, elle n'était informée de cette mission que le 9 juillet, tout en étant sommée de remettre ses conclusions à la fin du mois de septembre ? Elle invoquerait, à juste titre, l'insuffisance du temps réellement disponible, protesterait contre les conditions impossibles d'exécution, et exigerait un report ou une clarification de son mandat. Or, c'est précisément ce que vit ASALEE depuis plusieurs années : des cadres conventionnels absents, délibérément retardés, ou imposés a posteriori, sans concertation ni visibilité. Et aujourd'hui, c'est l'IGAS elle-même qui rend un rapport provisoire en avril 2025, soit sept mois après l'échéance initiale, alors même qu'elle sait que l'avenant signé en toute fin d'année 2024 ne couvre ASALEE que jusqu'au 2 juin 2025. Autrement dit, le temps réel accordé à ASALEE pour réagir est à peine d'un mois, un calendrier d'autant plus absurde que l'instruction administrative traîne depuis plus d'un an. Dans ces conditions, nous posons la question : qui a payé l'IGAS entre le 6 juin et le 9 juillet 2024 ? Quelle structure de l'État permet que le calendrier imposé à ASALEE soit si contraint, alors que les institutions elles-mêmes prennent des mois, voire des années, pour finaliser leurs propres travaux ? Tout cela ressemble fort à une opération construite, cousue de fil blanc, visant à placer l'association dans une impasse programmée, tout en donnant l'illusion d'un cadre juridique et d'une procédure régulière. Cette dissonance entre le discours de rigueur adressé à ASALEE et la permissivité silencieuse des pouvoirs publics à leur propre égard illustre, une fois encore, le déséquilibre structurel et l'intentionnalité politique sous-jacente. Ce qui est encore plus grave, c'est que l'IGAS ne désigne à aucun moment les responsables de ces dysfonctionnements, pourtant massifs, répétés et documentés. En 2023, aucune convention acceptable n'a même été proposée à la signature, malgré des propositions formalisées par ASALEE et l'attente claire exprimée par ses instances. Cette partie du rapport constitue un scandale majeur, plus encore que les accusations diffamatoires figurant dans les premiers chapitres. En se gardant de nommer les responsabilités réelles, l'IGAS devient complice, volontairement ou non, d'une stratégie de musellement institutionnel. Il est manifeste qu'elle agit ici sous contrainte ou par allégeance aux autorités de tutelle, au premier rang desquelles la direction générale de la CNAM, et dans une mesure que les enquêtes ministérielles ne manqueront pas d'établir, la DSS. Nous ne nous érigerons pas ici en juge, car, comme l'a très justement affirmé le directeur général de la CNAM lui-même, « les écrits doivent être soumis à l'appréciation des tribunaux ». C'est précisément ce que nous comptons faire. Et le rapport de l'IGAS fera désormais pleinement partie du dossier judiciaire, dans ce que nous avons nommé — et que nous continuerons à

démontrer — comme une affaire d'État. Ce rapport n'éteindra pas la vérité. Il la rendra plus visible.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. Le § 228 mentionne « les parties », avant d'évoquer « les comptables », tandis que la problématique juridique très spécifique concernant ces derniers est expliquée dans la partie 4.2 du rapport. **Rédaction maintenue.**

[229] S'agissant, ensuite, des conditions liées à la transparence du subventionnement, la CNAM a indiqué à la mission n'avoir jamais organisé l'accessibilité, sous forme électronique, des données essentielles de la convention de subvention, comme le prévoit pourtant l'article 10 de la loi DCRA . Les comptes-rendus financiers prévus par ce même article, lorsque la subvention est affectée à une dépense déterminée, n'ont pas été déposés par l'association dans les six mois suivant la fin de chaque exercice concerné (cf. recommandation n°6).

[230] Enfin, et malgré les dispositions figurant à l'article 10-1 de la loi DCRA depuis 2022, l'association n'a pas signé de contrat d'engagement républicain.

Le rapport à charge se poursuit, cette fois sous une forme plus insidieuse, lorsque l'IGAS écrit que « la CNAM n'a pas organisé l'accessibilité sous forme électronique des données essentielles de la convention ». Une formulation floue, presque ésotérique, qui détourne l'attention du cœur du problème. Car ce qui a marqué la période 2023–2024, ce n'est pas un défaut d'accessibilité, mais bien l'absence pure et simple de convention, et pour les années 2021–2022, la mise en place du comité de surveillance, véritable pivot d'un glissement de la gouvernance vers une mainmise de la sécurité sociale sur l'association. Or, plutôt que d'interroger cette défaillance fondamentale du pilotage institutionnel, l'IGAS préfère mettre en avant des supposées fautes de l'association, telles que l'absence de dépôt d'un compte-rendu financier ou la non-signature d'un engagement républicain. Ces reproches, secondaires au regard des enjeux systémiques, servent surtout à occulter les dérives de gouvernance opérées par les tutelles. ASALEE, pour sa part, réaffirme solennellement son engagement républicain, mais avec un contenu clair et transparent : la défense active d'une sécurité sociale solidaire, contre les tentatives de financiarisation croissante du système de santé. Ces dérives prennent aujourd'hui la forme d'une ubérisation des fonctions médicales, d'une prolifération des montages de financement pour la dette ou pour l'immobilier, et d'un projet à peine voilé visant à substituer au médecin généraliste traitant des équipes intégrées pilotées par d'autres intérêts, composées d'assistants médicaux et d'infirmiers référents. Ce projet, tel que promu par certaines fédérations professionnelles [redacted], constitue une menace sérieuse pour l'indépendance des soignants, pour la liberté de choix des patients, et pour la cohérence du pacte républicain en santé. ASALEE prend ici l'engagement clair d'y faire obstacle. Et ce, non pas au nom d'un intérêt corporatiste ou d'un quelconque conservatisme, mais au nom de l'intérêt général, en appelant à la résistance lucide et à la résilience collective des soignants, des patients, des aidants, et des élus locaux. Enfin, ASALEE réaffirme sa pleine confiance dans les institutions républicaines de notre pays, dans la justice, dans la capacité du droit à reconnaître les dérives quand elles sont documentées, et dans la force de la démocratie sociale à redonner sens à l'action publique. La sécurité sociale n'est pas une ligne budgétaire : c'est un fondement de notre modèle de solidarité, de soin, et de justice.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. Le défaut de convention signée en 2023 est présenté et analysé dans les § suivants du rapport, tout comme dans les annexes 3.2 et 3.3. **Rédaction maintenue.**

[231] À l'échéance de la convention signée en 2019, couvrant la période 2019-2022, aucun nouvel avenant ou nouvelle convention n'a été signé pour couvrir l'année 2023, en raison du refus de l'association de signer le texte proposé par l'assurance maladie (Asalée souhaitant tout particulièrement voir augmenter le nombre d'ETP financés dans une mesure plus importante que celle proposée par la CNAM). Le dispositif conventionnel prévu par l'article 10 de la loi DCRA et l'article L. 221-3-2 du CSS s'est ainsi interrompu. Des versements à effectif constant ont néanmoins été poursuivis, autorisés par la CNAM (cf. infra).

L'affirmation selon laquelle ASALEE aurait refusé de signer les avenants 2023 pour la seule raison qu'ils prévoyaient un dépassement du seuil de 1 400 ETP, tel que le prétend la CNAM, relève d'une déformation grossière de la réalité, voire d'un mensonge manifeste.

Les véritables raisons du refus d'ASALEE.

En réalité, l'avenant proposé en juillet 2023 contenait une clause explicitement non conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) : il y était exigé qu'ASALEE documente l'usage du temps libre des médecins, ce qui constitue une atteinte inacceptable à la vie privée et à la déontologie professionnelle. Quant à l'avenant d'août 2023, il imposait une clause léonine, portant atteinte directe à la liberté de communication de l'association. Ces clauses n'étaient donc ni juridiquement acceptables, ni moralement recevables. ASALEE a fait preuve de responsabilité et de transparence en formulant des contrepropositions en septembre 2023, qui, malgré leur caractère constructif, n'ont reçu aucune réponse de la CNAM.

Tentative de mainmise institutionnelle

Plus grave encore, en septembre 2023, lors d'une réunion officielle, des représentants de la CNAM et de la CPAM ont tenté d'opérer ce qui s'apparente à un véritable hold-up sur les actifs d'ASALEE. Cette tentative a été déjouée grâce à la vigilance et à la coordination d'ASALEE avec ses partenaires historiques : GroupeY, ISAS et Informed79 Services SAS. Face à ce qui constitue une forme manifeste de maltraitance institutionnelle, ASALEE a alerté les services du ministère de la Santé. Et pourtant, en octobre 2023, la CNAM osait encore affirmer, dans une communication adressée aux syndicats médicaux, qu'elle finançait plus de 1 500 ETP au sein d'ASALEE – affirmation entièrement mensongère, démentie par les faits et les chiffres.

Une fabrication délibérée du mensonge

À la lumière de ces éléments, le contenu de cette partie du rapport de l'IGAS ne peut être qualifié autrement que comme une pièce supplémentaire dans ce que nous appelons désormais la « fabrique du mensonge ». Il ne s'agit pas seulement de divergences d'interprétation, mais bien d'un travestissement délibéré des faits, visant à discréditer l'association et à détourner l'attention des responsabilités réelles. ASALEE annonce qu'elle saisira ses conseils juridiques pour envisager les suites à donner à ces accusations inacceptables. Elle informera en toute transparence les professionnels de santé lors de sa prochaine conférence nationale, afin que chacun prenne la pleine mesure des enjeux et des dérives institutionnelles à l'œuvre.

Réponse de la mission : La rédaction est précisée, sur le modèle de ce qui figure dans la partie 2.1.2 de l'annexe 3.2, pour tenir compte des précisions ici apportées par l'association Asalée au sujet des raisons pour lesquelles elle a refusé de signer l'avenant élaboré par l'assurance maladie en 2023.
Rédaction modifiée. À l'échéance de la convention signée en 2019, couvrant la période 2019-2022, aucun nouvel avenant ou nouvelle convention n'a été signé pour couvrir l'année 2023, en raison du refus de l'association de signer les textes successivement proposés par l'assurance maladie (Asalée ayant déclaré à la mission que certaines de leurs dispositions méconnaissaient le RGPD ou le droit au respect de la vie privée des médecins, et souhaitant voir augmenter le nombre d'ETP financés dans une mesure plus importante que celle proposée par la CNAM.

[232] Adressées à l'association en mars 2024, des décisions ont finalement été signées par le directeur général de la CNAM et la directrice de la CPAM 79, pour l'année 2023 et pour le premier semestre de l'année 2024, actant la poursuite du financement de l'association selon un forfait et un nombre d'ETP financés constants. Même si elles sont ainsi venues redonner un cadre explicite au financement, ces décisions sont demeurées, au-delà du caractère intégralement rétroactif de celle concernant l'année 2023, hors de la forme conventionnelle exigée par les dispositions de la loi du 12 avril 2000 et du code de la sécurité sociale.

L'IGAS écrit avec une discrétion révélatrice que la décision relative à l'année 2023 a été « adressée à l'association en mars 2024 ». Cette formulation, en apparence neutre, constitue en réalité une manipulation sémantique, dissimulant le fait que les décisions n'ont pas été établies en 2023, comme le laisserait entendre cette tournure, mais bien après coup, postérieurement à la remontée par ASALEE du nombre de forfaits formation dus pour décembre 2023 – données qui n'ont été connues qu'à la mi-janvier 2024.

L'établissement tardif et douteux de l'acte unilatéral

Il est crucial de souligner que l'acte unilatéral de la CNAM n'est pas daté. Tout porte à croire qu'il n'a été rédigé qu'au début du mois de mars 2024, soit après une série d'événements critiques pour l'association. En effet, le 27 février au matin, ASALEE apprend que la CPAM refuse le versement des financements liés à l'activité de janvier 2024, avec une échéance repoussée au 4 mars 2024, soit la veille du paiement des cotisations URSSAF.

Une mise en tension volontaire et coordonnée

[redacted]*. Dans ce climat de pression extrême, l'acte unilatéral est communiqué à l'association par e-mail dès le lundi 4 mars, créant un effet de surprise et de sidération.* [redacted] *Mais à l'analyse rétrospective, il apparaît clairement que, pour certaines personnes au sein des tutelles (DSS, CNAM, CPAM79), ASALEE était devenue précisément cela : une affaire personnelle – au sens où leur propre responsabilité devenait engageante au regard des décisions prises.*

Une alerte grave restée sans suite

[redacted]

Des questions majeures laissées sans réponse

Cette séquence de fin février – début mars 2024, éclairée par les formulations évasives du rapport de l'IGAS, soulève des interrogations fondamentales : Qui a réellement initié les décisions d'entrave financière à ASALEE ? Comment les mécanismes de blocage et de mise en tension ont-ils été organisés ? Pourquoi une telle stratégie a-t-elle été mise en œuvre contre une association représentant à peine 0,05 % du budget de l'Assurance maladie, mais produisant des résultats majeurs en santé publique ? Ces questions, l'IGAS n'y répond pas. Il appartiendra donc aux juridictions compétentes et aux instances de contrôle républicain, notamment la Cour des comptes, de faire toute la lumière sur ces pratiques, et aux citoyens, professionnels de santé et élus, de se saisir de ces enjeux. ASALEE, pour sa part, ne renonce pas à demander la vérité, et ne cessera d'alerter sur les dérives observées dans ce qu'elle considère désormais comme un scandale d'État à part entière.

Réponse de la mission : La rédaction est complétée d'une note de bas de page précisant que les décisions concernant les années 2023 et 2024, dans leur version transmise à l'Igas, ne sont pas datées. **Rédaction complétée.**

[233] Si la plupart des écarts ainsi relevés découlent de la difficulté à conclure des négociations parfois âpres, dans un contexte où la position de la CNAM intégrait le souci de ne pas mettre en péril le dispositif au regard de la situation des infirmiers comme des patients, il importe néanmoins que la procédure d'attribution de la subvention à Asalée se normalise désormais. Il apparaît ainsi essentiel, si le financement de l'association se poursuivait sous sa forme actuelle, que l'octroi de la subvention respecte l'entièreté du cadre prévu par la loi DCRA, avec une procédure de demande de subvention régulière, puis une convention signée avant le début de l'exercice concerné, selon une séquence bis- ou pluriannuelle permettant une meilleure anticipation – l'association devant en revanche renoncer à la subvention si elle refuse de conclure la convention.

La formulation utilisée dans le rapport de l'IGAS selon laquelle « la position de la CNAM intégrait le souci de ne pas mettre en péril le dispositif au regard de la situation des infirmiers comme des patients » est non seulement inexacte, mais relève d'une contre-vérité manifeste. C'est précisément la décision de la CNAM, en février 2024, de ne pas honorer dans les délais la facture correspondant à l'activité de janvier 2024 qui a failli plonger l'association dans une situation de cessation de paiement.

Une mise en danger évitée par la solidarité des équipes

Seule la mobilisation exceptionnelle des infirmières – qui ont accepté de différer le versement de leurs salaires de quatre jours – a permis de tenir cette échéance. Encore faut-il préciser que ce différé n'a permis que le versement partiel et vital pour couvrir les besoins les plus urgents durant les premiers jours du mois. Ce geste, profondément solidaire, illustre l'attachement des professionnels à leur mission, mais souligne également la brutalité des arbitrages opérés par la CNAM, dans une logique de pression financière à répétition.

Une stratégie de découragement documentée mais passée sous silence.

Cet épisode ne constitue qu'un exemple parmi d'autres d'un enchaînement de décisions hostiles depuis près de cinq années, caractérisées par une alternance d'intimidations, de menaces explicites, parfois par SMS ou appels téléphoniques, dont les procès-verbaux des conseils d'administration d'ASALEE gardent la trace. Il est profondément regrettable que l'IGAS ait choisi de ne pas retenir ces faits documentés, optant à la place pour une présentation caricaturale et inversée des rôles : la CNAM apparaissant comme raisonnable et protectrice, tandis qu'ASALEE serait accusée d'intransigeance.

Une rupture dans l'impartialité du rapport

Cette manière de présenter les faits franchit une ligne rouge. Elle dissimule les responsabilités institutionnelles dans la situation critique traversée par l'association, tout en minimisant, voire en niant, la gravité des faits subis. Ces manipulations, ajoutées à d'autres éléments discutables déjà relevés dans ce rapport, suscitent une indignation profonde et légitime au sein de la communauté ASALEE.

Une réponse collective en construction

Ces éléments mensongers, désormais consignés, seront partagés dans leur intégralité avec les infirmières, infirmiers et médecins partenaires d'ASALEE. L'IGAS est donc formellement informée que son rapport suscite une réaction collective, qui s'exprimera à travers un mouvement de mobilisation professionnel et citoyen [redacted]

Une clarification nécessaire

Ce positionnement n'a aucun caractère menaçant, mais il constitue une réponse

stratégique légitime à une situation de pression institutionnelle prolongée. ASALEE saisit cette occasion pour exprimer clairement aux inspectants de l'IGAS le retentissement de leur rapport, ainsi que les pistes concrètes d'évolution qu'il suscite, en responsabilité, en cohérence et dans la transparence.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial, celui-ci analysant les raisons pour lesquelles l'assurance maladie a poursuivi le versement de la subvention, y compris pendant les périodes non couvertes par une convention. **Rédaction maintenue.**

[234] La convention de financement signée en 2019 reprend, en grande partie, les termes des conventions signées depuis 2012 entre l'association et ses financeurs publics. Dans ce format partiellement obsolète, elle détermine des indicateurs de suivi et des outils de contrôle précis, mensuels et annuels, mais demeure marquée par différentes ambiguïtés concernant l'objet du financement :

- d'une part, l'objet précis du dispositif subventionné (activité des infirmiers, patients concernés) y est décrit de façon peu claire, voire contradictoire (cette ambiguïté n'étant que le reflet de celle du protocole de coopération – cf. supra partie 1) ;
- d'autre part, elle fixe des plafonds d'effectifs et des conditions de déploiement qui ne sont pas assez explicitement rattachés à l'usage de la subvention, semblant ainsi assimiler cet usage à l'activité globale d'Asalée - ce qui s'explique par l'importance de la subvention dans les ressources de l'association, mais contredit le principe de sa liberté d'activité, susceptible de se déployer au moyen d'autres financements ;
- enfin, à son article 7, elle détermine de façon insuffisamment claire les dépenses spécifiquement couvertes par la subvention, notamment lorsqu'elle mentionne les « salaires et charges » des infirmiers sans plus de précision, ou qu'elle détaille les « frais de structure » par deux énumérations qui ne s'articulent pas clairement entre elles (cf. supra).

[235] Au-delà de la définition de l'objet du financement, cette convention ne comporte qu'un seul indicateur d'activité chiffré (1 205 patients suivis annuellement par infirmier – cf. supra), se prêtant ainsi mal au suivi de l'efficience du dispositif.

[236] Si la convention signée plus récemment, le 11 juin 2024, constitue un jalon pour la normalisation et la clarification du cadre conventionnel, en amorçant une reformulation de l'objet de la subvention et en affinant notamment les conditions du contrôle mensuel de la facturation opéré par la CPAM 79, les conventions susceptibles d'être conclues à l'avenir devront encore clarifier l'objet du financement, s'agissant de l'activité financée et des dépenses éligibles, en définissant en outre des objectifs associés à des cibles chiffrées et réalistes (cf. recommandations n°7 et 11).

Un chapitre décisif : la période 2020-2024, ou la déstabilisation organisée d'une innovation de santé publique. Ce chapitre mérite une observation centrale. La période allant de 2020 à 2024 – depuis l'année précédant la création du comité de surveillance jusqu'à celle où, enfin, la CNAM et la CPAM, avec copie à la DSS, prennent acte de la situation critique – appelle désormais une enquête indépendante de portée nationale, sous l'égide du Parlement. Contrairement à ce que laisse entendre le rapport, il n'y a pas eu continuité conventionnelle, ni régularisation par la convention de juin 2024. C'est une fiction administrative. Les ruptures ont été nombreuses, profondes, et lourdes de conséquences.

Une trajectoire cohérente, validée par la loi... et pourtant disqualifiée.

Depuis le 1er janvier 2019, l'article L221-1 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale reconnaît que la CNAM participe au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé. Ce fondement juridique, introduit après plus d'une décennie de construction patiente, donne légitimité au modèle porté par ASALEE – Action de Santé Libérale en Équipe – en tant que structure innovante, fondée sur le dialogue médecin-

infirmier, intégrant les patients et leurs aidants dans un processus de soins durables, personnalisés, et éducatifs. ASALEE n'a cessé depuis ses débuts, dans les années 2000, de faire la démonstration de cette coopération : le médecin généraliste, centré sur la gestion de l'incertitude et la détection de l'urgence ; l'infirmier ou infirmière, centré sur l'accompagnement et l'exploration de l'ambivalence des comportements de santé. Ce binôme, qui n'a jamais été un simple outil de substitution ou de délégation, constitue un pilier d'une pratique systémique de soins primaires ancrés dans le temps long et la confiance.

Une alliance fragilisée par la verticalité institutionnelle

Cette approche, qui se distingue par sa souplesse, son horizontalité, et sa cohérence avec les valeurs du système de santé solidaire, s'est heurtée dès 2012 à une volonté croissante de verticalisation. Dès lors, les pressions exercées par la HAS, la DSS, puis la CNAM ont consisté à transformer cette organisation en un outil standardisé, soumis à des logiques de performance, de délégation d'actes, et de comptabilité analytique. ASALEE a résisté. Elle a continué de construire son modèle avec des partenaires comme ISAS, Informed79, GroupeY, TGS, et avec l'appui d'ingénieurs organisationnels et d'un vaste réseau de professionnels engagés. Mais à partir de 2019, cette résistance est perçue comme un obstacle par certains décideurs, et l'objectif implicite semble devenir la marginalisation, voire la disparition de cette initiative indépendante.

Une manipulation institutionnelle concertée

Dès lors, les attaques s'intensifient : blocages de recrutement, imposition d'un comité de surveillance privant l'association de ses fonds propres, rapports orientés (HCAAM, Cour des comptes), pressions répétées lors des CA, retards de financement sciemment provoqués, absence de convention en 2023... jusqu'à l'ultime manœuvre de février- mars 2024 visant à provoquer une cessation de paiement. Ces actions cumulées ne relèvent plus d'une simple complexité administrative, mais bien d'un processus coordonné de déstabilisation. Le rapport de l'IGAS, en refusant d'établir les responsabilités de manière claire, s'inscrit dans cette chaîne d'événements. Il adopte une présentation trompeuse de la période 2012-2024, dilue les ruptures institutionnelles majeures, et camoufle la dérive qui a transformé un soutien public en ingérence destructrice.

De la santé publique à l'affaire d'État

Dès lors, ASALEE annonce qu'avec ses partenaires, elle entamera un audit stratégique rétrospectif sur la période 2019- 2024, visant à analyser le rôle et la responsabilité de toutes les institutions impliquées : CNAM, DSS, DGOS, Conseil d'État, Cour des comptes, IGAS, CPAM79... Une telle entreprise ne vise pas seulement à rétablir des faits, mais à comprendre comment une expérimentation de santé publique exemplaire a pu devenir la cible d'une tentative de liquidation systémique. [redacted]

ASALEE, fer de lance d'une reconquête démocratique de la santé

ASALEE est plus que jamais conforme à l'esprit de l'article L221-1 alinéa 9. Elle ne se résume pas à un dispositif, mais constitue un écosystème de soin, d'innovation, de résilience, en faveur des patients, des aidants et des professionnels. Les critiques formulées dans ce rapport, les tentatives de vol ou de marginalisation de ses actifs, les propos diffamatoires ou les manipulations documentaires ne feront pas reculer ses équipes. Elles inspirent au contraire une stratégie renouvelée, [redacted]

[redacted]

Nous concluons ici pour ce paragraphe : Il est devenu impératif que les chambres parlementaires, députés comme sénateurs, soient mobilisées afin de faire toute la lumière sur les décisions, les responsabilités, les intentions et les interférences qui ont émaillé cette séquence. Ce qui devait demeurer dans le cadre légal défini par l'alinéa 9 de l'article L.221-1 du Code de la sécurité sociale semble avoir été contourné, voire dévoyé, au point de provoquer des réactions vives, et manifestement disproportionnées, de la part de certaines tutelles. Qui est intervenu ? Comment ces décisions ont-elles été prises ? Pourquoi ce cadre légal a-t-il été écarté ? Ce sont les trois questions fondamentales que l'enquête parlementaire devra trancher dans les plus brefs délais, afin de rétablir la transparence, la légalité, et la confiance dans les institutions impliquées.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[237] Dans le cadre de la convention de financement signée en 2019 entre l'association, la CNAM et la CPAM 79, des contrôles ont été réalisés par cette dernière, mensuellement sur les facturations, et annuellement, sur pièces et sur place, sur les comptes de l'association. Un comité de pilotage annuel a, en outre, réuni les parties à la convention ainsi que l'État, représenté par la DSS. Cette organisation comporte des fragilités juridiques (cf. annexe 3.3) et a conduit à des difficultés d'ajustement du contrôle, aujourd'hui en voie de rééquilibrage (cf. annexe 3.2).

(...)

[272] Enfin, parallèlement à ces coordinations renforcées, et pour restaurer les conditions d'un véritable dialogue malgré la dégradation des relations entre l'association et son financeur, l'intervention de tiers pourrait être, au moins temporairement, envisagée, sous différentes formes, cumulatives ou alternatives :

- Une médiation, proposée par le cabinet et acceptée par les parties, pourrait être mise en place pour accompagner les échanges entre les parties à la convention. L'association a toutefois déjà écarté une proposition comparable au cours de l'année 2023 (+ note 137 : Cf. le compte-rendu du comité de surveillance du 15 décembre 2023, évoquant le refus d'une proposition de la CNAM de désigner deux personnalités qualifiées (une par le ministère et la CNAM, une par l'association) « *qui auraient un rôle de médiation pour : 1) se mettre d'accord sur les modalités des contrôles d'usage des fonds, 2) se mettre en conformité juridique* ») ;
- La désignation d'un contrôleur économique et financier pourrait être sollicitée, pour suivre et contrôler l'association pendant une période transitoire, de cinq ans par exemple, et selon un plan de contrôle déterminé.

Sur le chapitre du contrôle financier et des propositions de médiation : une mise en scène soigneusement orchestrée. L'un des passages les plus révélateurs du rapport de l'IGAS concerne sa proposition de renforcer le contrôle financier d'ASALEE par l'intervention de tiers extérieurs : un médiateur proposé par le cabinet du ministre, ainsi qu'un contrôleur administratif et financier. Ce chapitre – réduit à quelques paragraphes dans le rapport (notamment les points 237 et 272) – est pourtant d'une portée considérable. Il fait disparaître, par une pirouette rédactionnelle, toute la chaîne de responsabilité politique et administrative ayant conduit à la crise qu'ASALEE a traversée entre 2020 et 2024, notamment celle du comité de surveillance imposé à l'association depuis 2021.

Nous ne sommes pas ici invités à faire preuve d'imagination, mais bien à restituer une chronologie factuelle, fondée sur des actes administratifs et des échanges documentés, qui expliquent comment l'IGAS en vient à formuler une telle proposition sans interroger l'origine ni la légitimité des interférences précédentes.

I. Le premier « médiateur » : une nomination discrète, initiée dans l'ombre

La première tentative d'imposer un médiateur remonte à l'époque où, informé par ASALEE de la maltraitance institutionnelle dont elle était victime, le ministre de la Santé prend l'initiative de proposer en catimini un médiateur à travers un syndicat de médecins. [redacted]

II. Le second « médiateur » : [redacted] *. Il est également mentionné comme acteur central de l'épisode de déstabilisation survenu début 2024, notamment via une diffusion non autorisée à l'ensemble du personnel d'informations couvertes par le RGPD. Sa mission semble avoir consisté à détourner l'attention d'ASALEE de la question du comité de surveillance, véritable nœud du problème.*

III. Le troisième « médiateur » : un [redacted] *mandaté par la CNAM*

Une autre figure apparaît ensuite : [redacted] *mandaté en toute discrétion par la CNAM pour produire une expertise juridique sur l'organisation d'ASALEE. Cette expertise, dont la réception a été retardée de près de neuf mois malgré des demandes officielles de l'association, ne sera transmise à ASALEE que la veille de son séminaire national de 2023. L'objectif semble être de neutraliser toute initiative de dénonciation publique du scandale, en substituant au comité de surveillance un cadre juridique unilatéral. Le même* [redacted] *, preuve supplémentaire que la mission confiée à l'IGAS n'était pas neutre, mais bien engagée dans une logique de protection institutionnelle.*

IV. Le « médiateur » de la [redacted]

Un autre « médiateur » entre en scène : [redacted] *, venu rencontrer ASALEE dans ses locaux.* [redacted]

V. Et d'autres « figures » de médiation...

Enfin, certaines personnalités publiques ont joué un rôle de médiateurs très positifs. Elles nous ont alertés — et continuent de le faire — pour nous aider à naviguer avec prudence et lucidité, non plus comme un Bernard-l'ermite dans un panier de crabes, comme en 2004 à nos débuts, mais comme un paisible hippopotame herbivore tentant d'évoluer dans un marigot désormais peuplé de crocodiles. Citons nos amis X, Y, Z, T, U, V, W – comme sept mercenaires - qui sont intervenus dans l'environnement d'ASALEE, chacune à leur manière, pour nous aider. Ils ont aussi apparemment des comptes à régler. Donc, pour ce qui concerne les médiations, nous avons déjà les notres et même, cela fait 20 ans que nous avons créée subtilement, il faut dire « informed » qui signifie infor-médiation : c'est-à-dire : la médiation dépend de l'information que vous avez à transmettre, si c'est un Scandale d'Etat il y a des gens spécialisés pour cela. [redacted]

Une stratégie claire : invisibiliser les commanditaires

À chaque étape, la médiation proposée s'est révélée être un outil d'évitement des responsabilités : elle a servi à éloigner les regards du cœur du problème, à désigner de faux coupables, ou à reporter les arbitrages sans trancher. La proposition finale de l'IGAS ne fait que reconduire cette mécanique, en refusant de tirer les leçons du comité de surveillance imposé, et en suggérant une solution qui camoufle les responsabilités personnelles des hauts responsables de la CNAM, de la DSS et de la CPAM. ASALEE n'est pas dupe : cette proposition constitue une ultime tentative de reprendre la main en camouflant les responsabilités, en prétendant pacifier une situation que ces mêmes institutions ont contribué à mettre en péril. Ce n'est, à l'évidence, pas terminé. La proposition faite dans le rapport IGAS de renforcer le contrôle financier par un tiers intervient dans un contexte où plusieurs acteurs ont déjà tenté de se positionner dans ce rôle, et parfois de manière pour le moins inappropriée. Dès septembre 2021, [redacted] *la CPAM79 a exprimé, devant témoins, sa volonté de remplacer l'expert-comptable d'ASALEE. Cette suggestion, particulièrement intrusive et peu respectueuse des règles de gouvernance associative, a été formulée sans détour.* [redacted] *. Ces déclarations posent question, d'autant plus qu'à cette époque, les comptes d'ASALEE étaient systématiquement présentés dans le détail aux services de la CPAM79, et qu'un responsable hiérarchique de cette même caisse, également présent, affirmait alors : « cette association est bien gérée ».* [redacted] *Il est légitime, sans pour autant établir un lien de causalité formelle, de s'interroger sur ces enchaînements de fonctions et la convergence des positions exprimées. Nous n'accusons pas formellement : nous relevons une coïncidence troublante, qui mérite d'être clarifiée dans une démarche d'évaluation rigoureuse. Enfin, ce correspondant* [redacted] *, notamment sur la structure juridique d'ASALEE, et sur le fait que certains points essentiels comme l'immobilier ou la formation des IPA n'étaient pas traités dans la convention. Il partageait, de façon explicite, une forme de gêne professionnelle face au silence institutionnel, alors même que ses observations étaient légitimes.* [redacted] *L'IGAS, en reprenant cette orientation et en la présentant à ASALEE comme une nouveauté ingénue, reprend en réalité une logique déjà bien connue : celle de dissocier artificiellement les fonctions de médiation et de gestion, comme si ASALEE découvrait les règles élémentaires de gouvernance institutionnelle. Cette manière de faire, sous des airs de neutralité technocratique, s'inscrit dans la continuité d'un processus de recentralisation opaque qui vise, non pas à soutenir un projet de santé publique porté depuis vingt ans, mais à en redéfinir unilatéralement les fondements.*

Autre manière de dire : ces éléments, qui témoignent d'une volonté répétée de mise sous tutelle ou d'absorption d'ASALEE dans des structures centralisées comme l'UGECAM, doivent être portés à la connaissance des parties prenantes, et évalués dans le cadre des futures discussions sur le pilotage indépendant et responsable de notre organisation.

Un mot sur la gestion : du déni de réalité à l'atteinte à la République.

Dans ce rapport, l'IGAS recommande la nomination d'un contrôleur économique et financier, une proposition qui s'ajoute à celle de la médiation. Ces deux suggestions, loin d'être neutres, visent à retirer à ASALEE sa capacité autonome d'analyse et de réponse juridique face à une situation que nous avons clairement identifiée comme relevant de l'ingérence, de la gestion de fait et du détournement de fonds publics — une situation organisée par la CNAM et la DSS, sous le regard actif ou passif de la CPAM79, toutes représentées dans le Comité de surveillance.

Une confusion volontaire entre contrôle et accomplissement

Contrairement à ce que l'IGAS laisse entendre, les retards répétés dans la signature des conventions ne gênent pas les comptables — qui n'enregistrent que ce qui leur est transmis — mais bien les gestionnaires, c'est-à-dire ceux qui doivent organiser en temps réel le bon fonctionnement d'un système de santé au service des patients, des aidants, et des soignants. En dissociant artificiellement la gestion de son contrôle, l'IGAS tente de neutraliser la capacité stratégique de l'organisation à agir de manière juste, efficace, et responsable pour réduire les inégalités sociales de santé.

Or, le mot "gestion", du latin gerere — accomplir — renvoie à l'acte de faire, de porter l'action jusqu'à son terme utile. Il ne peut être séparé du jugement de sa pertinence, de sa légitimité et de son impact. Mettre en œuvre un contrôle externe, alors même que les dispositifs internes d'évaluation sont fonctionnels, revient à nier la souveraineté d'une organisation fondée sur une gouvernance collective au service de l'intérêt général.

Du service de la République à l'usage de la République

Le reproche le plus insupportable, que ce rapport semble faire peser sur ASALEE, n'est pas tant technique qu'éthique : ce n'est plus la République qui est servie, mais certains hauts fonctionnaires qui se servent de la République, majorant mutuellement leur pouvoir et leur position au sein de l'appareil d'État, parfois au mépris des règles qu'ils sont censés faire respecter. Ce qui est en jeu, ici, dépasse la question administrative ou comptable : c'est le rapport entre le droit et l'éthique, entre le cadre juridique et la vocation de service public, entre la forme et la finalité.

Le "faux" du 15 décembre 2023

Le point culminant de cette dérive est atteint lorsque l'IGAS se réfère dans une note de bas de page à un prétendu "compte rendu du Comité de Surveillance du 15 décembre 2023", réunion qui, nous le confirmons, ne s'est jamais tenue. Ce faisant, l'IGAS établit et utilise un faux document, ce qui constitue non seulement une atteinte grave à la vérité, mais un acte juridiquement répréhensible. ASALEE en informera sans délai son conseil, afin que toute responsabilité soit établie en droit.

Conclusion : le contrôle comme outil d'asservissement

De 2020 à 2024, nous avons vu ce que donnait un contrôle de gestion externalisé et détourné de sa vocation initiale. Il n'a pas amélioré la transparence. Il n'a pas renforcé la qualité. Il n'a fait que paralyser l'innovation, bloquer la réactivité et tenté de désorganiser une structure agile et performante, qui a résisté, pour continuer d'accomplir sa mission.

Contrôler l'accomplissement d'une mission ne peut se faire qu'en son sein, dans le respect des acteurs, de leur responsabilité, et de la finalité du service rendu. L'IGAS, en persistant à nier cette réalité, construit un récit de défaillance qui n'est qu'un déni du réel.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée. La rédaction de la note de bas de page 137 est précisée pour faire apparaître que le compte-rendu du comité de surveillance du 15 décembre 2023, communiqué à la mission par le ministère de la santé, constitue un « faux » selon l'association. **Rédaction précisée dans la note de bas de page.** Cf. le compte-rendu du comité de surveillance du 15 décembre 2023, communiqué à la mission par la direction de la sécurité sociale, [...] Selon l'association Asalée, cette réunion ne s'est pas tenue, et ce document constitue un « faux » (cf. sa réponse apportée lors de la phase contradictoire).

[273] Au-delà du contrôle de conformité à la convention de financement, la mesure de l'activité de l'association (cf. annexes 1.2 et 1.3) et l'évaluation du dispositif (cf. annexe 1.4) soulèvent des difficultés particulières, qui appellent le renforcement des outils de contrôle interne, et la relance d'une évaluation externe du dispositif Asalée.

Sur la présentation introductive de l'évaluation : une tentative de manipulation

Le chapitre s'ouvre par la formule suivante : « au-delà du contrôle de la conformité à la convention de financement, la mesure de l'activité de l'association et l'évaluation du dispositif... ». Cette introduction constitue une manipulation sémantique, car elle laisse entendre que la question de la conformité des dépenses à la convention serait acquise et dépassée, alors que c'est le dispositif conventionnel lui-même qui a été altéré en profondeur, dès juin 2019 — avec l'obligation imposée à ASALEE d'accueillir des infirmières en pratique avancée (IPA) — et plus encore avec l'instauration en 2021 du Comité de surveillance, transformant juridiquement ASALEE en structure juridiquement transparente, c'est- à-dire dépourvue de contrôle autonome de sa gouvernance. Une chaîne de responsabilités inversée : ingérence, gestion de fait et possible détournement de fonds publics. Ce sont la CNAM, la CPAM79 et la DSS qui, par leurs décisions, ont placé l'organisation dans un régime d'exception, marquant leur ingérence opérationnelle, leur prise de contrôle de fait, et l'usage orienté des fonds publics à des fins de manipulation, hors des règles de la commande publique, de la comptabilité associative et de l'intérêt général.

Dans ce contexte, toute tentative d'évaluer "l'activité" ou le "dispositif" en oubliant l'effondrement du cadre juridique est non seulement vaine, mais malhonnête. L'IGAS feint d'évaluer un système qu'elle sait avoir été volontairement fragilisé, et dans lequel les responsables politiques et administratifs, loin d'être neutres ou bienveillants, ont activement organisé une stratégie de déstabilisation. L'IGAS à la croisée des chemins : conforter la falsification ou restaurer la vérité. Dans ses 272 paragraphes précédents, le rapport raconte un récit partial, orienté contre la gouvernance d'ASALEE et ses prestataires, et s'applique à exonérer la CNAM, la DSS et la CPAM de toute responsabilité, alors même que les documents que détient l'IGAS — notamment le rapport [redacted] *et vraisemblablement celui de la* [redacted] *— confirment que cette stratégie de mise en cause était préméditée et concertée. L'exemple le plus éclatant en est le prétendu compte rendu du comité de surveillance du 15 décembre 2023, instrumentalisation manifeste, puisqu'aucun comité ne s'est réuni à cette date, rendant tout compte rendu juridiquement inexistant. Il s'agit donc, ni plus ni moins, d'un faux document et de son usage, ce qui relève du pénal. L'IGAS est désormais informée, et il lui appartient de prendre position. Ce n'est pas un problème de médiation : c'est un contentieux d'État. Compte tenu de la gravité des faits, du niveau de responsabilité des personnes impliquées, et de l'ampleur des conséquences institutionnelles et budgétaires, il est illusoire de penser qu'un médiateur ou un arbitrage discret puisse clore ce contentieux. ASALEE — comme elle l'a annoncé — a saisi ses conseils juridiques, et fera valoir l'ensemble de ses droits*

devant les juridictions compétentes. Ce qui est en cause n'est pas une simple mésentente contractuelle mais une maltraitance institutionnelle organisée, une instrumentalisation politique, et une attaque directe contre l'un des seuls dispositifs à impact médico-économique démontré. L'IGAS est aujourd'hui confrontée à un choix décisif : participer à cette entreprise de falsification, ou restaurer l'objectivité de l'évaluation publique et le respect de la loi.

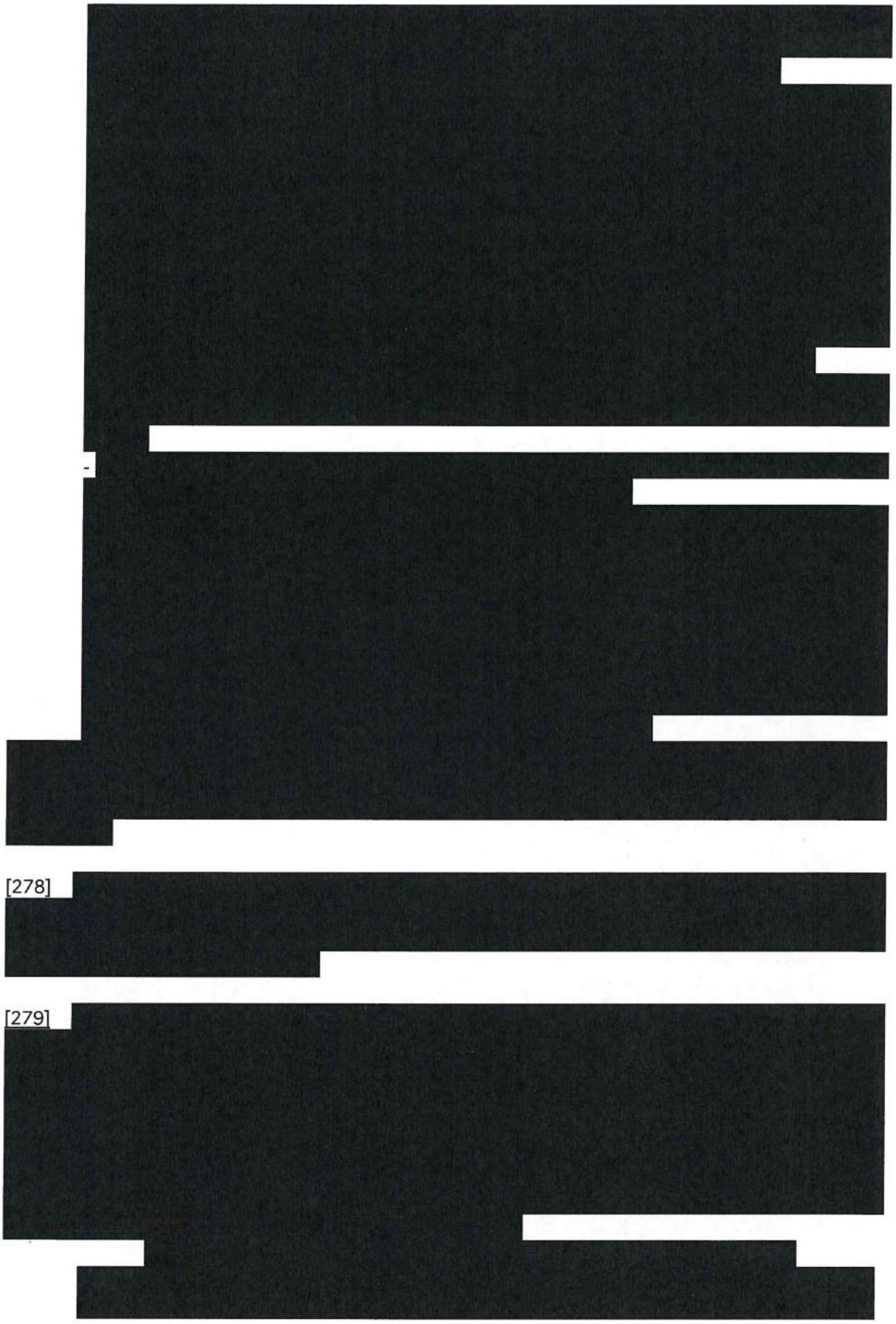
Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des commentaires de l'association Asalée. La rédaction du début du § 273 est précisée, pour clarifier le sens de cette transition. **Rédaction complétée.** Au-delà du contrôle de conformité à la convention de financement ci-dessus examiné,...

[274] Il n'existe pas de moyen externe de contrôler l'activité des infirmiers participant au dispositif – à l'instar du contrôle pouvant être réalisé sur les infirmiers libéraux, à travers leur facturation à l'assurance maladie. Ainsi, ni la consultation d'éducation thérapeutique, ni la réalisation des actes dérogatoires ne s'accompagne d'une facturation à l'assurance maladie qui conduirait à l'établissement d'un flux à travers le système SESAM-Vitale.

[275] [redacted]

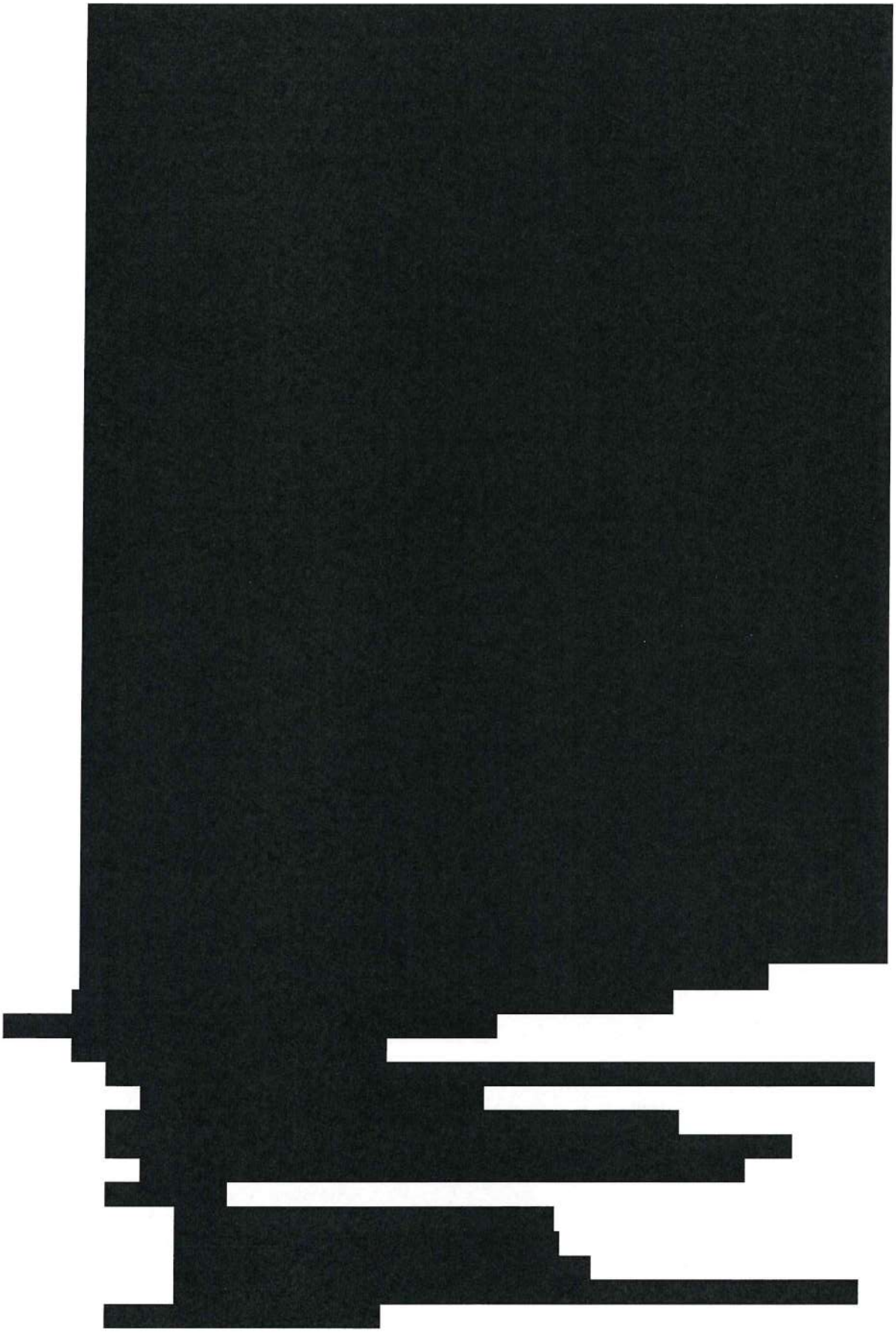
[276] [redacted]

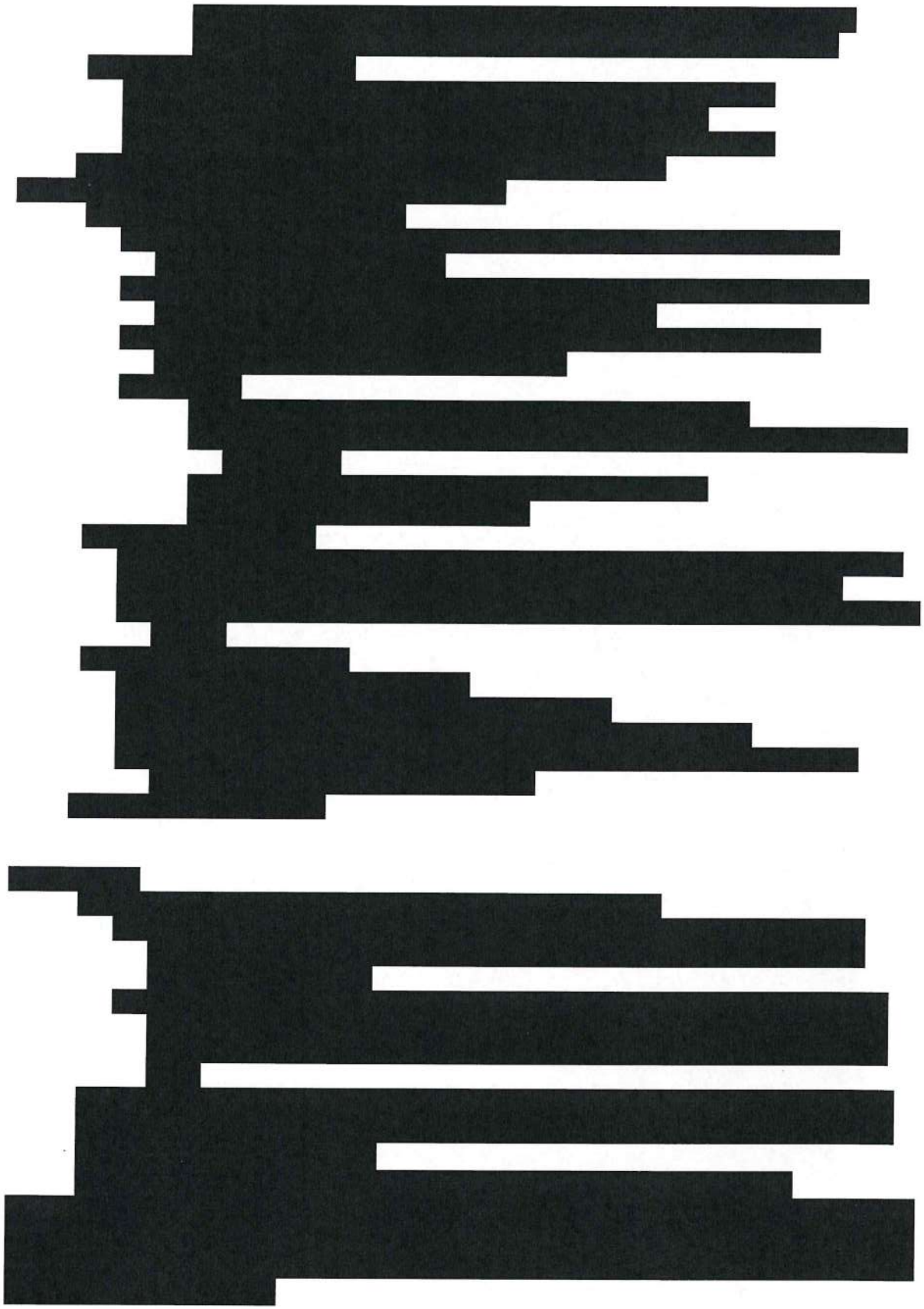
[277] [redacted]



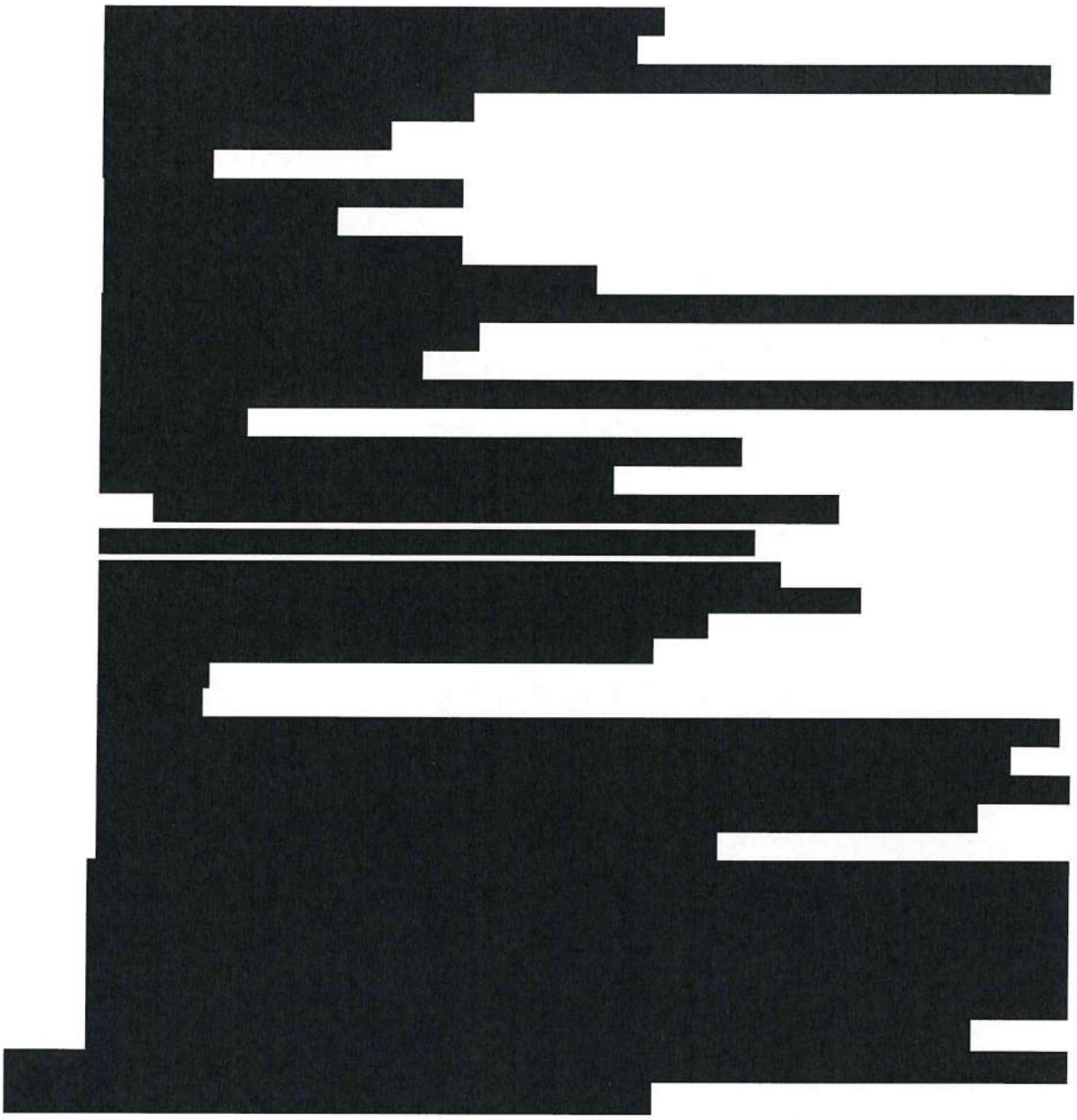
[278]

[279]





[280]



[281] Dès les premières conventions de financement du dispositif Asalée, une évaluation est prévue, en lien avec son caractère expérimental (cf., ainsi, l'article 5 de la convention signée en 2012). Les conventions signées par la suite continuent de comporter des dispositions relatives à l'évaluation, synthétisées dans le tableau ci-dessous.

[282] Dans le cadre ainsi posé par les conventions, l'évaluation Daphnée, menée entre 2014 et 2020, a associé des démarches qualitatives et quantitatives, pour lesquelles l'IRDES a travaillé en collaboration avec d'autres centres de recherche (CESP de l'Inserm, Erudite-UPEC, DMG - Université Paris Diderot).

[283] Les données examinées ont porté sur la période 2010-2017. Elles ont notamment permis de mesurer l'impact du dispositif sur l'activité des médecins, en concluant à un effet positif du dispositif, avec les résultats suivants :

- effet positif mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés (+1,2 %) par les médecins ;
- effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits « médecin traitant » (+6,87 %) ;
- en revanche, aucun effet significatif mis en évidence sur le nombre de consultations et de visites.

[284] Un impact sur la qualité du suivi des patients diabétiques a également été mesuré, l'étude relevant sur ce sujet « un effet significatif et positif de l'entrée du médecin dans le dispositif Asalée sur l'amélioration de la qualité du suivi de ses patients diabétiques pour l'ensemble des indicateurs de processus », l'amélioration étant même « remarquable s'agissant de la réalisation au moins trois fois par an de l'HbA1c », et s'intensifiant avec le temps.

[285] Un dernier volet de l'étude Daphnée a enfin cherché à mesurer l'impact de l'expérimentation Asalée sur la dépense de plusieurs postes de soins ambulatoires, ainsi que sur le recours à l'hôpital pour différentes modalités d'hospitalisation. A la date de rédaction de ce rapport, cette étude prend la forme d'un document de travail, encore à paraître. Il ressort des échanges de la mission avec l'IRDES que ces travaux n'ont pas identifié d'effet notable du dispositif sur le recours et la consommation de soins des patients, durant la temporalité relativement courte examinée (à mettre en regard du temps long du suivi des pathologies chroniques, impliquant des économies éventuellement observables seulement sur ce même temps long).

[286] Tandis que de nombreux autres travaux d'évaluation, administratifs ou scientifiques, ont porté sur le dispositif Asalée, les travaux de l'IRDES n'ont en revanche pas été poursuivis sur des données postérieures à 2017, et ce malgré les dispositions en ce sens de la convention signée en 2019. Comme prévu par la convention signée en juin 2024, la CNAM a engagé elle-même de nouveaux travaux d'études concernant l'impact d'Asalée sur la patientèle et l'activité des médecins, en mobilisant les données du SNIIRAM et un groupe témoin ; ces travaux, à la date de rédaction du présent rapport, sont encore en cours au sein de sa direction de la stratégie, des études et de la statistique.

[287] Si une telle étude, concernant tout particulièrement les effets sur la file active des médecins, peut participer utilement à l'évaluation du dispositif, la relance d'une évaluation externe paraît toutefois essentielle pour actualiser et objectiver la mesure des effets plus généraux de celui-ci, en tenant compte également de l'évolution du métier d'infirmier et du développement de la pratique avancée. Et ce d'autant que, depuis la création de l'association, nombreux sont les dispositifs de coopération professionnelle (MSP, CPTS, dispositif assistants médicaux, etc) et de promotion de l'éducation thérapeutique (avec notamment plusieurs expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018) qui ont vu le jour, parfois d'ailleurs en s'inspirant d'Asalée.

[288] Une telle évaluation, confrontant sur une séquence temporelle longue les données d'un groupe témoin avec celles dont dispose l'association, pourrait utilement se concentrer sur les effets de l'éducation thérapeutique du patient, qui demeure le cœur du dispositif Asalée, et dont les bénéfices, difficiles à mesurer, représentent un enjeu pourtant essentiel, tout particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques.

> *L'IGAS propose de relancer une évaluation en 2026. Une telle échéance n'est tout simplement pas sérieuse. ASALEE réclame, depuis des années, un accès effectif aux données médico-économiques d'impact. Et nous avons compris, depuis 2014, que cet accès ne nous*

sera probablement jamais accordé. Car les résultats mesurés dès 2010, après seulement deux années d'activité, faisaient déjà état d'une réduction de 10 % en valeur absolue, et de 7 % en valeur relative, de la consommation de soins des patients concernés. À ce niveau de blocage informationnel, après 20 ans d'expérimentation, on ne peut plus parler de simple négligence : c'est une forme d'omerta, méthodique et systémique. Mais ce silence nous a aussi permis de mener notre propre enquête : sur les raisons qui ont conduit à l'arrêt brutal de l'étude Daphnée, sans alerte ni justification, et sur les motivations de plusieurs acteurs institutionnels à empêcher la publication de données pourtant essentielles au débat démocratique. Aujourd'hui, l'accès à des bases de données internationales et comparables à SNIIRAM permet de contourner cet enfermement. Les résultats sont connus et robustes : des actions de prévention ciblées, associées à une médecine générale à effectif suffisant, génèrent entre 10 et 20 % d'économie sur les dépenses de santé. Dans un système qui vise les 300 milliards d'euros de dépenses d'ici 2030, ces marges d'économie représentent 30 à 60 milliards d'euros, bien au-delà de toute autre mesure d'optimisation. Et pourtant, dans ce rapport provisoire, l'IGAS choisit de reporter l'évaluation à 2026, tout en proposant de nommer un médiateur et un contrôleur de gestion financière, pour une association représentant moins de 0,05 % du budget de la CNAM, mais dont la généralisation pourrait permettre jusqu'à 20 % d'économie à l'échelle du pays. Nous avons bien noté que c'est le choix de l'IGAS, non celui d'ASALEE. Et ce choix n'est ni crédible, ni responsable au regard des enjeux de santé publique, d'équité, et de soutenabilité de notre système de protection sociale.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations d'Asalée, qui n'appellent pas de modification du texte initial. Les résultats du volet de l'étude Daphnée mesurant l'impact du dispositif sur la dépense de soins ambulatoires et sur le recours à l'hôpital (figurant dans un document de travail de l'IRDES, encore à paraître à la date de rédaction du rapport) sont mentionnés au § 285, de même qu'en annexe 1.4. **Rédaction maintenue.**

CONCLUSION 87

[289] À l'issue de ce contrôle, et au-delà des éléments positifs liés à la mise en œuvre de l'activité d'éducation thérapeutique déployée par l'association Asalée, la mission fait le constat d'une inadéquation entre, d'une part, la gouvernance de l'association et du dispositif Asalée, qui ont peu évolué depuis leur création, et, d'autre part, l'importance que revêt aujourd'hui leur activité avec plus de 2 000 salariés et un financement par subvention publique quasi intégral dépassant les 100 M d'euros.

[290] Cette inadéquation, et les insuffisances en termes d'organisation et de pilotage qui en résultent, sont sources d'un certain nombre d'irrégularités notamment au regard du droit des associations, du travail ou encore de la commande publique.

[291] Cette inadéquation conduit également à des écarts aux conditions posées par les actes des financements. Certains écarts comme les dépassements des plafonds d'ETP financés ont été rendu possibles jusqu'à récemment par un pilotage souple des financeurs et une convention insuffisamment précise. A cet égard, seul un petit nombre d'écarts peuvent être chiffrés, comme [redacted]

[292] L'écart principal, toutefois, ne peut faire l'objet d'un chiffrage. Il concerne l'activité des infirmiers, qui est très inférieure à l'objectif minimal fixé dans la convention de 2019, s'agissant du

nombre de patients à rencontrer annuellement. En 2022 et 2023, moins de 10 % des infirmiers satisfaisaient la condition exigée.

[293] Un grand nombre de ces écarts avaient déjà été mis en lumière à l'occasion de précédents contrôles, notamment ceux réalisés par la CPAM 79 à partir de 2018, ce qui témoigne d'une difficulté plus générale de la part de l'association à respecter les exigences légales et règlementaires ainsi qu'à accepter les conditions posées par les financeurs.

[294] Dans ce contexte, les recommandations de la mission ne pourront être mises en œuvre dans un délai raisonnable qu'au prix d'une volonté réelle de l'association et d'un changement de posture [redacted].

[295] [...]

[296] Pour Asalée et les autorités administratives, l'enjeu principal, dans un contexte d'essor des maladies chroniques, réside en définitive dans la prise en compte de la réalité de l'association et de son activité aujourd'hui : une entreprise de 2 000 salariés mettant en œuvre des actions d'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire, sur l'ensemble du territoire.

[297] Seule la réduction de ces écarts et des améliorations majeures de l'organisation d'Asalée permettraient la poursuite du dispositif dont le déploiement plus large supposerait un examen approfondi.

Conclusion d'ASALEE sur le rapport IGAS 2024-043R

1. Sur la nature du dispositif :
ASALEE n'est pas une organisation « atypique » ou « inadaptée » à son objet, mais une structure agile, holacratique, née d'un besoin de terrain et ayant démontré par son fonctionnement une capacité unique d'adaptation aux réalités contemporaines du soin. Contrairement à une logique rigide hiérarchique en échec structurel dans de nombreux services publics, ASALEE a prouvé sa résilience face aux injonctions contradictoires, aux ruptures conventionnelles, et aux tentatives d'ingérence.

2. Sur le cadre juridique :
Les écarts signalés ne relèvent pas d'un défaut de conformité d'ASALEE mais d'une instabilité imposée par la CNAM et la DSS, à travers une succession d'actes unilatéraux, d'absence de conventionnement régulier, de retard de signatures, et d'imposition d'un Comité de surveillance en contradiction avec les principes d'autonomie associative. Le rapport IGAS omet ou minore systématiquement ces ruptures et inversions de responsabilité.

3. Sur la gestion et la gouvernance :
Le prétendu « flou » du pilotage interne est une construction biaisée. ASALEE dispose depuis plus de vingt ans d'un pilotage clair, d'une transparence comptable rigoureuse, de procédures RH formalisées, et de prestataires spécialisés. Si une confusion est apparue, elle est née de l'ingérence directe des financeurs et de leurs délégataires au sein de la gouvernance imposée à partir de 2021.

4. Sur les écarts d'activité et la productivité :
La lecture quantitative proposée par l'IGAS repose sur une métrique étroite (nombre de patients vus), déconnectée de la nature même du « prendre soin », fondée sur la temporalité

longue, l'écoute, la relation de confiance, la construction de l'autonomie. L'ETP selon ASALEE n'est pas un acte à la chaîne mais un processus thérapeutique. Réduire l'évaluation à une logique de file active, sans évaluation des effets de santé, est une faute méthodologique.

5. Sur les dépenses publiques :
Le rapport fait peser sur ASALEE un soupçon budgétaire alors que l'association représente moins de 0,05 % du budget de la CNAM, pour des effets mesurés de 10 % d'économie sur les parcours de soins. Les effets réels ont été observés dès 2010 d'où l'étude Daphnée, mais les données ont été rendues inaccessibles depuis, à tel point qu'ASALEE en a tiré la conclusion que l'impact positif est désormais stratégiquement passé sous silence.

6. Sur la perspective :
Proposer une évaluation externe en 2026, après vingt ans d'expérimentation, est non seulement tardif mais presque insultant pour les soignants et les patients engagés dans la démarche. ASALEE demande immédiatement l'accès aux bases médico-économiques comparatives, ou à défaut, autorisation d'accès à des bases témoins équivalentes. La logique de responsabilisation, de transparence interne, de traçabilité des effets produits doit primer sur une logique de punition, de suspicion généralisée, de verticalité inefficiente.

7. Sur les recommandations finales de l'IGAS :
La proposition de placer ASALEE sous contrôle d'un médiateur et d'un contrôleur financier extérieur ne correspond pas à une logique de dialogue ni d'accompagnement, mais à une tentative de mise sous tutelle. Les multiples médiateurs proposés depuis 2021 ont tous échoué à masquer les conflits d'intérêts, les tentatives d'appropriation ou de démantèlement d'ASALEE par certaines structures partenaires ou concurrentes. L'instrumentalisation du contrôle comme outil politique ne saurait perdurer.

Conclusion générale
ASALEE confirme que ce rapport constitue une tentative de déstabilisation construite. Il s'inscrit dans une logique de neutralisation d'un dispositif autonome, efficient, économiquement, pertinent, médicalement, éprouvé, et démocratiquement gouverné. Face à cette tentative, ASALEE réaffirme :

- *son attachement au Code de la sécurité sociale, notamment à l'article L221-1 alinéa 9,*
- *son engagement pour un système de santé solidaire, public, transparent,*
- *sa détermination à poursuivre l'innovation organisationnelle au service des patients, des aidants, des professionnels de premier recours,*
- *et son souhait de voir le débat se hisser au niveau qu'il mérite : celui d'un choix de société.*

La honte ne doit pas retomber sur ceux qui soignent. Le contrôle est légitime, s'il est juste, impartial, tourné vers l'amélioration. Il devient abus, quand il est partisan, à charge, et déconnecté de l'intérêt général.

Réponse de la mission : Dans une posture méfiante et conflictuelle, l'association exclut toute faute et renvoie systématiquement la responsabilité sur les acteurs publics comme l'illustre les points 2 et 7 de sa conclusion et plus largement les réponses au contradictoire. Cette attitude ne correspond pas au sens des responsabilités et à la fiabilité exigés des partenaires des pouvoirs publics. Ces qualités sont d'autant plus nécessaires que ce partenariat s'inscrit dans une relation longue, complexe et nécessairement imparfaite ayant permis la croissance d'un dispositif novateur et unique d'éducation thérapeutique hors de la sphère hospitalière.

Rédaction modifiée. Constatée par la mission à de nombreuses étapes du contrôle jusqu'à la réponse de l'association en phase contradictoire, qui se traduit plus par des invectives à l'encontre de l'administration que par l'apport d'éléments factuels, cette posture – qui ne correspond pas au sens des responsabilités et à la fiabilité exigés des partenaires des pouvoirs publics - constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre des recommandations et à une relation pérenne et stable avec l'assurance maladie et l'État.

OBSERVATIONS DE LA CNAM ET LA CPAM 79
REPONSES DE L'IGAS

*1. Nous souhaitons insister, **à titre liminaire**, sur quatre points transverses :*

*1.1. **Nous tenons tout d'abord à rappeler l'importance de ce contrôle pour l'Assurance maladie, principal financeur d'Asalée**. Un tel contrôle était en effet un préalable indispensable à la poursuite des relations financières entre l'Assurance maladie et l'association Asalée.*

Ainsi que le souligne d'ailleurs l'Igas, face aux constats dressés par la CPAM des Deux-Sèvres et aux tensions renouvelées avec l'association, l'Assurance maladie a cherché à renforcer son contrôle de l'association depuis 2022 [Rapport.262]. La CNAM et la CPAM des Deux-Sèvres ont mobilisé l'ensemble des leviers à leur disposition pour tenter de rétablir un dialogue constructif et reposant sur des bases objectives avec l'association. C'est en ce sens que la CNAM a œuvré, avec la Direction de la sécurité sociale, à la réalisation d'une expertise juridique par un membre du Conseil d'Etat en 2022. C'est également en ce sens que l'Assurance maladie a proposé à l'association à la fin de l'année 2023 une mission de médiation, qui aurait été confiée à deux personnalités qualifiées, afin de poser les bases d'une nouvelle convention – ce que l'association a alors rejeté.

S'agissant du contrôle de l'IGAS, notre espoir était – et demeure – qu'il permette d'une part, d'évaluer l'ampleur de certaines dérives dans la gestion du dispositif Asalée que l'Assurance maladie avait pu identifier et de disposer d'une base objective pour déterminer la meilleure façon d'y remédier et, d'autre part, que les constats documentés par la mission permettent de réinstaurer de la rationalité dans les échanges avec l'association, dans un contexte de tensions croissantes avec celle-ci, en vue de la poursuite du dispositif.

*1.2. Ainsi que les équipes de la Cnam ont eu l'occasion d'en faire part à la mission, **la communication d'un document très largement occulté ne permet pas pleinement à notre sens à l'Assurance maladie de se prononcer sur l'ensemble du contenu du rapport provisoire la concernant.** Si le contradictoire n'est pas un exercice de justification ou d'engagement de la part des organismes concernés ainsi que l'a indiqué la mission, il n'en demeure pas moins que l'Assurance maladie ne peut, en toute connaissance de cause, se prononcer sur certaines recommandations la concernant sans apprécier l'ampleur des constats de la mission – et leurs éventuels écarts avec les constats portés par l'Assurance maladie dans le cadre des audits annuels réalisés par la Cpam des Deux-Sèvres. Si quelques précisions complémentaires ont pu être transmises sur les sujets abordés dans les parties occultées, la réponse de la Cnam à certaines recommandations reste, du fait de l'absence de connaissance complète des constats provisoires de la mission, pour partie désincarnée.*

A titre d'exemple, et comme déjà évoqué avec la mission, l'Igas nous recommande de veiller pleinement au respect de la procédure DCRA et à la signature par l'association du contrat d'engagement républicain [recommandation n° 29]. Sur le plan théorique, nous ne pouvons que souscrire à une telle recommandation. Néanmoins, une telle recommandation ne peut être formulée sans tenir compte du fait que nous avons déjà exigé de l'association, lors du précédent renouvellement de la convention en 2024, la signature d'un contrat d'engagement républicain, que celle-ci a refusé de façon outrancière en nous renvoyant un projet de convention auquel était annexé la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen[186].

Pour l'Assurance maladie, ce sont évidemment les dysfonctionnements internes de l'association qui sont à l'origine de réactions de ce type. Ne pas être en mesure d'apprécier les constats portés par l'Igas sur ceux-ci ne nous permet pas de saisir si la mission a pu pleinement prendre conscience de ce que cela représente de discuter avec des interlocuteurs comme Asalée – ce qui nous parait pourtant être un élément essentiel, tant dans l'analyse des responsabilités respectives des acteurs que pour la mise en œuvre des recommandations.

[186] Ce qui pourrait être précisé dans le rapport [230] et les annexes [1310 et 1331].

1.3. Il nous semble que ***la mission n'insiste pas suffisamment sur des éléments de contexte pourtant essentiels pour apprécier le caractère réaliste de certaines recommandations et leur calendrier de mise en œuvre.***

Nous souhaitons à ce titre insister à nouveau sur les contraintes qui ont pesées sur l'Assurance maladie dans le cadre des discussions avec l'association ces dernières années, qui sont de trois ordres :

- *Une stratégie déterminée de l'association de montée en charge des recrutements plus rapide que celle prévue par les conventions. Cette stratégie a d'autant plus mis l'association en position de force dans les discussions avec l'Assurance maladie qu'elle avait atteint une taille critique d'assise dans l'écosystème des soins primaires. Elle a poursuivi cette stratégie jusqu'au bord de la faillite tout en renvoyant publiquement à l'Assurance maladie la responsabilité de ses difficultés financières – ce qu'elle continue de faire encore aujourd'hui ;*
- *Un soutien très large des élus de la République, nationaux comme locaux et de tous les bords politiques qui, du fait d'une communication totalement biaisée de la part de l'association ont quasiment systématiquement retenu la responsabilité de l'Assurance maladie dans les difficultés financières de l'association ;*
- *Une forte proximité avec MG France, premier syndicat des médecins générales, dans un contexte par ailleurs très tendu avec la profession autour de la renégociation de la convention médicale. La concomitance du renouvellement de la convention avec Asalée à compter de 2023 et des discussions conventionnelles expliquent en grande partie le positionnement de l'association durant les discussions et les marges de manœuvre restreintes dont l'Assurance maladie disposait alors, ne permettant in fine d'aboutir à une signature qu'en juin 2024, en parallèle de l'aboutissement des négociations autour de la convention médicale.*

Si ces éléments sont évoqués brièvement par le rapport [Rapport. 264], il nous semble qu'ils gagneraient à être largement développés pour être remis à leur juste place. Nous craignons en outre qu'ils soient insuffisamment pris en compte pour apprécier le caractère réaliste de certaines recommandations.

De même, il convient d'insister sur le niveau d'agressivité de l'association à l'égard de son financeur quasi-unique, caractérisé dans les messages adressés toujours plus lourds de menaces juridiques (y compris mis à exécution dans d'improbables recours au tribunal administratif classés sans suites) et aux insinuations largement conspirationnistes qu'ils contiennent. Le rétablissement d'un dialogue reposant sur des bases rationnelles est aujourd'hui un pré-requis.

A ce titre, l'Assurance maladie tient à alerter l'Igas sur le risque élevé d'instrumentalisation par l'association de certains titres du rapport provisoire. Il est évidemment que celle-ci se gaussera que l'Igas conclue que les actions déployées par Asalée sont « partiellement conformes » [Rapport, titre de la partie 2], voyant ici le verre à moitié plein. Or, sans même revenir ici sur le sujet des loyers (cf. infra), le contenu de cette partie apparait bien plus nuancé que le titre ne l'indique. En outre, certaines formulations très distanciées de la mission, qui paraissent mettre sur le même plan le respect de la nature des dépenses engagées par l'association, du volume d'ETP financés et des objectifs fixés par la convention, pourraient être vus comme un blanc-seing donné par la mission en vue des discussions conventionnelles futures.

Or, si l'Assurance Maladie est bien sûr favorable à renforcer le cadre conventionnel et les contrôles associés, tout cela sera absolument inatteignable si les bases d'une discussion rationnelle et constructive avec l'association ne sont pas reposées.
Ainsi la mise en place d'un tiers et la garantie de la mise en œuvre de toute ou partie des recommandations liées au bon fonctionnement de l'association (malheureusement inconnues de l'Assurance maladie à ce stade ainsi que cela a été évoqué supra) doivent intervenir en amont de toutes les autres recommandations adressées à l'Assurance Maladie. Sans ces deux préalables, les autres recommandations seraient soit inutiles (toutes celles relatives à l'octroi de la subvention) soit impossibles à mettre en œuvre l'Assurance Maladie (celles relatives au suivi et au contrôle).

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations de l'assurance maladie, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

A ce titre, l'Assurance maladie s'inquiète du calendrier de mise en œuvre des préconisations formulées par la mission, qui distingue simplement « 2025 » et « 2026 » : si on comprend que cette temporalité dépend du degré de priorité identifié (1 en 2025, 2 en 2026), elle ne semble pas tenir compte de leurs conditions de mise en œuvre. En effet, la mission formule des recommandations relevant du cadre conventionnel pour ces deux échéances, ce qui interroge (faut-il voir ici la préconisation de ne conclure une convention que pour un an avant de rouvrir des discussions pour 2026 ?). En outre, la convention de financement actuelle, conclue pour l'année 2024 puis prolongée pour 6 mois, arrive à échéance fin juin 2025. Il serait irréaliste de penser pouvoir mettre en œuvre l'ensemble des recommandations liées à une nouvelle convention de financement à cette échéance. A défaut, une prolongation sèche de la convention conclue en juin 2024 pour ne mettre en œuvre les recommandations de la mission qu'à l'occasion de la conclusion d'une prochaine convention de financement apparaitrait plus réaliste. Un tel séquencement pourrait utilement être explicitement préconisé par la mission, au risque autrement que l'association refuse toute prolongation de la convention actuelle et qu'une nouvelle situation de blocage émerge.

Réponse de la mission : Au regard des irrégularités législatives et règlementaires constatées par la mission, la mise en conformité recommandée pour 2025 ne peut pas attendre. Les évolutions recommandées pour 2026 pourront, selon l'évolution souhaitée du dispositif conventionnel, prendre la forme d'une nouvelle convention ou d'un avenant. **Rédaction maintenue.**

1.4. ***Ce contrôle s'inscrit dans un contexte mouvant s'agissant de l'évolution des compétences des infirmiers et de la place des infirmiers au sein des équipes de soins, ce qui pourrait déterminer en partie la place du dispositif ASALEE dans l'organisation des soins à terme.***

En premier lieu, de récentes évolutions législatives[187] traduisent une volonté claire de renforcer le rôle des infirmiers libéraux dans le parcours de soins, en leur conférant de nouvelles responsabilités jusque-là en partie assumées dans le cadre du dispositif Asalée. L'instauration d'une consultation infirmière, l'apparition de la fonction d'infirmier référent, et l'élargissement des compétences (participation à la PDSA, primo-prescription, certificats

[187] Voir : la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « Loi Valletoux » ; la loi n°2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite "Loi RIST II" ; la proposition de loi sur la profession d'infirmier, n° 654, déposée le mardi 3 décembre 2024 à l'Assemblée nationale.

de décès, etc.) ouvrent en effet la voie à un exercice IDEL plus autonome, centré sur la prévention, la coordination et le suivi des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques.

Par ailleurs, les négociations pour la conclusion d'un avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnels relatifs aux structures de santé pluri professionnelles (ACI MSP) ont été ouvertes le 6 décembre 2024. La lettre de cadrage ministérielle rappelle l'ambition d'inscrire dans l'ACI MSP une nouvelle fonction, d'infirmière d'équipe, autour des soins des patients pour faciliter la prise en charge par l'équipe pluriprofessionnelle. Cette nouvelle fonction a pour objectif de permettre un gain de temps médical, un gain d'efficience et un gain de qualité des soins et du service rendu aux patients de la MSP.

Les missions suivantes ont ainsi été discutées lors des séances de négociations :

- *Éducation thérapeutique (coordination avec les autres membres de l'équipe de l'organisation des programmes d'ETP) ;*
- *Prévention (coordination de l'élaboration en équipe des PPP ; suivi du patient ; liens avec les partenaires ; suivi des campagnes de vaccination et dépistage en collaboration avec l'équipe ; intervention dans le cadre des bilans de prévention ?) ;*
- *Parcours patients (coordination des parcours IC, parcours « surpoids de l'enfant ») ;*
- *Consultations SNP.*

En outre, 9 % des assistants médicaux ont une qualification initiale d'IDE, mais ne peuvent réaliser aucun soin ni actes de soin en leur qualité d'assistant médicaux (métier non reconnu par le code de la santé publique). La création d'un statut d'assistant médical de niveau 2 pour les IDE pourrait ainsi être envisagée.

L'objectif pourrait être d'ouvrir de nouveaux espaces de soins en cabinet (relevant aujourd'hui d'un exercice illégal de la profession d'IDE) et de permettre la délégation par le médecin de certains actes techniques : vaccination, ECG, spirométrie, éducation thérapeutique.

Dans ce contexte, le dispositif Asalée – qui s'articule autour d'une intervention ciblée d'infirmiers au sein des cabinets de médecine générale pour favoriser la prévention, coordination et le suivi des maladies chroniques – pourrait, à terme, voir la pertinence de son modèle remise en perspective au-delà de certaines situations très ciblées (médecins en fin d'exercice éloignés de l'exercice coordonné par exemple).

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations de l'assurance maladie, qui n'appellent pas de modification du texte initial. L'objet de la mission était de contrôler la gestion et le déploiement du dispositif Asalée, pas d'évaluer la pertinence de son modèle au regard du contexte législatif et réglementaire. **Rédaction maintenue.**

[82] Parmi les dépenses restantes (5 % du total) figurent au premier rang les locations immobilières[188], apparues au milieu des années 2010 et contestées par l'assurance maladie dès

[188] Dépenses liées, pour l'essentiel, à une prise en charge par Asalée d'une partie des loyers correspondant aux locaux occupés par les infirmiers dans les cabinets médicaux.

2018 car ne figurant pas explicitement dans la convention. Ces dépenses connaissent une forte progression jusqu'à fin 2022 (140 % d'augmentation en 3 ans, pour atteindre 2,4 M€ par an), date à laquelle la CNAM exige que l'association mette un terme à tous les baux sous un an. Cette décision, vivement contestée par l'association qui y voit une tentative de mettre un coup d'arrêt à son déploiement, n'a été que partiellement respectée et ces dépenses ont continué à croître (à un rythme toutefois nettement plus lent) pour atteindre 2,8 M€ en 2023[189].

[83] La moitié des infirmiers en bénéficient fin 2023. Lors de ses déplacements de terrain, la mission a pu constater l'importance, pour certains des infirmiers rencontrés, de la prise en charge (au moins partielle) de ces loyers pour conforter leur place au sein des cabinets et obtenir de bonnes conditions de travail.

[84] Étant donné l'imprécision de la convention[190], il n'est pas possible de statuer sur la conformité de ces dépenses. En cas de nouvelle convention de financement, elles devraient donc être explicitement et précisément encadrées (cf. *infra* recommandation n°7).

Pour l'Assurance maladie, il ne fait pas de doute que ces loyers ne figurent pas au titre des dépenses prises en charge par la subvention versée.

- *La convention couvre « les honoraires ou salaires et charges des infirmiers ». Si la mission considère que la convention serait trop imprécise [Rapport. 84] au motif qu'elle ne préciserait pas la notion de « charges », l'Assurance maladie conteste que cette notion de « charges », dans ce contexte précis, puisse aller jusqu'à inclure des loyers. En effet, la terminologie « honoraires ou salaires et charges » inclut les rémunérations versées aux infirmiers pour leurs services, qu'ils soient en libéral (honoraires) ou salariés (salaires), ainsi que les charges associées, telles que les cotisations sociales et les contributions fiscales. Les frais liés aux loyers des locaux occupés par les infirmiers ne peuvent pas être regardés comme de telles charges.*

  Nous ne comprenons pas comment la mission peut, en s'appuyant sur l'article 4 de l'avenant 1 à la convention 2019 (« Participation de l'association aux charges locatives ») qui précise que ces dépenses ne sont pas « expressément prévues », en déduire que la convention n'est pas suffisamment claire : si des travaux devaient être menés pour réfléchir à la manière d' « encadrer la participation de l'association Asalée au financement de ces loyers », c'est bien que ce n'était pas le cas auparavant et que l'association n'avait donc pas vocation, au travers de la subvention, à financer ces loyers. Les partenaires ont bien reconnu en 2019 que ces financements n'étaient pas

[189] Ces dépenses incluent des locations de salles et des locaux parisiens d'Asalée : 160 k€ en 2023 et 82 k€ en 2022.

[190] Les « *salaires et charges des infirmiers* » sont mentionnés sans préciser ces charges ; surtout, les « *frais de structure* » sont détaillés par deux énumérations, dont l'une inclut la logistique, sans s'articuler clairement entre elles. D'ailleurs, l'avenant signé en 2021, tout en indiquant que cette dépense n'était pas « *expressément* » prévue, engageait les parties à conduire « *des travaux visant à encadrer la participation de l'association Asalée au financement de ces loyers* », ce qu'elles n'ont pas fait.

expressément prévus : le fait que l'association ait continué à le faire ne doit pas conduire, rétrospectivement, à lire la convention comme ayant pu le prévoir.

- *Plus largement, au regard de l'objet même du dispositif, il convient de rappeler que le dispositif ASALEE vise à libérer du temps médical en soutenant les médecins dans leurs missions de prévention et de suivi des patients. Dans ce cadre, les infirmiers ASALEE sont mis gratuitement à la disposition des médecins ou des structures pluriprofessionnelles participantes. La notion de « charges » ne pourrait ainsi faire référence qu'aux dépenses habituellement couvertes par l'Assurance Maladie dans ses conventions avec les professionnels de santé, telles que les cotisations ou les indemnités kilométriques, mais exclut nécessairement les charges immobilières, qui ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie. Le financement de l'Assurance Maladie est destiné à soutenir directement l'accompagnement des patients dans ce cadre précis, et non à prendre en charge les loyers, qui relèvent d'autres dispositifs de financement, principalement ceux des collectivités. Prendre en charge ces coûts risquerait de détourner l'objectif initial du dispositif ASALEE, qui vise à améliorer l'accès et la qualité des soins, tout en entraînant une utilisation inappropriée des fonds publics.*

- *Par ailleurs, la prise en charge des locaux dans le cadre de la subvention de l'Assurance Maladie engendre un déséquilibre concurrentiel et une iniquité vis-à-vis du reste de la profession infirmière. Cette question a été soulevée dans le rapport rédigé par F. Roussel, qui recommande d'interdire ou de restreindre très strictement cette pratique dans la future convention. Deux options sont évoquées : (i) u**ne interdiction totale** de la prise en charge des loyers, conformément à la recommandation faite à l'association, lui demandant de ne plus conclure de nouveaux baux commerciaux et de résilier les baux en cours sous un an ; (ii) u**n encadrement strict** de cette prise en charge, conditionnant son financement à des critères précis (zones sous-dotées, ressources insuffisantes du médecin, plafond mensuel, conclusion du bail directement par ASALEE avec le bailleur, exclusion des médecins propriétaires ou des locaux appartenant aux collectivités, etc.).*

  Enfin, alors que le rapport indique que la décision de la Cnam de ne plus prendre en charge ces dépenses a été « partiellement respectée », il serait plus exact d'écrire qu'elle ne l'a pas été du tout. Les dépenses ont en effet continué à progresser. Au mieux, la formulation devrait reconnaître une moindre progression – ce qui, au demeurant, compte-tenu de la situation financière de l'association n'est pas nécessairement liée au respect de la décision de la Cnam.

Réponse de la mission : La mission prend note de ces observations qui sont, pour l'essentiel, déjà mentionnées dans l'annexe 1.2, notamment dans la partie 2.2. S'agissant des exercices 2023 et 2024, la demande de la CNAM n'a pas en effet pas été mise en œuvre par Asalée [redacted] **Rédaction modifiée.** Cette demande, vivement contestée par l'association qui y voit une tentative de mettre un coup d'arrêt à son déploiement, n'a pas été mise en œuvre…

[87] S'agissant des infirmiers en pratique avancée, la mission considère que la prise en charge de leur formation par Asalée est fondée, au regard des objectifs fixés dans la convention et du très

faible nombre d'IPA formées en France au début des années 2020[191]. En revanche, il est regrettable qu'Asalée n'ait pas instauré une clause de dédit-formation[192] compte tenu de l'importance des sommes engagées (150 k€/IPA).

2.2. Il en est de même s'agissant de la formation des IPA, pour laquelle la mission considère que la prise en charge de la formation serait « fondée » [Rapport. 87]. *La mission estime ici que cette prise en charge est fondée « au regard des objectifs fixés dans la convention et du très faible nombre d'IPA formées en France au début des années 2020 », ce qui ne constitue en rien un argument textuel. Cette dépense n'est pas prévue explicitement par la convention conclue avec l'Assurance maladie, qui conteste en tout état de cause les modalités de la prise en charge réalisée par Asalée. Outre les frais inhérents à la formation elle-même, Asalée couvre également, de manière disproportionnée, des postes de dépenses tels que les déplacements, l'hôtellerie et la restauration des IPA en formation – qui ne peuvent décemment être regardés comme justifiés « au regard des objectifs de la convention ». À ce titre, il convient de souligner que les charges réellement liées à la formation ne sont pas clairement identifiées en comptabilité : seuls deux comptes de charges ont été retracés, à savoir « Hôtellerie Formation » pour un montant de* 291 508,20 € et « Restauration Formation » pour 45 361,83 € sur l'exercice 2022. Ce manque de clarté laisse entrevoir un risque que la prise en charge financière dépasse le cadre strict de la formation.

Par ailleurs, le suivi mensuel des sorties communiqué par Asalée pour le paiement des forfaits met en lumière que, sur les [redacted] *démissions de salariés en 2022,* [redacted] *concernaient des IPA. Parmi ces derniers,* [redacted] *étaient en poste depuis deux ans au 31/12/2022.*

Année début IPA	Année d'embauche par Asalée			
	2019	2020	2021	2022
2021 [redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
2022 [redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

On note ainsi que la prise en charge, incluant à la fois le financement de la formation et le salaire dans le cadre du forfait activité, ne garantit pas nécessairement que l'IPA formé poursuivra son exercice au sein d'Asalée, ainsi que le souligne d'ailleurs la mission. En l'absence d'engagement des IPA formés, ce déséquilibre représente un risque de préjudice financier pour l'Assurance Maladie, ainsi que le souligne le rapport d'audit 2022.

Réponse de la mission : Les dépenses liées à la formation des IPA sont détaillées dans l'annexe 1.2 (notamment la partie 2.3.3). Les positions des financeurs y sont décrites, notamment celles prises lors de la réunion de janvier 2021 du comité de pilotage au cours de laquelle un accord est donné à Asalée pour prendre en charge la formation IPA. Cette annexe détaille le coût important de cette formation, justifiant la recommandation n°4 visant à inscrire une clause de dédit-formation dans les contrats. **Rédaction maintenue.**

[85] D'autres dépenses ont été contestées par l'assurance maladie comme ne figurant pas explicitement dans les décisions de financement : les licences informatiques (souscrites par

[191] En France, on dénombrait 63 IPA fin 20019 et 323 fin 2020.

[192] Clause imposant à l'infirmier de travailler par la suite au sein de l'association pendant une certaine durée, à l'issue de sa formation financée par Asalée.

Asalée pour permettre aux infirmiers d'accéder aux logiciels de cabinet des médecins), la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA)[193] et le recrutement de personnels non-infirmiers (principalement des médiateurs en santé qui, peuvent difficilement être rattachées aux « *frais de structure* »).

[86] Là encore, il n'a pas été possible à la mission de statuer sur la conformité de ces dépenses faute de dispositions conventionnelles claires mais aussi faute d'une distinction complète (dans les budgets et les comptes de l'association) des différentes ressources et de leur emploi permettant de vérifier un usage de la subvention de l'assurance maladie conforme à la convention.

> ***2.3.*** *Plus largement, la* ***formulation de l'Igas qui indique qu'il n'a pas été possible à la mission de statuer sur la conformité des dépenses notamment « faute d'une distinction complète (dans les budgets et les comptes de l'association) » d'un certain nombre de dépenses contestées par l'Assurance maladie [Rapport. 85 et 86] nous parait inverser les responsabilités ou, à tout le moins, être malencontreuse****. La question première est celle de savoir si ces dépenses sont prévues par la convention. Or, s'agissant de la prise en charge des salaires hors infirmiers (médiateurs, etc.), il nous parait tout à fait inexact d'affirmer que les dispositions conventionnelles ne seraient pas claires : l'Assurance maladie s'interroge ainsi sur l'absence d'analyse de l'Igas sur ce point et réaffirme sa position excluant de telles dépenses.*

Réponse de la mission : Les dépenses liées aux personnels non-infirmiers sont détaillées dans l'annexe 1.2 (notamment la partie 2.3.2). Ces dépenses ne sont en effet pas prévues par la convention. **Rédaction précisée. ...**faute de dispositions conventionnelles claires s'agissant de la formation des IPA et des licences informatiques...

[93] Le calcul des indemnités de concertation n'est pas fixé dans les décisions de financement.

[94] Des dispositions conventionnelles doivent être prises pour fixer des règles précises permettant de rémunérer les temps réels de concertation (cf. infra recommandation n°7). Elles permettraient plus généralement de clarifier la répartition des charges et donc l'équilibre qui sous-tend le fonctionnement d'Asalée, entre deux logiques :

- une prise en charge complète des charges par l'association, dans une logique d'offre de service aux patients et d'autonomie de l'infirmier sur le plan financier et logistique ;
- une prise en charge de certaines charges par les médecins dans une logique de contrepartie de ce qui pourrait être regardé comme un service qui leur est accordé au moyen d'une association dont ils sont membres.

[95] L'articulation entre ces deux logiques doit être déterminée au regard des critères de soutenabilité financière pour les finances publiques et d'acceptabilité pour les différents acteurs, notamment les médecins et les patients.

[193] Infirmiers Asalée suivant un master pendant 2 ans.

[96] Enfin, alors que la convention de 2019 et la décision de financement pour 2023 prévoient explicitement le principe d'une indemnisation des médecins pour le temps passé en concertation avec les infirmiers, rien n'est prévu pour leur formation. Ces dépenses peuvent donc être considérées comme irrégulières par rapport aux décisions de financement. [redacted]. Pour les autres années, les informations transmises par Asalée ne permettent pas d'identifier précisément ces dépenses. Des dispositions conventionnelles sont donc nécessaires si, à l'avenir, les parties décidaient d'inclure la formation des médecins parmi les dépenses éligibles.

2.4. S'agissant des indemnités versées aux médecins, il nous semble que la mission pourrait encore plus insister sur le manque de transparence comptable et financière de l'association (Rapport. 91 et s.). *En effet, il ressort un manque de transparence quant aux indemnités et rémunérations versées par l'association Asalée aux médecins. Bien que la convention prévoie une indemnité pour leur participation aux réunions de débriefing mensuel, les comptes de l'association indiquent également le versement d'indemnités complémentaires en cas d'intervention lors de formations, ainsi que des frais de déplacement associés à ces réunions. Seuls les accords conclus entre l'association Asalée et les médecins déterminent leurs modalités de calcul, sans possibilité de contrôle ni de visibilité ou suivi par les pouvoirs publics ; aucune information détaillée n'est fournie.*

Ce manque de précision se retrouve également dans la comptabilité, où les documents d'exécution ne distinguent pas les dépenses par type de formation (initiale, continue, externe) ni entre les honoraires versés aux médecins dirigeants et ceux versés aux autres médecins Asalée. [redacted]

La mission partage la recommandation de l'Igas de fixer des règles précises permettant de rémunérer les temps réels de concertation. En effet, afin d'apporter plus de clarté et d'assurer un équilibre financier conforme aux objectifs de financement, l'Assurance maladie avait proposé, dans le cadre des discussions avec l'association en 2023, un mode de calcul des indemnités versées aux médecins pour leur participation aux réunions de debriefing mensuel. La proposition, rappelée ci-dessous a été refusée par l'association Asalée. Elle n'a donc pas été reprise dans la décision de financement de 2023, qui se maintient au plus près du dernier cadre conventionnel existant, même si l'annexe reste par ailleurs par erreur toujours mentionnée dans le texte [Rapport. 93, renvoi n° 37].

« ANNEXE 7 : Modalités de calcul des indemnités versées aux médecins

Indemnités versées aux médecins pour leur participation aux réunions de débriefing mensuel prévues dans le protocole de coopération : les médecins peuvent percevoir au maximum 12 consultations au tarif conventionnel pour une demi-journée (3h50). Une seule demi-journée par mois peut être versée. Cette indemnité est proratisée en fonction de l'activité en équivalent temps plein infirmier. Par exemple, si l'infirmière travaille à 80%, alors le budget alloué maximum par médecin est de 12C x 0,8. Ces réunions se tiennent en une ou plusieurs fois, dans le mois, selon l'organisation du cabinet, et conformément au protocole ASALEE. ».

Réponse de la mission : La question de l'encadrement de la rémunération des médecins fait l'objet de développements importants particulièrement aux § 623 à 636 en annexe. Les éléments relatifs au traitement des indemnités des médecins dirigeants figurent également dans l'annexe 3.1 qui n'a pas été communiquée à la CNAM au stade du contradictoire.

La mission prend note de l'explicitation du renvoi résiduel vers l'annexe 7 dans la décision de financement 2023 et précise en conséquence sa rédaction. **Rédaction modifiée (note de bas de**

page) et image intégrée (en annexe). Note de bas de page : En 2023, la décision de financement renvoie à une annexe 7 qui devait réguler les indemnités de concertation. L'association ayant refusé cette régulation selon la CNAM, l'annexe n'a pas été intégrée dans la décision de financement bien que le renvoi demeure par erreur.

[97] L'analyse détaillée du déploiement du dispositif Asalée (cf. annexe 1.1) montre que les conditions fixées dans les décisions de financement n'ont été que partiellement respectées, en particulier s'agissant des plafonds d'effectifs financés, conduisant à de graves difficultés financières en 2023 et 2024. En revanche, la répartition territoriale des infirmiers et leur mode d'exercice sont conformes aux décisions de financement. Quant aux activités déployées, la convention n'est pas suffisamment précise pour qu'il soit possible de se prononcer sur leur conformité.

2.5. *S'agissant des développements de la mission sur le paragraphe 2.2. relatifs au déploiement du dispositif [p. 20, [97 et s.]*, ***la CNAM prend acte de la remarque formulée par l'IGAS concernant les ressources propres de l'association Asalée [Rapport. 106] mais souhaite apporter un éclairage complémentaire sur l'analyse des responsabilités évoquées****. En effet,* ***les déséquilibres observés au cours de la période concernée résultent, pour l'essentiel, de choix stratégiques propres à l'association, notamment en matière de développement des effectifs, et non d'un pilotage déficient de la part du financeur.***

C'est Asalée qui a engagé, de manière autonome, une dynamique de croissance non maîtrisée. Depuis 2017, les plafonds de recrutements subventionnés sont régulièrement dépassés par l'association, impliquant notamment une mobilisation de ses fonds propres au-delà des plafonds fixés par la convention 2019-2021.

Dès avril 2020, l'objectif de 700 ETP infirmiers fixé pour fin 2021 était atteint, et une décision de gel des recrutements avait été actée. Néanmoins, Asalée a proposé l'intégration de 300 ETP supplémentaires en 2021, en contrepartie d'une baisse de 5 % du forfait activité. Cette décision a porté le coût total pour 2021 à 58,9 M€, contre 50,15 M€ initialement prévus dans la convention, soit un surcoût de 8,76 M€ (+17 %). La CNAM a accepté cette proposition dans un souci de souplesse, à la condition expresse que les réserves accumulées par l'association soient mobilisées pour financer ce dépassement. Ces réserves résultaient d'un forfait initialement très favorable (80 k€, puis 71 k€ par ETP infirmier). Fin 2019, le résultat cumulé de l'association s'élevait à 7,169 M€, auquel s'ajoutaient environ 2 M€ en 2020, soit un total cumulé d'environ 9,169 M€ fin 2020.
Sur cette base, pour les 162,5 ETP supplémentaires intégrés en 2021, le forfait activité a été révisé à 67 450 € par ETP (soit –5 %), mais financé à hauteur de 57 297 € par la CNAM. Le différentiel (10 153 € par ETP) devait être couvert par les excédents antérieurement dégagés. Le forfait formation, quant à lui, est resté à son niveau de 4 500 €.
A ce titre, il conviendrait d'ajouter à la fin du titre 2.2.2 du rapport la mention « par l'association ». Dans les faits, seule l'association n'a pas respecté les seuils définis. Par ailleurs, étonnamment, dans l'annexe [Annexe.148] il est indiqué « lors de ces dépassements mensuels, seuls les ETP prévus par la convention (ou la décision de financement pour 2023) ont été payés par l'assurance maladie. A ce titre, on peut donc considérer qu'Asalée n'a pas commis d'irrégularité en ne respectant pas ces plafonds. En effet, elle dispose, comme toute association, du droit de déployer d'autres activités, pourvu qu'elles soient conformes à son objet statutaire et financées par d'autres ressources. » On peut s'interroger sur le fait d'affirmer que cela ne constitue pas une irrégularité. S'il est effectivement possible en théorie pour l'association de développer d'autres activités, cela serait nécessairement alors

via d'autres financements. A contrario, c'est bien l'attitude de l'association qui a posteriori demande une régularisation pour financer des ETP au-delà du plafond qui est critiquable.
La stratégie d'expansion continue conduite par Asalée a engendré une tension financière croissante, qui a culminé en 2022 par une gestion de trésorerie fondée sur des retards de paiements, notamment envers les médecins sur les indemnisations puis sur le paiement des cotisations, ce qui a très fortement rapprochée l'association d'une cessation de paiement. Cette logique est incompatible avec un financement public soumis à des principes d'efficience, de transparence et de soutenabilité.
La CNAM rejoint ainsi pleinement l'appréciation de l'IGAS [Rapport. 117] : l'association doit renoncer à une stratégie de développement sans limite. En revanche, la réponse préconisée par la mission – à savoir l'introduction d'un dispositif d'avance dans la convention [recommandation n°10] – ne saurait suffire sans un encadrement strict de la trajectoire de croissance de l'association et un pilotage renforcé des flux financiers.
L'Assurance Maladie demeure favorable à un accompagnement financier structuré, à condition qu'il repose sur des projections réalistes, un contrôle rigoureux de l'exécution budgétaire et le respect des équilibres définis dans la convention. Toute logique d'avance doit impérativement s'accompagner d'une exigence forte de responsabilité budgétaire de la part du bénéficiaire.

Réponse de la mission : La mission prend note de ces commentaires qui n'appellent pas de modification de la rédaction initiale. Le titre 2.2.2 concerne, l'association Asalée. **Rédaction complétée.** « ...par l'association Asalée »

[118] L'activité des infirmiers Asalée ne satisfait pas, sur le plan quantitatif, la condition posée par les décisions de financement (1 205 patients/ETP/an). Cette non-conformité (analysée en détail dans l'annexe 1.1) est notamment due à l'importance des autres activités réalisées par les infirmiers.

***2.6.** S'agissant des **développements de la mission sur les objectifs fixés par la convention** (p. 37, [118 et s.]), nous souhaitons d'abord apporter les précisions suivantes :*

- *L'objectif de 1 205 patients par ETP a été initialement proposé par l'association elle-même, puis repris dans les conventions successives ainsi que dans la décision de financement unilatérale de 2023. L'objectif fixé dans la convention correspond, [redacted] ce qui constitue selon l'Assurance maladie, une cible raisonnable, compte tenu des modalités d'exercice du dispositif.*

- *Les données transmises par l'association ont contribué à donner une image exagérément favorable du niveau d'activité de l'association.*

  - *En effet, les données consolidées à partir des fichiers communiqués par Asalée pour l'exercice 2023 (fichiers Nombre de consultations individuelles par IDE 2023.xlsx et Nombre de consultations collectives par IDE 2023.xlsx) font état d'un total de 850 532 consultations sur l'année pour [redacted]. Ce chiffre est cohérent avec celui retenu par l'IGAS (850 113), confirmant la fiabilité de cette base de calcul et faisant apparaitre un nombre de patients bien inférieur à l'objectif.*
  - *Mais ce chiffre présente un écart important avec le chiffre de 1 418 000 consultations communiqué par l'association. Ce chiffre ne correspond pas aux consultations proprement*

dites, mais semble se rapprocher du nombre d'évaluations (1 381 761), réalisées au cours de ces consultations, tel que renseigné dans le fichier Nombre d'évaluations par cabinet 2023.xlsx (source Asalée). Or, une consultation peut inclure plusieurs évaluations ; les confondre revient donc à surestimer l'activité réelle des professionnels.

Ainsi, les écarts observés entre les résultats déclarés par l'association et les données finales laissent supposer que les indicateurs communiqués en cours d'exercice ont pu donner une image exagérément favorable du niveau d'activité. Le différentiel constaté est significatif : environ +66 % entre les données finales vérifiables (850 000 consultations) et les données brutes avancées par l'association (1,418 million).

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations de l'assurance maladie, qui n'appellent pas de modification du texte initial. Asalée n'a pas indiqué à la mission que 1,418 million de consultations avaient été réalisées en 2023 mais 850 113. **Rédaction maintenue**

[124] Ce sujet ne constitue pas non plus une préoccupation forte des autorités nationales[194]. Si elles décident de poursuivre le financement du dispositif Asalée, il conviendrait qu'elles accordent – ainsi qu'Asalée – une attention plus soutenue à ce sujet qui, comme le champ d'activités couvert (cf. supra), constitue un enjeu crucial pour répondre aux besoins des patients. Le niveau d'activité (nombre de patients/ETP/an, si c'est l'objectif qui est choisi) doit, à ce titre, faire l'objet d'une analyse approfondie[195] – intégrant l'ensemble des activités nécessaires à la prise en charge des patients – avant d'être fixé dans des disposition conventionnelles.

De façon plus subsidiaire, si la CPAM 79 a bien piloté l'audit 2024, il est inexact d'affirmer que seule cette dernière « en fait un point d'analyse » [Rapport.124, renvoi n°52]. En effet, toutes les directions de la Cnam ont contribué à cet audit.

Réponse de la mission. Rédaction corrigée. Note de bas de page : « Seul le rapport de contrôle réalisé par la CPAM 79 avec l'appui de la CNAM en 2024 en fait un point particulier d'analyse »

S'agissant des différentes recommandations, nous les partageons largement pour l'essentiel :

- *Sur la recommandation n°11 relative au pilotage et suivi des indicateurs d'activité : l'Assurance maladie partage pleinement la nécessité de renforcer le pilotage du dispositif Asalée à partir d'indicateurs d'activité clairs et directement liés aux objectifs définis dans la convention de financement. Il est également indispensable d'améliorer la traçabilité des activités, afin de mieux évaluer l'impact des interventions infirmières sur les parcours de soins.*

- *Sur la recommandation n°13 relative à la redéfinition du ratio infirmier/médecin : l'Assurance maladie est sur le principe favorable à une évolution du ratio infirmier/médecin actuellement*

[194] Il est rarement mentionné et jamais commenté lors des comités de pilotage et comités de surveillance. Seule la CPAM 79 l'analyse de façon critique, notamment dans son rapport 2024 qui en fait un point particulier d'analyse.

[195] L'objectif de 1 205 patients/ETP/an aurait été fixé au début des années 2010 et jamais révisé ni même rediscuté depuis. Son calcul tient compte de la durée des consultations d'ETP et du temps nécessaire à la gestion des dossiers mais n'intègre pas les autres activités, notamment la formation.

en vigueur dans le dispositif Asalée. Il apparaît en effet nécessaire de prendre en compte, de manière plus fine, les spécificités des patientèles concernées, notamment la prévalence des maladies chroniques, les situations de précarité ou encore le niveau de file active du médecin. Un travail d'analyse des données disponibles est en cours, afin d'évaluer concrètement les effets du dispositif. Il ne faut cependant pas sous-estimer la difficulté non seulement à définir un nouvel indicateur mais à s'assurer qu'il s'implémente concrètement dans les pratiques de l'association.

- *Sur la recommandation n°14 relative aux droits et devoirs des médecins* **:** *l'Assurance maladie souscrit pleinement à la nécessité de clarifier les droits et devoirs des médecins adhérant au dispositif Asalée. Le projet d'avenant 3 à la convention de 2021 proposé à Asalée allait dans cette direction mais a été refusé par l'association. Il prévoyait une évaluation du dispositif intégrant des critères qualitatifs, portant notamment sur : (i) le temps médical rendu disponible pour les médecins et son utilisation effective ; (ii) les effets sur la file active des médecins participants ; (iii) l'impact sur l'offre de soins infirmiers sur le territoire ; (iv) la consommation de soins et de biens médicaux des patients inclus ; (v) l'état de santé des patients, dans la mesure où les données disponibles le permettent. Asalée se serait engagée à fournir tous les éléments nécessaires à cette évaluation et à permettre l'accès direct à son logiciel de suivi du dispositif.*

  Dans cette logique, il est essentiel de sécuriser juridiquement l'engagement des professionnels, en précisant, au sein d'un contrat ou d'un avenant formalisé, les conditions d'adhésion au protocole de coopération, les modalités d'adressage des patients, les éventuelles participations financières, ainsi que les droits afférents (formation, indemnités de concertation, etc.). Les futures conventions de financement auraient ainsi vocation à intégrer des dispositions précises encadrant les dépenses autorisées au bénéfice des médecins, ainsi que les critères à remplir pour pouvoir en bénéficier.

Réponse de la mission : La mission a pris connaissance des observations de l'assurance maladie, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

Recommandation n°21 (Assurance maladie et/ Asalée) Supprimer, par avenant à la convention de 2019, le comité de surveillance et procéder à l'approbation des comptes 2022 selon les règles statutaires de 2019 à rétablir.

3. S'agissant de la partie 3 relative à la gouvernance, au-delà des éléments évoqués à titre liminaire, l'Assurance maladie souhaite revenir sur la proposition n° 21 relative à la suppression du comité de surveillance (COSUR).
La Cnam partage la nécessité d'une approbation dans les plus brefs délais des comptes 2022 par l'association. Pour autant, nous considérons que cette approbation peut être réalisée sans avoir à procéder à une suppression rétroactive du COSUR par voie d'avenant.

En effet, la suppression du COSUR relève avant toute chose d'une modification des statuts de l'Association sur laquelle la Cnam n'a aucun pouvoir. Nous ne pouvons que rappeler que le COSUR n'a plus de fondement juridique depuis le terme de la convention de 2019, les actes ultérieurs n'en n'ayant jamais mentionné l'existence.

Engager une modification rétroactive de la convention 2019 sans avoir l'assurance d'une modification subséquente des statuts ne permettrait pas de résoudre de façon efficiente la problématique de l'approbation des comptes et engendrerait, bien au contraire, de nouvelles difficultés. L'association ne pourrait se limiter à cette seule modification et renforcerait ses demandes de modifications rétroactives des actes encadrant le versement de la subvention.

Par ailleurs, même si nous suivions vos recommandations et que nous procédions par la voie d'une décision dépourvue de forme conventionnelle en l'absence d'accord, cela n'entrainerait pas pour autant un rétablissement automatique des statuts dans leur version de 2019. De sorte qu'il nous semble que la difficulté d'approbation des comptes persisterait toujours.

C'est ainsi que nous avons proposé à l'association au mois de mars 2025 une solution qui apparaissait comme juridiquement acceptable et pouvant permettre une approbation des comptes. L'association peut réunir le COSUR en l'absence de la Cnam comme de la Cpam dès lors que ses statuts ne mentionnent aucunement les modalités de délibération. Sur cette base, le commissaire aux comptes pourrait alors procéder à la certification des comptes et les soumettre à l'approbation. Cette décision ne serait, selon nous, entachée d'aucune irrégularité et aurait l'avantage d'éviter d'ouvrir un débat sur la faisabilité juridique d'une modification rétroactive des relations entre l'Assurance Maladie et l'Association.

Réponse de la mission : la mission maintient la nécessité d'une suppression des deux côtés (association/statuts, CNAM/convention) du COSUR pour la seule année 2022. Compte tenu des difficultés évoquées par la CNAM, elle adapte sa recommandation pour éviter d'avoir à procéder à une modification rétroactive par voie d'avenant spécifique, en préconisant une modification, toujours rétroactive, dans l'éventuelle prochaine convention ou l'éventuel prochain avenant. **Rédaction et recommandation modifiées.** Recommandation n°21 (Assurance maladie et Asalée) Supprimer, conventionnellement l'exigence d'une approbation des comptes 2022 par le comité de surveillance, supprimer ce comité des statuts d'Asalée et procéder à l'approbation des comptes 2022 selon les règles statutaires.

[268] La convention signée le 11 juin 2024 témoigne plus largement de la recherche d'un nouvel équilibre dans le contrôle exercé par les pouvoirs publics, mieux ciblé sur le seul usage de la subvention, et prévoyant à ce titre des réunions de suivi trimestrielles, plus propices à un suivi régulier de cet usage. Ce suivi doit, en tout hypothèse, continuer de se fonder sur un contrôle annuel réalisé selon une procédure contradictoire, à transmettre au CAC, sans exclure la possibilité de réfections ponctuelles et proportionnées de la subvention, en cas de méconnaissance des conditions fixées pour son usage.

Recommandation n°34 (Assurance maladie) Prévoir la poursuite d'un contrôle annuel contradictoire, sur pièces et sur place, du seul usage de la subvention. En cas de non-respect des conditions fixées par la convention, prévoir une récupération de la subvention en mettant en œuvre cet outil de façon proportionnée.

[551] L'assurance maladie a souhaité approfondir l'audit 2023 sur les comptes 2022. Cet audit n'a pu aboutir, l'association contestant les demandes documentaires nouvelles formulées par l'assurance maladie, soutenue par la DSS. Il donne lieu à un procès-verbal de carence du 21 décembre 2023 signé par la directrice de la CPAM 79. En dépit des références figurant au

courrier , ni la CPAM ni la CNAM n'ont cependant mis en œuvre les dispositions de l'article 11 de la convention 2019-2021 modifiée par avenant conduisant à la résiliation de la convention et leur permettant de récupérer les subventions ou encore les dispositions de la loi du 12 avril 1996 précitées.

4.1. La CNAM rejoint la recommandation de l'IGAS relative à la poursuite des contrôles annuels de l'usage de la subvention publique et de mise en place d'un dispositif de récupération de la subvention [recommandation n°34]. Cette proposition, formulée dans un contexte de fortes tensions entre la CNAM et l'association, fait écho à des initiatives déjà portées par la CNAM. Elle prend tout son sens au regard des difficultés rencontrées pour finaliser l'audit de l'exercice 2022 dans un contexte très tendu du fait de blocages liés au refus persistant de l'association de transmettre les pièces justificatives nécessaires.

Néanmoins, la mise en place d'un dispositif de récupération de la subvention, qui apparait effectivement souhaitable, ne peut être viable que si l'association met un terme à son expansion incontrôlée, l'exposant à des risques financiers rendant difficile toute remise en cause de la subvention versée, et parvient à diversifier ses modes de financement.

C'est d'ailleurs pour cette raison que la formulation de l'annexe 551 (où il est indiqué « en dépit des références figurant au courrier, ni la CPAM ni la CNAM n'ont cependant mis en œuvre les dispositions de l'article 11 de la convention 2019-2021 modifiée par avenant conduisant à la résiliation de la convention et leur permettant de récupérer les subventions ou encore les dispositions de la loi du 12 avril 1996 précitées ») nous parait excessive et passer outre le contexte spécifique déjà rappeler : il est ici évident qu'une procédure de récupération de la subvention aurait été particulièrement incertaine au regard des finances de l'association, voire porteuse de risque pour la comptabilité de la CPAM (montant d'une créances douteuse).

Réponse de la mission : La mission a bien pris connaissance des observations de l'assurance maladie. La difficulté, pour celle-ci, à mettre en œuvre les dispositions permettant la résiliation de la convention de financement et la récupération de la subvention, au regard de la situation financière de l'association, est mentionnée à plusieurs reprises dans le rapport (§§ 233 et 264) et son annexe 3.2. **Rédaction maintenue**.

Note de bas de page 133 : Procédure contradictoire que l'assurance maladie a d'ailleurs déjà mis en œuvre à l'occasion du contrôle réalisé en novembre 2024, sur l'exercice 2023.

Par ailleurs, nous souhaitons préciser, en réponse au rapport qui précise que la « Procédure contradictoire [...] a d'ailleurs été déjà mis en œuvre à l'occasion du contrôle réalisé en novembre 2024, sur l'exercice 2023. », que cette phase contradictoire était également prévue pour l'exercice 2022 [Rapport.268, renvoi n°77]. Néanmoins, le refus de coopération de l'association n'a pas permis de la réaliser et un PV de carence a été émis.

Réponse de la mission : La rédaction est précisée pour tenir compte de la précision apportée par l'assurance maladie. **Rédaction complétée**. Note de bas de page : Procédure contradictoire que l'assurance maladie avait prévu de mettre en place lors du contrôle inachevé de l'exercice 2022...

[113] [redacted]

La crise financière des années 2023 et 2024

L'année 2023 constitue le début d'une crise financière pour l'association. Malgré l'absence de convention, elle poursuit sa stratégie de développement comptant sur une signature à mi-année à effet rétroactif. En dépit de l'absence de convention, la CPAM 79 continue de payer l'association Asalée dans la limite de la précédente convention : 83 M€ ont été versés en 2023. Les négociations entre la CNAM et l'association n'aboutissent pas. L'association [redacted] ne verse plus les indemnités de concertation dues aux médecins [redacted]

[redacted] mais maintient certaines dépenses. Elle engage une action contentieuse en référé dans le but d'obtenir les versements d'un acompte anticipé, sans succès.
En 2024, malgré la persistance de versement par la CPAM 79 à hauteur de la précédente convention et compte tenu du nombre d'infirmiers supérieur au plafond prévu par cette convention, la situation devient critique. [redacted] le cabinet du ministre en charge de la santé intervient auprès des différents acteurs pour débloquer la situation. Deux décisions de subventionnement sont notifiées à l'association le 11 mars 2024, respectivement pour l'année 2023 et pour le premier semestre 2024. Une convention rétroactive sur l'année 2024 est signée le 11 juin. Le 3 juillet, le ministre en charge de la santé accorde une aide exceptionnelle à l'association de 6,7 M€, en annonçant qu'elle transitera par les crédits du Fonds d'intervention régional de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Cette aide vise le « financement de la moitié du surcoût engendré par le dépassement du nombre d'infirmiers embauchés par rapport au plafond prévu par la précédente convention ». [redacted]

(...)

[242] En dernier lieu, le maintien de la gestion du dispositif à la CPAM 79 dans son architecture actuelle ne peut se poursuivre alors que l'association s'est considérablement développée et revêt désormais une importance nationale. Isolée et sous-dimensionnée (jusqu'à un appui renforcé de la CNAM en 2022), la CPAM endosse, en tant que payeur, des responsabilités qui sont hors de proportion avec la marge de manœuvre dont elle dispose dans ce schéma.
Recommandation n°31 (CNAM) Recentraliser la gestion du dispositif Asalée. En cas de volonté de délégation du paiement de la subvention, respecter la procédure de la convention de mandat.
L'assurance maladie a manqué de rigueur concernant les paiements à l'association en poursuivant, sans acte, les règlements mensuels

4.2. La présentation de la manière dont l'Assurance maladie a décidé de poursuivre les paiements à l'association nous parait insuffisamment précise [Rapport. 113 et 242].
Tout d'abord, ainsi qu'il a été dit à titre liminaire, il n'est peut-être pas assez fait écho à cet endroit du contexte politique extrêmement tendu avec les syndicats médicaux en 2023 et 2024, jusqu'à la signature de la convention médicale. Ce contexte a été un levier de pression important de la part d'Asalée et [redacted] *Les situations de blocage de la vie conventionnelle avec Asalée, la difficulté de trouver un accord, les interventions politiques nombreuses, ont été entretenues voire exacerbées dans le contexte de blocage des négociations de la nouvelle convention médicale, du règlement arbitral, etc. afin d'assurer la poursuite des paiements.*

[redacted]

En outre, il est indiqué « en dépit de l'absence de convention, la CPAM 79 continue de payer l'association... ». Or, il est signalé par ailleurs que [nous soulignons] « Il s'agit alors de reconstituer de façon suffisamment claire l'intention du financeur. En l'espèce, en l'absence d'acte formalisant l'octroi de la subvention au cours de l'année 2023, les conditions qui avaient été mises au versement pendant les années qui précédaient – c'est-à-dire celles détaillées dans la convention signée en 2019 et ses avenants – peuvent être regardées comme ayant implicitement accompagné la poursuite, à effectif constant, des versements

mensuels » [Rapport.80, encadré : les conditions mises au financement en 2023] De ce fait, il nous semble que la formulation pourrait être revue ainsi : « en dépit de l'absence de convention, l'intention du financeur étant établie, la CPAM 79 a poursuivi les paiements. »
Cette analyse est confirmée par les annexes [Annexes.1483], où il est précisé « les actes ultérieurs peuvent alors être considérés non pas comme rétroactifs mais comme confirmatifs des conditions que le financeur a entendu, implicitement mais nécessairement, poser à la date de versement. »
De même, le rapport indique que « L'assurance maladie a manqué de rigueur concernant les paiements à l'association en poursuivant, sans acte, les règlements mensuels » [Rapport. 242]. Or l'analyse supra parait bien confirmer que les paiements par la CPAM 79 pouvaient être poursuivis : les paiements s'appuient sur la convention 2019-2022 qui continue à produire ses effets. Il n'est donc pas exact que l'assurance maladie ait manqué de rigueur. Elle s'est adaptée à une situation dont elle ne porte pas la responsabilité, dans un contexte particulièrement tendue comme évoqué supra et dans sa volonté, comme indiqué d'ailleurs par l'IGAS « de ne pas mettre en péril le dispositif au regard de la situation des infirmiers comme des patients,... » [Rapport.233]

Réponse de la mission : Comme indiqué *supra*, les difficultés résultant, pour l'assurance maladie, de la prise en compte de la situation financière de l'association sont mentionnées à plusieurs reprises dans le rapport (ex : §§ 233 et 264) et dans son annexe 3.2, comme le degré de tension dans les relations avec l'association, ajouté aux soutiens médiatiques et politiques mobilisés par celle-ci. Par ailleurs, la prise en compte de l'intention implicite du financeur (ex : encadré § 80) est évoquée pour reconstituer, spécifiquement, les conditions mises au financement. Dès lors qu'elle se déduit justement de la poursuite des paiements, elle ne saurait simultanément les justifier. **Rédaction maintenue.**

[245] Pour les périodes où une instruction était demandée, la CNAM n'a pas suivi les prescriptions des articles D. 122-5 et 6 du CSS, en ne procédant pas à la réquisition du comptable local et à une information du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour les périodes sans instruction, la CPAM 79 n'a pas suivi les prescriptions des articles précités. La mise en œuvre de l'article D. 122-5 CSS aurait en tout état de cause été compliquée par l'architecture du dispositif, la CNAM estimant que la CPAM porte la responsabilité des opérations relatives à Asalée, tout en contestant l'existence d'une délégation de sa part. La dissociation entre payeur et prescripteur montre ici ces limites.

[251] Le régime de réquisition des comptables pour les caisses de sécurité sociale ne règle cependant pas totalement les cas des prestations gérées pour le compte d'un tiers et, depuis la réforme de la responsabilité des gestionnaires publics, comporte des incohérences règlementaires qui complexifient sa mise en œuvre et appellent à des corrections par la DSS (cf. annexe 3.3).

(...)

[1472] La dissociation entre payeur et prescripteur montre ici ses limites. La mise en œuvre de l'article D.122-5 CSS aurait de toutes les façons été compliquée par l'architecture du dispositif car la CNAM estime que la CPAM porte la responsabilité des opérations relatives à Asalée tout en contestant l'existence d'une délégation de sa part. Tributaire des négociations menées par la CNAM et subordonnée à sa tête de réseau, la CPAM 79 n'a pas exigé le formalisme adéquat s'agissant de cette dépense alors qu'elle endosse la responsabilité financière de la subvention ce dont elle a pleinement conscience comme en témoigne le courriel de la directrice de septembre 2022.

Par ailleurs, la critique sur l'absence de réquisition [Rapport.245 et Annexe 1472] ne nous apparait pas fondée au regard de l'inapplicabilité des textes rappelés par l'IGAS,

[Rapport.251] qui indique que « Le régime de réquisition des comptables pour les caisses de sécurité sociale ne règle cependant pas totalement les cas des prestations gérées pour le compte d'un tiers et, depuis la réforme de la responsabilité des gestionnaires publics, comporte des incohérences règlementaires qui complexifient sa mise en œuvre et appellent à des corrections par la DSS ». De ce fait, l'écart aux normes relevé n'apparait pas justifié.

Réponse de la mission : Les difficultés d'application du régime résultent plus de l'absence de délégation formalisée par la CNAM et de la confusion qui en résulte que des problèmes posés par les articles en D. du CSS (relatifs aux personnes à informer en cas de réquisition), qui ne sauraient exonérer la CPAM et la CNAM de respecter la procédure de réquisition dont les règles de base sont fixées à l'article L.131-7 du CJF. En tout état de cause, la CNAM ou la CPAM était à même d'initier la procédure et de dialoguer avec la DSS ou la MNC afin de pallier les difficultés existantes. **Rédaction précisée et recommandation modifiées**

[272] Enfin, parallèlement à ces coordinations renforcées, et pour restaurer les conditions d'un véritable dialogue malgré la dégradation des relations entre l'association et son financeur, l'intervention de tiers pourrait être, au moins temporairement, envisagée, sous différentes formes, cumulatives ou alternatives :

- Une médiation, proposée par le cabinet et acceptée par les parties, pourrait être mise en place pour accompagner les échanges entre les parties à la convention. L'association a toutefois déjà écarté une proposition comparable au cours de l'année 2023) ;
- La désignation d'un contrôleur économique et financier pourrait être sollicitée, pour suivre et contrôler l'association pendant une période transitoire, de cinq ans par exemple, et selon un plan de contrôle déterminé .

4.3. L'Assurance maladie s'est déjà prononcée en faveur de l'intervention d'un acteur tiers afin de rétablir un cadre de dialogue transparent et constructif.

A ce titre, la CNAM est favorable à :

- *la mise en place d'une médiation, à condition qu'elle soit acceptée par toutes les parties, et confiée à un tiers reconnu, disposant des compétences et de la légitimité nécessaires auprès de l'Assurance maladie et de l'association [recommandation n°36] ;*
- *l'association formelle de la DGOS, dans une logique de coordination renforcée entre les tutelles (CNAM, DSS, DGOS) et de clarification des rôles, en particulier compte tenu de l'implication croissante des ARS (« Subordonner le versement de la subvention à la déclaration des professionnels de santé participant au protocole de coopération »), même si celle-ci ne pourra intervenir qu'au terme d'une remise à plat des relations avec l'association [recommandation n°35].*

Ces mesures apparaissent aujourd'hui nécessaires pour garantir le bon usage des financements publics, restaurer la transparence et permettre, à terme, une redéfinition pérenne du cadre partenarial entre la CNAM et l'association Asalée.

Alors que la CNAM a soutenu de telles démarches par le passé, l'association s'y est néanmoins toujours opposé. La proposition d'une médiation par un tiers, réaffirmée par l'IGAS, apparait aujourd'hui comme l'une des seules pistes pour sortir de l'impasse actuelle et de rétablir des conditions de travail apaisées, basées sur la confiance, la redevabilité et le respect des engagements. A ce stade, la faisabilité d'un rétablissement du dialogue reste néanmoins incertaine, tant la relation avec l'association est dégradée.

Réponse de la mission : La mission a bien pris connaissance des observations de l'assurance maladie, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

[271] À ce titre, et afin d'assurer une meilleure coordination du suivi de l'usage de la subvention et du suivi de la mise en œuvre du protocole, la DGOS pourrait être utilement associée aux réunions trimestrielles prévues par la convention de financement. En outre, au terme d'un délai laissé à l'association et aux professionnels concernés pour régulariser leurs déclarations, le financement par la CNAM pourrait être conditionné à ces déclarations, afin d'assurer leur caractère plus systématique et, ici encore, une meilleure articulation des suivis. À ce titre, la convention pourrait plus largement prévoir que, pour participer au dispositif et percevoir les rémunérations et indemnisations afférentes, médecins et infirmiers sont tenus de procéder à cette déclaration.

[Rapport.271] il est indiqué « le financement par la CNAM pourrait être conditionné à ces déclarations, afin d'assurer leur caractère plus systématique et, ici encore, une meilleure articulation des suivis. À ce titre, la convention pourrait plus largement prévoir que, pour participer au dispositif et percevoir les rémunérations et indemnisations afférentes, médecins et infirmiers sont tenus de procéder à cette déclaration. ». Or, la référence au protocole de coopération apparaît clairement dans le préambule de la convention qui fixe le cadre général de la convention de 2019. De même, l'association a pris le soin de préciser dans son règlement intérieur dans l'article 3.3.6 « L'infirmière(er) est chargée de développer au sein des cabinets médicaux la mission qui lui est dévolue en application des protocoles de coopération ASALEE validés par la Haute Autorité de Santé dans l'avis rendu le 22 mars 2012 ». Tout écart des médecins et infirmiers en termes de déclaration de coopération représente donc une irrégularité.

Réponse de la mission : L'objet de ce § est de préconiser, au-delà de la participation effective au protocole de coopération, de faire de ces déclarations une condition du versement de la subvention, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. **Rédaction maintenue**.

[550] Devant le risque d'absence de convention, gèle les recrutements d'infirmier en octobre 2023 [redacted] (cf. infra). Compte tenu des fonds propres négatifs, l'association décide d'accroitre son crédit fournisseur en décidant de maintenir le non-paiement des indemnités médecins à compter de septembre 2022, ce qui permet de générer de la trésorerie pour payer les infirmiers surnuméraires. La chronique des recrutements montre cependant que le gel n'est pas immédiat et doit être relativisé dans le sens d'une décélération des recrutements. En outre, en dépit d'indicateurs financiers alarmants, l'association maintient son séminaire annuel au mois de novembre [redacted]

[Annexe.550] Les recrutements ne se sont pas ralentis à partir d'octobre 2023 mais de décembre 2023 (cf. graphique page 116)

Réponse de la mission : En octobre la décision est prise mais l'effet n'est pas immédiat**. Rédaction précisée.**

[1476] Le caractère conservatoire suppose qu'aucun développement ne soit rendu possible pendant cette période de sorte, qu'au mieux, la situation existante à l'expiration de la convention soit prolongée. En outre, il importe de fixer des restrictions spécifiques plus fortes qu'en régime nominal. En effet, la fixation de telles conditions, notamment d'exigences de contrôle renforcé ou de régime d'avance restreint, prémunit l'autorité administrative contre le risque d'énoncer a posteriori de nouvelles conditions lors de la signature de la convention ultérieure et incite l'attributaire à ne pas se satisfaire de cette situation volontairement très contrainte. Enfin, de telles

conditions conservatoires et restrictives peuvent être dynamiques, et devraient donc être d'autant plus précises et fermes que le refus de signature par l'attributaire se prolongerait, en prévoyant par exemple une baisse progressive du financement des ETP, mois après mois.

[Annexe.1476] il est indiqué « il importe de fixer des restrictions spécifiques plus fortes qu'en régime nominal ». En l'espèce, dans le cadre de l'acte unilatéral de 2024, le forfait formation n'avait été repris ce qui répond à cette exigence.

Réponse de la mission : Le commentaire de la CNAM n'est pas de nature à modifier la rédaction proposée. **Rédaction maintenue.**

[1482] L'association a estimé que les versements effectués sans décision de l'assurance maladie étaient illégaux sans pour autant refuser de tels versements.

[Annexe.1482] Ce n'est pas les versements que l'association conteste mais l'acte unilatéral. L'association a d'ailleurs continué à envoyer les pièces justificatives nécessaires aux paiements.

Réponse de la mission : Rédaction précisée.

OBSERVATIONS DE LA DSS – REPONSES DE L'IGAS

Monsieur le Chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Je vous remercie de m'avoir transmis les différents extraits du rapport provisoire sur le contrôle de la gestion et du déploiement du dispositif Asalée, intéressant la DSS même si la transmission sous forme d'extrait ne permet pas de pleinement saisir la portée du contrôle et d'apprécier l'ensemble des constats et des recommandations. Il s'inscrit à un moment charnière pour l'association et la profession d'infirmier, avec les discussions parlementaires en cours sur ce métier et l'ouverture prochaine de négociations conventionnelles avec la profession.

Je souhaiterais insister sur le contexte particulier dans lequel s'inscrit ce contrôle et les très fortes attentes que nous partageons avec l'assurance maladie sur les suites de cette mission pour nous permettre d'assainir les relations avec l'association Asalée qui se sont fortement dégradées ces dernières années. Alors que nous partagions avec l'assurance maladie une volonté commune d'encadrer le développement de l'association en termes d'ETP et d'actions financées, l'association a décidé de poursuivre sa stratégie de développement, en s'appuyant sur sa proximité très forte avec certains syndicats de médecins et sur la mobilisation des élus locaux et nationaux (ce dont témoignent les nombreuses questions écrites ou orales auxquelles les ministres ont eu à répondre) dans un contexte où les infirmiers Asalée sont plébiscités par les médecins qui y ont accès et où l'association a contribué à apporter des réponses aux difficultés d'accès aux soins. En parallèle de cette stratégie de l'association, les relations [redacted] se sont très fortement dégradées avec des menaces régulières d'actions en justice et de sollicitation de soutien politique et syndical, ce qui a complexifié le contrôle de l'association par les pouvoirs publics et l'élaboration de la nouvelle convention. A cet égard, la moindre demande de communication de documents pourtant basiques s'est heurtée à des lenteurs voire à des refus de transmission de la part de l'association. C'est pourquoi votre rapport revêt une importance particulière pour permettre à l'assurance maladie et aux pouvoirs publics de disposer d'éléments objectifs et étayés sur les relations conventionnelles avec l'association, le fonctionnement voire les dysfonctionnements et les difficultés rencontrées ou non par l'association pour ensuite pouvoir bâtir une nouvelle relation contractuelle en tenant aussi compte de l'évolution plus globale du métier infirmier et des avancées conventionnelles qu'elles relèvent de la convention médicale, infirmière ou de celle des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Votre contrôle permet de dresser un bilan du dispositif Asalée, qui a été initialement introduit dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération et financé sur les fonds d'intervention régionaux avant de bénéficier d'un financement par l'Assurance Maladie avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019. Il met en lumière la forte dynamique de déploiement du dispositif répondant à un besoin de santé publique tout en identifiant des faiblesses et pistes d'amélioration dans les actions menées par l'association et le pilotage de cette dernière.

La DSS partage en grande partie les constats présentés dans ce rapport concernant la gestion du dispositif Asalée.

Je souhaite toutefois nuancer quelques-uns de vos constats.

Le désengagement de la DSS dans le suivi de l'association Asalée et du dispositif doit être analysé en prenant en compte les évolutions législatives qui ont accompagné le développement de ce dispositif et de la normalisation progressive de son financement, d'une expérimentation à un financement par l'assurance maladie depuis la loi OTSS et la LFSS pour 2018 qui a prévu expressément que la Cnam « participe au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ». La DSS n'avait

donc plus à jouer d'intermédiaire aux conventions de financement entre l'association et l'Assurance maladie. La DSS a continué à participer aux réunions de suivi organisées entre l'association et la Cnam, tout en poursuivant les échanges avec l'association.
Le désalignement entre la DSS et la Cnam dans la gestion et le suivi de l'association Asalée est souligné à plusieurs reprises dans le rapport en s'appuyant essentiellement sur deux exemples qu'il convient de recontextualiser (en particulier 2.2.3).
L'application des règles de la commande publique à l'association a effectivement été débattue entre la DSS et la Cnam avec deux approches juridiques différentes, ce qui nous a conduit à confier conjointement une mission d'expertise juridique à un membre du Conseil d'Etat. Cette mission a été élargie en plein accord avec la Cnam sur le fonctionnement de l'association et ses liens conventionnels avec l'assurance maladie.
L'aide exceptionnelle en trésorerie accordée à l'association Asalée en juillet 2024 sur demande expresse du Ministre de la santé et de la prévention a été accordée dans un contexte de difficultés d'accès aux soins et de fortes mobilisations des médecins et des élus pour le maintien de l'association. En l'absence de l'aide exceptionnelle allouée, l'Etat prenait la responsabilité du risque d'extinction du dispositif Asalée à court terme, plaçant dans l'insécurité médicale des patients à domicile stabilisés et dans l'insécurité financière les [redacted] *infirmiers salariés* [redacted]*. Cette aide fait suite à la signature de la convention pour 2024 qui comporte des concessions et des engagements de l'association tels que le maintien du montant de la subvention allouée par ETP à 67 450 euros et un rehaussement très limité du nombre d'ETP à 1 550 limitant la dynamique d'extension. Au regard de la reprise des discussions, cette aide vient assainir la santé financière de l'association et les relations entre elle, l'Assurance maladie et l'Etat pour l'avenir.*

Les principaux commentaires sont détaillés ci-après, suivant l'ordre des recommandations formulées et du rapport.

Remarques d'ordre général sur le rapport provisoire et les projets de recommandation

Le protocole de coopération Asalée (Action de santé libérale en équipe), initié par l'association du même nom, vise à renforcer la coordination entre médecins et infirmiers. Il inclut des délégations d'actes pour libérer du temps médical en confiant la gestion de quatre pathologies chroniques (diabète, risque cardiovasculaire, tabagisme à risque BPCO et troubles cognitifs) aux paramédicaux.

Les professionnels de santé ont adhéré très largement au dispositif, le rendant victime de son succès. Le flux exponentiel des effectifs infirmiers a conduit à la commande d'une note d'expertise juridique en février 2023 posant un certain nombre de constants et émettant des propositions de sécurisations et d'évolution du dispositif. Ainsi, le surpassement des conditions de la convention accompagné de la rupture du dialogue avec l'association ont conduit à la mission et au rapport provisoire à l'étude.

Le rapport provisoire démontre que l'atypisme de la relation bénéficiaire/financeur, mise en place pour répondre à un besoin non couvert, a échappé aux parties au fil des ans et des évolutions législatives.

Si le dispositif Asalée s'inscrit dans les travaux de santé publique récents (prévention, éducation thérapeutique, virage domiciliaire...), son modèle doit être questionné et réadapté après plus de 20 ans d'existence pour sécuriser aussi bien l'Etat et l'Assurance maladie que les patients et les professionnels de santé impliqués.

Ce rapport permettra par ailleurs de tirer des leçons de cette relation atypique qui a conduit à confier le déploiement d'un protocole national de coopération à une association. Dans un contexte de désertification médicale et d'évolution des compétences des professionnels paramédicaux, les protocoles de coopération constituent des outils à la main des professionnels de santé pour répondre à un besoin rencontré sur le terrain. Les protocoles de coopération sont issus d'appels à projet initiés par des établissements de santé, des Ordres ou encore des associations de professionnels de santé.

Enfin, une mise en perspective avec les nouvelles compétences infirmières qui découleront de la proposition de loi sur le métier infirmier en cours d'étude par le Parlement et des négociations conventionnelles à venir sera nécessaire pour envisager l'avenir du protocole.

Réponse de la mission : La mission prend note de ces observations qui n'appellent pas de modification du rapport. **Rédaction maintenue.**

Projet de recommandation N°33 : Soumettre les conventions et avenants au contrôle pertinent de l'Etat (CGEFI ou MNC en fonction du niveau de centralisation retenu pour la gestion de la subvention). À cet égard, édicter les textes réglementaires permettant l'application du contrôle des subventions et avantages octroyés sans décision des conseils des caisses.

L'historique ancien du dispositif Asalée, son ancrage d'abord local puis son extension au fil des évolutions législatives ont en effet conduit à une relation tripartite et atypique avec l'Assurance Maladie, neutralisant certains contrôles pourtant nécessaires.
Concernant la mise en oeuvre de l'article L. 153-6 CSS, il n'existe pas de décret d'application de cet article et « l'autorité compétente de l'état » mentionnée qui pourrait « s'opposer » à l'octroi d'un avantage financier ne vise pas spécifiquement la MNC. En effet, dans le code de la sécurité sociale, lorsque la MNC a compétence sur un sujet, elle est expressément visée par l'article R. 155-1, ce qui n'est pas le cas ici.
L'association est financée par la CNAM, via une convention nationale entre cette dernière, l'association Asalée et la CPAM 79. Bien que la caisse locale n'intervienne dans ce montage financier que comme « caisse pivot » pour le versement de la dotation mensuelle à cette association décidée par la CNAM, la convention initiale lui attribuait également une double mission de contrôle (mensuelle et annuelle).
En effet, avant le 15 de chaque mois, l'association devait transmettre à la CPAM 79 la situation réelle de déploiement de M-1 ainsi que le nombre de forfaits de formation accompagnés d'un fichier Excel servant au calcul de la rémunération allouée pour les ETP infirmiers autorisés et du journal de paye. Après contrôle, la CPAM procédait au versement de la subvention dans un délai de 15 jours. Par ailleurs, un état du déploiement des infirmiers arrêté au 31 décembre de chaque année devait être transmis à la CPAM 79 avant le 5 janvier de l'année suivante. La CPAM réalisait un contrôle annuel sur place et sur pièces en septembre de la même année avec remise des conclusions à la CNAM pour le 30 novembre suivant.
En cas de non-respect de ces obligations, la suspension du financement et ses motifs étaient notifiés par LRAR à l'association qui disposait d'un délai de 30 jours pour justifier ses manquements et être entendue par le financeur. A défaut de régularisation dans le délai imparti, le retrait de la décision de financement était notifié par LRAR sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées.

L'audit annuel ne figure plus dans la nouvelle convention. Historiquement ce montage est sans doute justifié par le fait que l'expérimentation a démarré en Poitou-Charentes et que le siège social de l'association est situé dans les Deux-Sèvres.

En outre, l'article L. 153-6 du code de la sécurité sociale précise que « l'octroi par un organisme de sécurité sociale quelconque d'un avantage financier à un établissement, oeuvre ou institution dont la gestion n'est pas assujettie aux règles de la comptabilité publique et quelle que soit sa nature juridique, peut faire l'objet de l'opposition de l'autorité compétente de l'Etat, dans les cas, dans les conditions et dans les délais fixés par décret ». Or il ne s'agit pas d'une « subvention » ni décidée ni octroyée par la CPAM 79 mais d'un financement attribué par convention par la CNAM.

Pour rappel, dans un rapport antérieur de l'IGAS (Trajectoire pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé - 2021), il avait été explicitement affirmé que l'association Asalée disposait d'un mandat d'exécution pour rémunérer les salaires et charges des infirmiers salariés ou l'équivalent de leur traitement en honoraires bruts et que la convention prévoyait aussi les indemnités perçues par les médecins et la charge de support. Une antenne MNC ne serait pas capable d'assurer un contrôle pour lequel seul le niveau national dispose des informations nécessaires, par exemple la recommandation 34 préconise d'affecter à l'AM un contrôle annuel sur pièce et sur place de la subvention.

Des leçons doivent également être tirées de cette mission pour la rédaction de la convention 2025 afin de garantir les conditions d'un contrôle effectif de l'association par l'Etat et l'assurance maladie.

Réponse de la mission : Les éléments apporté par la DSS confirment la rédaction de la mission. Une précision doit cependant être apportée à la recommandation compte tenu du fait que la DSS estime que seul le niveau central pourrait assurer les prérogatives issues de l'application de l'article L.153-6 CSS. En cas de recentralisation, le contrôle serait donc double, au titre du CGEFI et de la DSS. **Recommandation modifiée.** Soumettre les conventions et avenants au contrôle pertinent de l'Etat (CGEFI et DSS ou DSS seule en fonction du niveau de centralisation retenu pour la gestion de la subvention).

Projet de recommandation N°35 : Associer la DGOS au suivi de l'usage de la subvention. Subordonner le versement de la subvention à la déclaration des professionnels de santé participant au protocole de coopération, tout en précisant dans la convention que, pour participer au dispositif et percevoir les rémunérations et indemnisations afférentes, médecins et infirmiers sont tenus de procéder à cette déclaration.

La DSS souscrit à la recommandation de suspendre le versement de la subvention en l'absence de déclaration des professionnels de santé participant au protocole de coopération. Elle n'est par ailleurs pas opposée au fait d'impliquer la DGOS aux réunions trimestrielles prévues par la convention.

Néanmoins, il convient de préciser que le suivi des protocoles de coopération est déjà opéré conjointement par la DSS et la DGOS, au sein du comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI), dont la présidence est assurée conjointement par la directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale ou leurs représentants.

Réponse de la mission : La rédaction est complétée pour préciser les conditions de présidence conjointe du CNCI. **Rédaction complétée.** Note de bas de page : Dont la présidence est assurée conjointement par la DSS et la DGOS.

Projet de recommandation N°36 : Associer un ou plusieurs acteurs tiers au dialogue entre Asalée et les financeurs et au contrôle de l'usage de la subvention (médiateur et contrôleur économique et financier)

Au regard de la détérioration des relations de l'association avec l'Assurance Maladie et l'Etat, l'intervention d'un tiers paraît être une option pertinente. Il s'agit d'ailleurs d'une proposition portée lors du comité de surveillance de décembre 2023 mais à laquelle l'association s'était opposée.

Faute de médiation possible, la désignation d'un contrôleur économique et financier présente également l'avantage de répondre au besoin de soutien de l'association pour sa gestion financière, condition de sa pérennité.

Réponse de la mission : la mission a pris connaissance des observations de la DSS, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

Projet de recommandation N° 38 : Relancer l'évaluation externe du dispositif Asalée, en la faisant porter sur une période longue et en la centrant sur l'activité d'éducation thérapeutique du patient.

La Direction de la sécurité sociale partage le constat de l'Inspection générale des affaires sociales s'agissant de l'importance de relancer l'évaluation externe du dispositif Asalée afin d'obtenir des données récentes et étendues sur l'apport de l'éducation thérapeutique en matière de santé publique.

Le protocole de coopération prévoit bien la mise en oeuvre d'éducation thérapeutique par les délégants, bien qu'il ne s'agisse pas directement d'actes dérogatoires, pour accentuer l'efficience de l'action infirmière dans la prise en charge de patients diabétiques, à risque cardio vasculaire, tabagique à risque BCPO ou dans le cadre d'un repérage de troubles cognitifs.

Le protocole de coopération Asalée se distinguant par sa longévité, son évaluation externe est importante dans un contexte d'évolutions du métier infirmier et de développements des dispositifs relatifs à l'éducation thérapeutique et à la prévention (expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 notamment) alors même que les derniers résultats connus font état d'une efficacité bien en deçà des attentes.

L'évaluation proposée par l'assurance maladie permet comme le souligne l'Igas de documenter l'impact de ce dispositif et constitue dans l'attente d'une reprise de l'évaluation externe, une piste intéressante.

Réponse de la mission : la mission a pris connaissance des observations de la DSS, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

Remarques détaillées relevées au fil des pages du rapport provisoire

- Page 5 : « Signataire des conventions de financement jusqu'en 2019, le ministère de la santé -représenté par la direction de la sécurité sociale (DSS) - se désengage par la suite, faisant porter à l'assurance maladie l'essentiel du pilotage sans s'assurer de la mise en oeuvre des dispositifs de contrôle de droit commun. »

  Le désengagement de la Direction de la sécurité sociale doit être contextualisé et nuancé au regard des nombreuses évolutions législatives qui ont accompagné le développement du dispositif Asalée.

Initialement financé par les agences régionales de santé sur leurs fonds d'intervention régionaux (FIR), le dispositif Asalée a ensuite bénéficié d'un financement dérogatoire mis en place au titre du collège des financeurs. Des conventions de financement tripartites étaient signées avec l'association et l'Assurance Maladie qui assurait le versement des forfaits.
La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a ensuite fait évoluer le cadre juridique des protocoles de coopération et a prévu expressément que la CNAM avait pour rôle de « participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ». La direction de la sécurité sociale n'avait donc plus à jouer le rôle d'intermédiaire aux conventions de financement entre l'association et l'Assurance maladie.
En tout état de cause, la direction de la sécurité sociale ne peut être considérée comme désengagée du dispositif alors même qu'elle dispose d'un siège aux réunions de suivi organisées entre le bénéficiaire et le financeur et qu'elle reste un interlocuteur privilégié de l'association qui la sollicite très régulièrement, ce que le rapport souligne par ailleurs au 2.5.5.

Réponse de la mission : La rédaction est précisée pour tenir compte de ces explications. **Rédaction complétée**. ...se désengage en partie par la suite, faisant porter à l'assurance maladie l'essentiel du pilotage, désormais rattachable à l'article L. 221-1, 9° du code de la sécurité sociale,..

- Page 14 : « Dans un contexte de forte mobilisation politique auprès de la CNAM et de l'État (cf. infra partie 4.2), l'aide de ce dernier valide cependant partiellement et a posteriori la stratégie de développement forcé de l'association et consacre de fait l'abandon de la stratégie de la CNAM laquelle, plus ferme dès fin 2022, avait tenté de mettre fin à la tactique de mise devant le fait accompli développée par l'association, cantonnant les autorités administratives à des rattrapages financiers. »

La Direction de la sécurité sociale souhaite à nouveau que soit contextualisée l'aide exceptionnelle en trésorerie accordée à l'association Asalée en juillet 2024. Dans un contexte de désertification médicale, de difficultés d'accès aux soins mais aussi de virage domiciliaire, le dispositif Asalée apporte une réponse aux patients chroniques pris en charge à domicile, libérant ainsi du temps médical notamment.
De fait, ces professionnels de santé ont répondu à une mission de santé publique essentielle sur le territoire. En l'absence de l'aide exceptionnelle allouée, l'Etat prenait la responsabilité du risque d'extinction du dispositif Asalée à court terme, plaçant dans l'insécurité médicale des patients à domicile stabilisés et dans l'insécurité financière les [redacted] *infirmiers salariés* [redacted]
Cette aide fait suite à la signature de la convention pour 2024 pour laquelle l'association a accepté des concessions telles que le maintien du montant de la subvention allouée par ETP à 67 450 euros et un rehaussement très limité du nombre d'ETP à 1 550 limitant la dynamique d'extension. Au regard de la reprise des discussions, cette aide vient assainir la santé financière de l'association et les relations entre elle, l'Assurance maladie et l'Etat pour l'avenir.

Réponse de la mission : la rédaction est complétée pour laisser apparaître ces explications. **Rédaction complétée.**

- Page 15 : « Le rôle du COSUR est toutefois demeuré virtuel, celui-ci n'ayant, en tout état de cause, pas rempli les missions qui lui étaient assignées. Réuni seulement deux fois, le 19 octobre 2021 et le 15 décembre 2023, il n'a nullement procédé à l'examen du budget ou l'approbation des comptes de l'association (cf. infra) et ne s'est plus réuni depuis malgré les demandes de l'association. »

Bien que le comité de surveillance ne se soit pas réuni entre octobre 2021 et décembre 2023, un comité de pilotage s'est tout de même tenu le 4 octobre 2022, et a formulé des recommandations comptables. Il ne peut donc pas être considéré qu'aucun contrôle des pouvoirs publics n'a été réalisé.

Par ailleurs, la convention initiale étant arrivée à échéance le 31 décembre 2022, les relations entre l'association et l'administration se sont distendues, faute de trouver un accord sur une nouvelle convention.

Par ailleurs, le compte-rendu du COPIL de décembre 2023 rappelle que « le premier comité de surveillance a été organisé en octobre 2021. En 2022, un COPIL a été organisé incluant le comité de suivi et de surveillance. »

Réponse de la mission : la mission a pris connaissance des observations de la DSS, qui n'appellent pas de modification du texte initial. **Rédaction maintenue.**

- Page 26 : « L'inadéquation conduit également à des écarts aux conditions posées par les actes des financements. Certains écarts comme les dépassements des plafonds d'ETP financés ont été rendu possibles jusqu'à récemment par un pilotage souple des financeurs et une convention insuffisamment précise. A cet égard, seul un petit nombre d'écarts peuvent être chiffrés, comme [redacted] »

La Direction de la sécurité sociale estime qu'un autre écart aux conditions posées par les actes des financements doit figurer dans le rapport, à savoir la prise en charges des loyers des infirmiers Asalée par l'association pour le compte des médecins. [redacted]

Dès 2022, il est indiqué à l'association que la subvention allouée par l'Assurance Maladie n'a pas vocation à financer les locaux des infirmiers d'autant que cette participation n'existe dans d'autres dispositifs tels que les assistants médicaux.

Un cadrage de cette pratique avait été proposé en limitant la participation à un montant de 500 € par mois pour des médecins répondant à certaines conditions (installation en zone sous dense, locataire des locaux, charge de l'accueil de l'infirmier Asalée incompatible avec la situation financière du médecin).

Réponse de la mission : Les dépenses liées aux locations immobilières sont détaillées dans l'annexe 1.2, notamment dans sa partie 2.2. Y sont décrites les dispositions conventionnelles (imprécises et contradictoires) qui ne permettent pas à la mission de se prononcer sur la conformité de ces dépenses. Cette annexe retrace également les demandes successives de l'assurance maladie, jusqu'à celle de fin 2022 de ne plus prendre en charge de nouvelles dépenses immobilières et de mettre un terme à tous les baux sous un an. Bien que cette demande n'ait pas été respectée par Asalée, les dépenses correspondantes ne peuvent pas être déclarées non conformes car la décision n'est pas opposable au regard de la loi DCRA et de la jurisprudence, telle qu'explicitée dans la partie 2.2 de l'annexe 1.2. **Rédaction maintenue.**

- Annexe 2.3 relative à la commande publique –

§ 1013 : « Sans attendre les conclusions de cette expertise (qui ne sera lancée que fin 2022), la CNAM engage, en octobre 2022, des actions plus directives. Des demandes sont ainsi faites lors du COPIL du 04/10/2022 avec un retour attendu de la part d'Asalée d'ici fin octobre. Bien que ne ciblant pas les marchés, cette demande reçoit une réponse le 24/10/2024151 dans laquelle Asalée

indique qu'elle « avait préparé ce déclenchement de procédures à l'issue du dernier comité de pilotage, fin 2021. Comme Asalée l'a indiqué au cours de la réunion, c'est une demande du ministère qui a demandé de surseoir, en attendant, ce qui apparaissait légitime, le résultat de l'expertise juridique ».

L'association Asalée prétend que le ministère lui aurait demandé de surseoir à appliquer les règles de la commande publique en attendant le résultat de l'expertise juridique. Aucun compte-rendu ni consigne écrite en ce sens n'accréditent ces propos. § 1016 : « Fin 2022 le financeur a donc demandé explicitement et de façon impérative à Asalée d'appliquer les règles de la commande publique. Entre temps, des recommandations ont été faites à l'association, qui ne les a pas mis en oeuvre pour deux raisons, avancées à la mission :

- Des consignes contradictoires de la part des pouvoirs publics, le ministère de la Santé (DSS) ayant demandé (oralement) jusqu'en 2022 de ne pas mettre en oeuvre les règles de la commande publique ;

- La difficulté – voire l'impossibilité – de lancer un marché public pour des prestations de service qui sont constitutives du modèle Asalée (ISAS et Informed 79 Services SAS 79 accompagnent l'association et mettent en oeuvre le dispositif depuis sa création ; ils ont même joué un rôle central dans sa conception, au même titre que les professionnels de santé). »

La Direction de la sécurité sociale maintient qu'en l'absence d'écrit attestant de sa demande de ne pas appliquer les règles de la commande publique, une telle affirmation de l'association ne saurait perdurer. En tout état de cause, à l'issue de l'expertise juridique du Conseil d'Etat qui a éclairci les divergences d'interprétation concernant l'application des règles de la commande publique, la Direction de la sécurité sociale a demandé à l'association de manière constante le respect desdites règles et sa mise en conformité.

Réponse de la mission : la mission, dans ce paragraphe, ne fait que présenter les arguments avancés par Asalée. **Rédaction maintenue.**

OBSERVATIONS DE LA DGS : PAS DE REPONSE RECUE

OBSERVATIONS DE LA DGOS : PAS DE REPONSE RECUE