



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Projet annuel de performances

Budget général

**PROGRAMME 183**  
Protection maladie



**2024**

## PROGRAMME 183

# **Protection maladie**

---

MINISTRE CONCERNÉ : AURÉLIEN ROUSSEAU, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

**Protection maladie**

Programme 183	n°	Présentation stratégique
------------------	----	--------------------------

## Présentation stratégique du projet annuel de performances

Franck von Lennep

*Directeur de la sécurité sociale*

Responsable du programme n° 183 : Protection maladie

Les deux actions qui composent le programme « Protection maladie » visent à assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en faveur de l'accès aux soins des publics les plus défavorisés et de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Qu'il s'agisse de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière ou de procéder à la juste indemnisation des victimes de l'amiante, les dispositifs existants jouent un rôle central dans la santé des personnes les plus fragiles.

L'aide médicale de l'État (AME) « de droit commun » assure la prise en charge des frais de santé des personnes étrangères démunies ne pouvant accéder à la protection universelle maladie, car ne remplissant pas les conditions de régularité du séjour. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité, avec un triple objectif humanitaire, sanitaire et de maîtrise des dépenses publiques. Elle protège ainsi les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs malgré leur situation de grande précarité. Elle joue en outre un rôle important en matière de santé publique, en évitant la propagation des affections contagieuses non soignées. Enfin, elle favorise la prise en charge en amont du développement ou de l'aggravation des pathologies, qui seraient plus coûteuses pour la collectivité si elles étaient soignées plus tard et notamment en établissement hospitalier.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante garantit l'équité de traitement entre les victimes des conséquences de l'exposition à ce matériau. Elles peuvent ainsi obtenir réparation de leurs préjudices dans un délai rapide et selon une procédure simplifiée.

Cette politique est menée en étroite collaboration avec les différents partenaires chargés des deux dispositifs rattachés au programme « Protection maladie ». La gestion de l'AME est déléguée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). L'indemnisation des victimes de l'amiante est assurée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Pour mesurer les efforts accomplis, les indicateurs de performance sont axés autour de deux objectifs : assurer la délivrance de l'AME dans des conditions appropriées de délais et de contrôles et réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA.

### RÉCAPITULATION DES OBJECTIFS ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

---

#### **OBJECTIF 1 : Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles**

INDICATEUR 1.1 : Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

INDICATEUR 1.2 : Pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'Etat contrôlés

#### **OBJECTIF 2 : Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA**

INDICATEUR 2.1 : Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois

INDICATEUR 2.2 : Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois



**Protection maladie**

Programme	n°	Objectifs et indicateurs de performance
183		

## Objectifs et indicateurs de performance

### OBJECTIF

1 - Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'Etat dans des conditions appropriées de délais et de contrôles

Cet objectif vise à garantir l'accès aux soins des personnes éligibles à l'AME dans des délais raisonnables afin d'éviter une éventuelle dégradation de leur état de santé ou des refus de soins. Il vise également à assurer une bonne gestion du dispositif en promouvant la mise en place de contrôles approfondis pour éviter les fraudes.

### INDICATEUR

1.1 - Délai moyen d'instruction des demandes d'AME

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	33	28	24	24	24	24

#### Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Mode de calcul : Moyenne des délais enregistrés dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) instruisant les demandes d'AME, pondérée par le volume d'attestations de droits délivrées. Le délai moyen d'instruction des dossiers correspond à celui qui s'écoule entre la date de réception du dossier complet par la CPAM ou la CGSS et la date de notification par courrier de la décision d'attribution ou de refus.

#### JUSTIFICATION DES CIBLES

Le délai moyen d'instruction des demandes d'AME a diminué, passant de 33 jours en 2021 à 28 jours en 2022. Cette trajectoire baissière devrait se poursuivre pour 2023 pour se stabiliser les années suivantes.

Ce résultat tient au renforcement des équipes dédiées à l'instruction des demandes d'AME qui a été opéré au regard du volume de dossiers à traiter et du temps nécessaire pour les instruire, compte tenu notamment des nouveaux contrôles induits par les mesures de lutte contre les détournements, entrées en vigueur en 2020. Ainsi, un quatrième pôle d'instruction des demandes d'AME a été mis en place au sein de la caisse primaire d'assurance maladie de Poitiers, afin de mobiliser des ressources supplémentaires pour le traitement des dossiers et contribuer au développement d'une meilleure expertise et à l'augmentation de la capacité de travail sur les dossiers d'AME.

S'agissant de l'instruction des demandes en outre-mer, pour la CGSS de Guyane, dont le territoire concentre 90 % des bénéficiaires de l'AME en outre-mer, le délai de traitement des dossiers s'établit à 51 jours au deuxième trimestre 2023 alors qu'il était de 46 jours au quatrième trimestre 2022. Le délai moyen d'instruction des demandes reste important notamment pour des raisons propres à la région. En effet, l'efficacité de traitement des dossiers est grevée par les délais d'acheminement des demandes à la CGSS notamment depuis les communes les plus isolées (mouvement de grève du prestataire par voie aérienne, priorisation par la compagnie aérienne du fret pour denrées alimentaires ou médicaments).

Différentes améliorations de l'outil de gestion des demandes d'AME, planifiées en octobre 2022, ont conduit à des allègements de gestion favorisant l'accélération des délais de traitement. L'impact devrait être observé

## Protection maladie

Programme 183	n°	Objectifs et indicateurs de performance
------------------	----	---

dès 2023. De surcroît, la mise en œuvre, durant l'été 2023, d'automates allégeant les tâches de saisie des agents instructeurs contribuera positivement à la réduction des délais d'instruction.

Néanmoins, du fait de l'augmentation de l'activité des CPAM en 2023 (volume des accords et refus en progression de 12 % au T1 2023 par rapport au T1 2022), le délai moyen en 2023 devrait être plus proche de 26 jours que des 24 jours initialement ciblés. Les cibles pour 2024 et 2025, initialement fixées à 20 jours dans le projet annuel de performance 2023, sont rehaussées à 24 jours. La cible à 24 jours rejoint ainsi la cible atteinte en 2019, avant la crise sanitaire, alors que le nombre global des demandes d'AME a augmenté sur la période [1].

[1] En 2019, la CNAM a traité 359 410 demandes d'AME et en 2022, 490 875, soit une augmentation de 36,6 % des demandes sur la période.

## INDICATEUR

## 1.2 - Pourcentage des dossiers d'aide médicale de l'Etat contrôlés

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	16,3	15,3	14	14	14	14

## Précisions méthodologiques

Source des données : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Mode de calcul : L'indicateur mesure le pourcentage de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés ayant fait l'objet d'un contrôle aléatoire approfondi par l'agent comptable (justification de l'identité, des ressources déclarées, de la stabilité et de la régularité de la résidence), rapporté au nombre total de dossiers de demande d'AME attribués et renouvelés. Les taux de contrôle par l'agent comptable indiqués par les CPAM et CGSS sont agrégés par la CNAM pour obtenir le taux moyen national.

## JUSTIFICATION DES CIBLES

Le dispositif de l'aide médicale de l'État (AME) est attribué sous condition de ressources et de résidence stable et irrégulière depuis plus de trois mois en France. Son attribution fait l'objet de contrôles renforcés, notamment lors de l'instruction des demandes.

Ainsi, les services de l'agent comptable de la CNAM effectuent des contrôles sur un échantillon représentatif des dossiers de demandes d'AME, selon un plan de contrôle visant à vérifier tant la procédure d'instruction que le contenu du dossier (justification de l'identité, de la résidence et des ressources). Cet indicateur mesure la part de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable.

Centralisés au sein des caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny, Marseille et Poitiers, les contrôles sont systématiquement menés *a priori* afin de limiter le risque d'indus. En 2022, la cible de 13 % de taux de dossiers contrôlés a été dépassée puisque ce taux s'est finalement établi à 15,3 %. Ce dernier est plus faible que celui de l'année précédente du fait d'une erreur de paramétrage ayant conduit à surestimer le nombre de dossiers contrôlés en 2021 ; la correction de cette erreur a conduit à revoir la cible à la baisse pour les années suivantes.

En 2022, 43 889 dossiers ont fait l'objet d'un contrôle *a priori* et, parmi eux, 1 172 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,7 % des dossiers contrôlés.

Pour l'année 2023, il a été demandé aux services de l'agent comptable de contrôler 14 % des dossiers. La cible pour 2024 et jusqu'en 2026 demeure fixée à 14 %, sachant que l'augmentation du volume des dossiers traités, comme cela est constaté ces dernières années, conduit en pratique à une augmentation du nombre de dossiers contrôlés.

**OBJECTIF****2 - Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA**

Cet objectif vise à assurer et garantir le traitement des demandes d'indemnisation des victimes de l'amiante dans le respect du délai légal de présentation des offres d'indemnisation (6 mois) et du délai réglementaire de paiement des offres acceptées (2 mois). Les indicateurs se concentrent sur les victimes de pathologies graves (cancers broncho-pulmonaires, mésothéliomes et pathologies conduisant fréquemment au décès), prioritaires dans le cadre de la politique d'indemnisation du Fonds, alors que la structure de la demande fait apparaître une proportion de plus en plus importante de pathologies graves par rapport aux pathologies bénignes.

**INDICATEUR****2.1 - Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de six mois**

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	75	71	80	88	88	88

**Précisions méthodologiques**

Source des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais moyens des offres d'indemnisation en mois.

Les offres « présentées » correspondent aux demandes transmises au FIVA, traitées par le juriste responsable du dossier, validées en pré-visa par l'agence comptable et envoyées à la victime.

**JUSTIFICATION DES CIBLES**

La crise sanitaire liée au Covid-19 avait fortement impacté l'activité du Fonds sur les exercices récents avec un recul de cet indicateur au cours de la période 2020-2022 (71 % en 2022 contre 77 % en 2019).

Au-delà de ce constat brut, il faut souligner que cet indicateur était jusqu'à récemment dépendant des délais inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, si la reconnaissance en maladie professionnelle est en cours et que la victime est atteinte d'une maladie reconnue par arrêté comme spécifique d'une exposition à l'amiante (plaques pleurales ou mésothéliome), le FIVA peut, dans l'attente de la réponse des OSS, faire une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux autres que l'incapacité fonctionnelle. L'incapacité fonctionnelle est dans ce cas indemnisée dans un second temps, par une offre complémentaire, après réception de la notification de rente de l'OSS. De plus, si la reconnaissance en maladie professionnelle est en cours et que la maladie de la victime n'est pas spécifique d'une exposition à l'amiante (par exemple un cancer broncho-pulmonaire), le FIVA n'a pas la possibilité de faire d'offre partielle et il est contraint de relancer les OSS jusqu'à obtention des pièces.

Les victimes exposées dans un cadre professionnel représentant chaque année plus des deux tiers des demandeurs s'adressant au FIVA, ces délais exogènes expliquent les résultats passés, structurellement inférieurs à la cible.



**Protection maladie**

Programme 183	n°	Objectifs et indicateurs de performance
------------------	----	---

Le revirement de la Cour de Cassation en janvier 2023, qui assimile désormais la rente versée par la sécurité sociale à un préjudice exclusivement patrimonial (et non plus de nature mixte, à la fois patrimonial et extrapatrimonial en réparation du déficit fonctionnel permanent) ne permet plus désormais au FIVA de déduire la rente qu'il verse de celle attribuée par la sécurité sociale. Si pour les nouveaux dossiers, cette nouvelle règle tendra, à moyen terme, à supprimer le délai exogène lié à l'attente de la décision de la sécurité sociale, elle a sur le stock de demandes, parfois anciennes, un effet contraire. En effet, à court terme, le FIVA est susceptible de débloquer un nombre important de demandes qui étaient restées en attente de réponse des caisses de sécurité sociale et faire des offres complémentaires qui, s'agissant de demandes anciennes, devrait entraîner une dégradation de cet indicateur en 2023.

Ces différents éléments permettent d'expliquer le recul du pourcentage de décisions faites dans les six mois pour les victimes atteintes de maladies grave (62 % au cours des 8 premiers mois de 2022). Néanmoins, si la mesure est réalisée hors délais exogènes, c'est-à-dire en neutralisant les délais sur lesquels le FIVA n'a aucune action possible, l'indicateur atteint 87 % et représente de façon plus exacte la performance réelle du FIVA (contre 71 % en tenant compte du délai lié à l'attente de la décision de la sécurité sociale).

**INDICATEUR****2.2 – Pourcentage des offres payées dans le délai réglementaire de deux mois**

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2021	2022	2023 (Cible PAP 2023)	2024 (Cible)	2025 (Cible)	2026 (Cible)
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	96	92	95	97	97	97

**Précisions méthodologiques**

Sources des données : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Mode de calcul : suivi mensuel de l'évolution des délais de paiement en mois.

Les offres « payées » correspondent aux offres acceptées par le demandeur, validées par l'agence comptable et versées à la victime.

**JUSTIFICATION DES CIBLES**

La crise sanitaire avait eu un impact limité sur cet indicateur compte tenu de l'organisation mise en place au sein du FIVA et des évolutions techniques du logiciel métier réalisées (92 % en 2022 contre 96 % en 2019). A l'issue du premier semestre 2023, il est calculé à 93 %, en légère hausse et proche de l'objectif de 95 % fixé pour 2023.

La cible, légèrement relevée à 97 % à partir de 2024, est maintenue à ce niveau ensuite. Il semble difficile d'aller au-delà compte tenu de l'aléa résultant de l'absence ou du défaut de qualité des pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable nécessitant des relances pouvant entraîner le non-respect du délai réglementaire.

# Présentation des crédits et des dépenses fiscales

## PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR ACTION ET TITRE POUR 2023 ET 2024

### AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Action / Sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention		FdC et AdP attendus
	LFI 2023	PLF 2024	
02 – Aide médicale de l'Etat	1 212 300 000	1 208 300 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	0
<b>Totaux</b>	<b>1 220 300 000</b>	<b>1 216 300 000</b>	<b>0</b>

### CRÉDITS DE PAIEMENTS

Action / Sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention		FdC et AdP attendus
	LFI 2023	PLF 2024	
02 – Aide médicale de l'Etat	1 212 300 000	1 208 300 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	0
<b>Totaux</b>	<b>1 220 300 000</b>	<b>1 216 300 000</b>	<b>0</b>

## Protection maladie

Programme n° Présentation des crédits et des dépenses fiscales  
183

## PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE POUR 2023, 2024, 2025 ET 2026

Titre	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2023 PLF 2024 Prévision indicative 2025 Prévision indicative 2026				
6 - Dépenses d'intervention	1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000		1 220 300 000 1 216 300 000 1 240 000 000 1 274 600 000	
<b>Totaux</b>	<b>1 220 300 000</b> <b>1 216 300 000</b> <b>1 240 000 000</b> <b>1 274 600 000</b>		<b>1 220 300 000</b> <b>1 216 300 000</b> <b>1 240 000 000</b> <b>1 274 600 000</b>	

## PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE POUR 2023 ET 2024

Titre / Catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Ouvertures	FdC et AdP attendus	Ouvertures	FdC et AdP attendus
LFI 2023 PLF 2024				
6 – Dépenses d'intervention	1 220 300 000 1 216 300 000		1 220 300 000 1 216 300 000	
61 – Transferts aux ménages	1 220 300 000 1 216 300 000		1 220 300 000 1 216 300 000	
<b>Totaux</b>	<b>1 220 300 000</b> <b>1 216 300 000</b>		<b>1 220 300 000</b> <b>1 216 300 000</b>	

## ÉVALUATION DES DÉPENSES FISCALES

**Avertissement**

Le niveau de fiabilité des chiffrages de dépenses fiscales dépend de la disponibilité des données nécessaires à la reconstitution de l'impôt qui serait dû en l'absence des dépenses fiscales considérées. Par ailleurs, les chiffrages des dépenses fiscales ne peuvent intégrer ni les modifications des comportements fiscaux des contribuables qu'elles induisent, ni les interactions entre dépenses fiscales.

Les chiffrages présentés pour 2024 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2024. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2024 est, pour sa part, présenté dans les tomes I et II de l'annexe « Évaluation des Voies et Moyens ».

Les dépenses fiscales ont été associées à ce programme conformément aux finalités poursuivies par ce dernier.

« ε » : coût inférieur à 0,5 million d'euros ; « - » : dépense fiscale supprimée ou non encore créée ; « nc » : non chiffrable.

Le « Coût total des dépenses fiscales » constitue une somme de dépenses fiscales dont les niveaux de fiabilité peuvent ne pas être identiques (cf. caractéristique « Fiabilité » indiquée pour chaque dépense fiscale). Il ne prend pas en compte les dispositifs inférieurs à 0,5 million d'euros (« ε »). Par ailleurs, afin d'assurer une comparabilité d'une année sur l'autre, lorsqu'une dépense fiscale est non chiffrable (« nc ») en 2024, le montant pris en compte dans le total 2024 correspond au dernier chiffrage connu (montant 2023 ou 2022); si aucun montant n'est connu, la valeur nulle est retenue dans le total. La portée du total s'avère toutefois limitée en raison des interactions éventuelles entre dépenses fiscales. Il n'est donc indiqué qu'à titre d'ordre de grandeur et ne saurait être considéré comme une véritable sommation des dépenses fiscales du programme.

**DÉPENSES FISCALES PRINCIPALES SUR IMPÔTS D'ÉTAT (3)**

(en millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière principale		Chiffrage 2022	Chiffrage 2023	Chiffrage 2024
120117	<b>Exonération totale pour les prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à hauteur de 50 % pour les indemnités temporaires</b> Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2022 : (nombre non déterminé) Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 1927 - Dernière modification : 2009 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-8°</i>	471	487	487
120133	<b>Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante</b> Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2022 : 18164 Ménages - Méthode de chiffrage : Reconstitution de base taxable à partir de données autres que fiscales - Fiabilité : Ordre de grandeur - Création : 2004 - Dernière modification : 2004 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 81-33° bis</i>	6	6	6
520401	<b>Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie</b> Mutations à titre gratuit <i>Bénéficiaires 2022 : (nombre non déterminé) Ménages - Création : 1992 - Dernière modification : 2006 - Dernière incidence budgétaire : dépense fiscale non bornée - Fin du fait générateur : dépense fiscale non bornée - code général des impôts : 775 bis</i>	nc	nc	nc
<b>Total</b>		<b>477</b>	<b>493</b>	<b>493</b>

**Protection maladie**Programme n° Justification au premier euro  
183

## Justification au premier euro

### Éléments transversaux au programme

#### ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total	Titre 2 Dépenses de personnel	Autres titres	Total
02 – Aide médicale de l'Etat	0	1 208 300 000	1 208 300 000	0	1 208 300 000	1 208 300 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	0	8 000 000	8 000 000	0	8 000 000	8 000 000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1 216 300 000</b>	<b>1 216 300 000</b>	<b>0</b>	<b>1 216 300 000</b>	<b>1 216 300 000</b>

## Dépenses pluriannuelles

### ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

#### ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2023

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 (RAP 2022)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2022 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2022	AE (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFR + Décret d'avance) 2023 + Reports 2022 vers 2023 + Prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023
59	0	1 220 300 000	1 220 300 000	0

#### ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2024	CP 2025	CP 2026	CP au-delà de 2026
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023	CP demandés sur AE antérieures à 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP 2026 sur AE antérieures à 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE antérieures à 2024
0	0 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2024 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2024 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2025 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP 2026 sur AE nouvelles en 2024	Estimation des CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024
1 216 300 000 0	1 216 300 000 0	0	0	0
<b>Totaux</b>	<b>1 216 300 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2024

CP 2024 demandés sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2025 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024	CP au-delà de 2026 sur AE nouvelles en 2024 / AE 2024
100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

**Protection maladie**

Programme 183	n°	Justification au premier euro
------------------	----	-------------------------------

**Justification par action****ACTION (99,3 %)****02 - Aide médicale de l'Etat**

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	1 208 300 000	<b>1 208 300 000</b>	0
Crédits de paiement	0	1 208 300 000	<b>1 208 300 000</b>	0

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

- En premier lieu, l'**aide médicale de l'État (AME) de droit commun**, prévue aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). L'AME de droit commun a été instaurée le 1<sup>er</sup> janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères démunies, vivant en France en situation irrégulière vis-à-vis du droit au séjour, et ne pouvant donc être prises en charge par la protection universelle maladie. Elle participe pleinement des politiques de santé et de solidarité avec un triple objectif : humanitaire, sanitaire et économique. Tout d'abord, elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. Ensuite, elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant la propagation des affections contagieuses non soignées. Enfin, elle permet de faciliter la prise en charge des soins en amont, évitant ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2022, ce dispositif représenterait 92 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par le régime général de l'assurance maladie ;
- En second lieu, la prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé (art. L. 254-1 du CASF). Ils sont dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, faute notamment de remplir la condition de séjour irrégulier de 3 mois en France, et aux demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la protection universelle maladie. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État ;
- En troisième lieu, d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
  - L'AME dite « humanitaire » (4<sup>e</sup>alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) recouvre les prises en charge ponctuelles de soins hospitaliers en France de personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas sur le territoire, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale. Cette AME « humanitaire » n'a pas le caractère d'un droit pour lesdites personnes. Elle permet à des Français ou ressortissants étrangers présents sur le territoire, possédant de faibles revenus, de régler une dette hospitalière. Ce dispositif représente chaque année moins d'une centaine de prises en charge ;
  - L'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 251-1 du CASF) : l'aide ne finance que la prise en charge des médicaments (dans le cas où la personne gardée à vue n'a pas à sa disposition l'argent nécessaire à leur achat) et les actes infirmiers prescrits (décret n° 2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la pris en charge par l'AME des frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue). Les honoraires de médecins appelés dans le cadre des gardes à vue sont financés quant à eux par le budget du ministère de la justice au titre de la médecine légale. Est également financée l'aide médicale fournie aux personnes placées en rétention administrative, pour les soins prodigués à l'extérieur des lieux de rétention (les autres soins donnant lieu à des conventions entre les préfetures et les établissements de santé).

Pour mémoire, le financement de la prise en charge des évacuations sanitaires du Vanuatu est pris en charge depuis 2022 par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

## Acteurs du dispositif

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la direction de la sécurité sociale (DSS) est le seul gestionnaire administratif des dispositifs de l'action « Aide médicale de l'État ». Elle en assure le pilotage stratégique, sa mise en œuvre législative et réglementaire ainsi que son suivi financier et budgétaire.

La gestion et la mise en œuvre des dispositifs de l'AME de droit commun et des soins urgents impliquent :

- La caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) : elle coordonne la mise en œuvre du dispositif pour le compte de l'État et établit les statistiques nationales ;
- Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) : elles sont chargées de l'admission des bénéficiaires via l'instruction des demandes, de la remise des titres AME, de la prise en charge des prestations et de la mise en œuvre des contrôles ;
- L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : elle est chargée de la valorisation des séjours et séances dispensés dans les établissements publics hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique et établit les statistiques nationales afférentes ;
- Les établissements et professionnels de santé, les officines, les laboratoires, les transports sanitaires... : ils dispensent les soins aux bénéficiaires des dispositifs et facturent les frais aux caisses d'assurance maladie ;
- Les services sanitaires et sociaux départementaux, les centres communaux d'action sociale, les associations : ils peuvent accompagner les demandeurs dans la constitution de leur dossier et le transmettre aux caisses d'assurance maladie pour le renouvellement des demandes d'AME.

Concernant les autres dispositifs :

- La DSS est chargée de l'instruction des demandes d'AME « humanitaire ». Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2024, elle délègue les crédits aux directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS).
- Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2024, les DDETS transmettent les demandes et financent les professionnels de santé et les établissements de santé ; elles reçoivent et payent les factures transmises par les lieux de rétention et commissariats ou gendarmeries.
- A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, les crédits relevant des autres dispositifs d'AME (dont les crédits dédiés à l'AME « humanitaire ») devraient être directement reversés par l'État à l'assurance maladie, sur le même modèle que l'AME de droit commun et les soins urgents.
- Les autres acteurs sont les établissements et les professionnels de santé.

## Bénéficiaires et dépenses de l'AME de droit commun

Les bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élèvent à 411 364 au 31 décembre 2022, dont 46 193 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est jeune : 70 % ont moins de 40 ans et 25 % sont des mineurs. Les femmes représentent 44 % de l'effectif total. Parmi ces bénéficiaires, seuls 294 073 d'entre eux, soit 71 % ont reçu au moins un remboursement pour un soin au cours du dernier trimestre 2022.

La consommation de soins des bénéficiaires de l'AME a été affectée par la crise sanitaire : le nombre de consommateurs a diminué de 16 % au deuxième trimestre 2020 par rapport à la même période en 2019. La dépense trimestrielle moyenne par bénéficiaire a diminué de 15 % en 2020 en raison de la hausse des effectifs de bénéficiaires (+12 % en 2020) et de la baisse des dépenses (-5,5 % en 2020). Cependant, il n'est pas possible d'attribuer ces évolutions à la crise sanitaire seule car de nombreuses mesures ont également affecté les dépenses d'AME en 2020 (maintien de droit, modification des conditions d'accès des étrangers à la protection universelle maladie, renforcement des contrôles etc.). En 2021, les bénéficiaires de l'AME ont retrouvé progressivement un rythme de consommation comparable avec celui antérieur à la crise sanitaire : le taux de consommant (c'est-à-dire le nombre de bénéficiaire ayant bénéficié d'au moins un remboursement au cours d'un trimestre donné) est passé de 65 % au dernier trimestre 2020 à 72 % au dernier trimestre 2021 (pour rappel, le taux de consommant entre 2014-2019 s'établissait à 74 %). Cela a entraîné une hausse des dépenses de 9,8 % pour l'AME de droit commun en 2021 (taux de croissance annuel moyen de 1,9 % entre 2019 et 2021). En 2022, le nombre de consommant a continué de progresser : il a augmenté de +8 % au dernier trimestre 2022 par rapport à la même période en 2021 tandis que le taux de consommant s'élevait à



**Protection maladie**

Programme	n°	Justification au premier euro
183		

71 %, soit un niveau proche de celui de 2021. Cette croissance modérée explique que l'évolution des dépenses pour l'AME de droit commun ait été moins dynamique (+6,3 % en 2022).

L'AME permet la prise en charge en tiers payant des frais de santé de ces personnes vulnérables, en vertu du devoir de solidarité nationale de l'État envers les personnes les plus précaires et dans l'intérêt de la santé publique en évitant la propagation des pathologies. Sont ainsi soignées à l'hôpital des pathologies relevant de l'hépatogastro-entérologie, pneumologie, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, neurologie médicale ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2022, l'obstétrique représentait 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux séances (venue dans un établissement de santé au cours d'une journée, impliquant une fréquence itérative), 54 % concernent la dialyse, 29 % la chimiothérapie et 14 % la radiothérapie.

En offrant également à ses bénéficiaires un accès aux soins de ville, l'AME permet la prise en charge en amont des pathologies, et évite ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. Les prestations de ville constituent ainsi 36 % des dépenses en 2022, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 41 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 36 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS en 2022, dix seulement concentrent 64 % de la dépense : la CPAM de Paris concentre 21 % de la dépense d'AME totale (France entière), celle de Bobigny 10 % et celle de Cayenne 8 %.

**Évolution du nombre d'usagers concernés par l'AME (pour la France entière)**

	Nombre de bénéficiaires de l'AME
Au 31/12/2003	180 415
Au 31/12/2004	154 971
Au 31/12/2005	189 284
Au 31/12/2006	202 396
Au 31/12/2007	194 615
Au 31/12/2008	202 503
Au 31/12/2009	215 763
Au 31/12/2010	228 036
Au 31/12/2011	208 974
Au 31/12/2012	252 437
Au 31/12/2013	282 425
Au 31/12/2014	294 298
Au 31/12/2015	316 314
Au 31/12/2016	311 310
Au 31/12/2017	315 835
Au 31/12/2018	318 106
Au 31/12/2019	334 546
Au 31/12/2020	382 899
Au 31/12/2021	380 762
Au 31/12 /2022	411 364

**Prises en charge au titre des « soins urgents »**

En poursuivant les mêmes objectifs de solidarité nationale et de santé publique que l'AME, le dispositif des « soins urgents » permet la prise en charge ponctuelle des frais hospitaliers de personnes en situation irrégulière, qui ne peuvent bénéficier de l'AME notamment parce qu'elles n'en remplissent pas la condition de séjour irrégulier de trois mois, et des demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la protection universelle maladie.

Ces dépenses n'étant pas rattachées à des individus puisque ceux-ci, par définition, ne sont pas affiliés à un dispositif de prise en charge des frais de santé, il n'est pas possible de dénombrer précisément le nombre de personnes bénéficiant de ces soins. Toutefois, cette donnée peut être approchée par le biais du nombre d'hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique : 14 216 séjours et 9 220 séances étaient prises en charge en 2022. Également, 60 % des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans (contre un tiers pour la population générale). Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 18 % hépato-gastro-entérologie et 13 % en pneumologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 33,9 % des séjours et 75,8 % du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2022).

### Actions conduites pour améliorer le pilotage et la mise en œuvre des dispositifs AME et soins urgents

**Le principal déterminant des dépenses d'AME et de « soins urgents » est le nombre de bénéficiaires**, qui est notamment lié à l'évolution des flux migratoires, paramètre par nature difficilement maîtrisable par le responsable du programme. Ces dépenses varient également en fonction de la nature des soins consommés et les tarifs qui y sont associés.

**Des réformes visant à une plus grande efficacité et une plus grande maîtrise des dépenses ont néanmoins été menées** (cf. tableau ci-après), notamment sur la base des conclusions des missions d'audit menées par les services de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) en 2007, 2010 et 2019. La principale mesure d'économie a été l'alignement de la tarification des séjours hospitaliers pour les soins somatiques des patients AME et « soins urgents » sur celle des assurés sociaux, permettant de réaliser entre 82 et 191 millions d'euros d'économies par an sur le champ de l'AME.

Entrée en vigueur	Mesure	Rendement annuel
2012 (nouvelle tarification et compensation)	<b>Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) :</b> Alors que les séjours des patients AME étaient facturés en fonction du tarif journalier de prestation (TJP) propre à chaque hôpital, généralement plus élevé que les tarifs issus de la tarification à l'activité, la tarification des séjours « AME » est désormais alignée sur celle de droit commun, fondée à 80 % sur la base des tarifs nationaux et à 20 % sur la base TJP.	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à :  -2012 : 82 M€ en année pleine -2013 : 92 M€
2014 (coefficient ramené à 15 %)	Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32 % appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15 % au 1 <sup>er</sup> janvier 2014 puis annulé au 1 <sup>er</sup> janvier 2015.	-2014 : 123 M€ -2015 : 165 M€
2015 (coefficient annulé)	Une part des crédits issus de la mission d'intérêt général « Précarité » a également été allouée aux établissements de santé prenant en charge de nombreux patients AME.	-2016 : 178 M€ -2017 : 187 M€ -2018 : 191 M€
2015	<b>Médicaments</b> : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge	Économie de 4,2 M€ en 2015 et 5 M€ les exercices suivants
2015	<b>Délais de facturation</b> : les délais de facturation des séjours des patients AME sont désormais alignés sur ceux de droit commun, soit un passage de 2 ans à 1 an. Cette réforme permet de renforcer le pilotage des dépenses d'AME puisque l'exercice auquel elles se rapportent est ainsi clairement identifié	Rendement de près d'1 M€ à échéance 2016

**En 2019 et 2020, parallèlement aux actions menées en matière de lutte contre l'immigration irrégulière, le Gouvernement a mis en place des mesures pour accentuer les efforts sur la gestion des dispositifs, la régulation de leurs dépenses et renforcer les contrôles dans le cadre de programmes d'actions ambitieux.**

**Ainsi les projets de centralisation permettent de renforcer l'efficacité des dispositifs en dégageant des gains financiers résultant d'une gestion plus efficace.** La centralisation de l'instruction

**Protection maladie**

Programme	n°	Justification au premier euro
183		

des dossiers de demandes d'AME en métropole a été mise en œuvre progressivement au cours du dernier trimestre de l'année 2019, au sein des trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille, puis finalisée au début de l'année 2021 avec la mobilisation de la caisse de Poitiers. Par ailleurs, la fabrication des cartes AME a été centralisée au niveau du pôle de Cergy.

Le traitement des factures de « soins urgents » a également fait l'objet d'une centralisation progressive depuis le 11 juin 2018. La caisse de Paris gère ainsi les factures des 8 caisses d'Île-de-France, tandis que la caisse de Calais a pris en charge le traitement des factures des autres caisses de métropole et depuis 2021, des caisses des DOM.

**Un renforcement significatif du plan de contrôle des dispositifs d'AME et de soins urgents est également mis en œuvre**

Les dispositifs de l'AME et des « soins urgents » font déjà l'objet de contrôles renforcés par les agents en charge de l'instruction des demandes ou au guichet pour la remise de la carte AME. Les bénéficiaires de l'AME sont également soumis à des contrôles *a priori* lors de l'attribution du droit et à des contrôles *a posteriori* afin de détecter d'éventuelles fraudes.

**1. Le renforcement des contrôles à l'attribution du droit**

**Les contrôles à l'octroi du droit, effectués par les services de l'agent comptable sont renforcés dans le cadre des projets de centralisation mis en œuvre dès 2018 pour les soins urgents et à la fin de l'année 2019 pour l'AME.** Ainsi, le taux de dossiers d'AME contrôlés par les services de l'agent comptable, qui était initialement fixé à 10 %, a pu augmenter progressivement, atteignant une cible de 14,4 % en 2022. Ces contrôles sont en outre mis en œuvre systématiquement *a priori*, afin de réduire les montants des indus.

Les services de l'agent comptable contrôlent également les dépenses de « soins urgents ». La prise en charge de ces dépenses étant soumise à une demande préalable d'AME (qui doit être refusée par la caisse pour que l'hôpital puisse facturer les frais au titre du dispositif « soins urgents »), celles-ci font l'objet d'un double niveau de contrôle :

- au stade de l'instruction de la demande préalable d'AME (cf. supra) ;
- au stade de la liquidation de la facture de « soins urgents », lors de laquelle les services de l'agent comptable effectuent également un contrôle aléatoire et approfondi des dossiers, qui doivent comprendre la facture de l'établissement de santé ainsi que le refus de la demande d'AME par la caisse.

Ces contrôles sont également renforcés dans le cadre du projet de centralisation du traitement des factures de « soins urgents ». Les supervisions *a priori* de l'ordonnateur et les contrôles du directeur comptable et financier (à la fois *ex-ante* et *ex-post*) portent sur la vérification « administrative » de la conformité des paiements, tant sur l'absence de droits autres de la personne, la présence des pièces au dossier, l'absence de paiements multiples, que sur la vérification de l'annulation de la facture de l'hôpital pour les prises en charge aux soins urgents refusées. 10 % des dossiers sont ainsi contrôlés, aléatoirement ou après ciblage parmi les montants les plus importants.

**2. Des contrôles mieux ciblés *a posteriori*, afin de lutter contre la fraude**

**Les bénéficiaires de l'AME sont intégrés dans les programmes nationaux de contrôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam),** dans le cadre de la lutte contre la fraude.

**La Cnam met ainsi en œuvre des contrôles ciblés sur les consommations de soins présentant des montants élevés, des anomalies ou atypiques,** afin de détecter des recours aux soins abusifs ou des utilisations frauduleuses de la carte Vitale ou AME. Des contrôles sont effectués en parallèle auprès des professionnels de santé pour déceler les fraudes lors des prescriptions ou facturations. Ces contrôles

concernent l'ensemble des assurés dont les bénéficiaires de l'AME. À ce jour, il en découle des résultats globaux sans identification de la catégorie de droit des personnes contrôlées.

**Un programme national de contrôle renoué est mis en œuvre depuis juin 2019** afin de vérifier la stabilité de la résidence des assurés et bénéficiaires de l'AME, sur la base de requêtes dans les bases de données détectant les multi-hébergeurs, d'échanges avec les consulats, de l'exploitation des signalements d'organismes externes (CAF, Pôle Emploi, DGFIP, consulats) et internes (via le Centre national des soins à l'étranger), afin de vérifier que les bénéficiaires résident irrégulièrement en France depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits, puis au moins six mois pendant l'année de versement des prestations.

Dans ce contexte, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 0,5 M€ en 2022, à 0,9 M€ en 2021 et 0,5 M€ en 2020.

### **3. Un renforcement de la lutte contre les abus et les détournements, pour mieux garantir l'accès aux droits pour ceux qui en ont besoin**

Le comité interministériel à l'immigration et à l'intégration du 6 novembre 2019 a annoncé plusieurs mesures visant à lutter contre les détournements de ce droit, mais sans remettre en cause l'accès à ces soins essentiels.

#### **Les contrôles à l'attribution du droit AME sont ainsi renforcés :**

- Le caractère irrégulier du séjour est désormais vérifié à l'aide de la base VISABIO à laquelle les caisses d'assurance maladie ont désormais accès. Cette base permet aux caisses de s'assurer que des étrangers, en situation régulière et devant être couverts par leur État d'origine ou une assurance privée, ne puissent pas bénéficier de l'AME ou des soins urgents ;
- Les primo-demandes doivent être déposées en personne à la CPAM, ou par l'intermédiaire de l'hôpital ou de la permanence d'accès aux soins de santé ;
- Une condition de séjour irrégulier de trois mois est désormais prévue, afin de ne pas permettre l'accès immédiat à l'AME à l'expiration d'un visa court séjour ;
- Les services consulaires auront prochainement accès au portail de gestion des demandes de l'AME afin de mieux détecter les personnes qui auraient également formulé une demande d'AME susceptible de laisser supposer qu'elles ont besoin d'être soignées en France et souhaitent que leurs frais de santé soient alors pris en charge.

**Par ailleurs, le service du contrôle médical de l'assurance maladie peut être sollicité pour accorder la prise en charge de certains soins.** En effet, l'article 264 de la loi de finances pour 2020 prévoit que le bénéfice de certaines prestations, programmées et non urgentes (précisées dans le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020) est soumis, pour les majeurs, à un délai d'ancienneté de bénéfice de l'AME, fixé à neuf mois. Dans les cas où un défaut de prise en charge pourrait entraîner, pour le bénéficiaire, des conséquences vitales ou graves et durables, il pourra néanmoins être dérogé à ce délai d'ancienneté après accord du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Il convient de préciser que **deux mesures décidées dans le cadre du comité interministériel à l'immigration et à l'intégration** du 6 novembre 2019 modifient les conditions d'accès des étrangers à la protection universelle maladie et **peuvent conduire à augmenter le recours à l'AME et aux soins urgents**. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les droits à l'assurance maladie sont maintenus sur une période de six mois après l'expiration des titres de séjour et attestations de demande d'asile des assurés, au lieu de douze mois auparavant. Les personnes qui demeurent sur le territoire au-delà de ces 6 mois deviennent donc potentiellement éligibles à l'AME. En outre, les demandeurs d'asile sont désormais soumis à un délai de carence de trois mois pour l'accès à la prise en charge de leurs frais de santé, à l'instar du délai applicable aux personnes résidant en France depuis moins de trois mois et qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Durant ce délai, les demandeurs d'asile peuvent le cas échéant voir leurs frais de santé pris en charge dans le cadre des soins urgents.

**Protection maladie**

Programme 183	n°	Justification au premier euro
------------------	----	-------------------------------

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

**ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE**

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 208 300 000	1 208 300 000
Transferts aux ménages	1 208 300 000	1 208 300 000
<b>Total</b>	<b>1 208 300 000</b>	<b>1 208 300 000</b>

Les crédits de l'action « Aide médicale de l'État » (AME) recouvrent des dépenses de transferts indirects aux ménages (catégorie 61).

Pour 2024, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 208 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

**1. Aide médicale de l'État de droit commun : 1 137 M€**

Pour 2024, le montant prévisionnel des dépenses d'AME de droit commun, avant économie (20 M€), s'élèverait à 1 157 M€, soit une augmentation de +5,4 % par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

L'année 2024 marquerait un retour vers la tendance de long terme, avec une évolution du nombre de bénéficiaires retrouvant la tendance moyenne observée sur la décennie passée. Ainsi, l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME, pour chacun des postes de dépense, serait de +1,2 % en 2024 par rapport aux hypothèses du nombre de bénéficiaires de la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

Pour 2024, le poste « autres soins de ville » connaîtrait une dépense moyenne stable tandis que le taux de consommant progresserait légèrement, de +1 %. Avec une progression du nombre de bénéficiaires de +1,2 %, la dépense totale du poste « autres soins de ville » augmenterait de +2,2 % par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

Le poste « produits de santé » connaîtrait encore une baisse de la dépense moyenne : -3 %. Le taux de consommateurs retrouverait son niveau de long terme progressivement et progresserait de +0,5 % en 2024, résultant à -1,1 % de taux d'évolution globale du poste « produits de santé » (après prise en compte de l'évolution du nombre de bénéficiaires de +1,2 %) par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024.

Enfin, le poste « prestations hospitalières » se caractériserait par une évolution légèrement moins importante de la dépense moyenne par rapport à 2023, soit +0,3 %, tandis que le taux de consommateurs serait encore dynamique pour retrouver sa tendance d'avant-crise, soit +6,4 % en 2024. Au total, le taux d'évolution global du poste « prestations hospitalières » s'élèverait à +8 % en 2024 par rapport à la prévision 2023 sous-jacente à la LFI 2024, après prise en compte de l'évolution du nombre de bénéficiaires de +1,2 %.

Par ailleurs, le montant des crédits ouverts pour l'AME de droit commun intègre 20 M€ de moindres dépenses en 2024 au titre des diverses mesures mises en place depuis 2020 : condition de séjour irrégulier de trois mois, dépôt physique des demandes d'AME en CPAM, accès à la base de données Visabio par les CPAM et,

prochainement, accès aux services consulaires à la liste des bénéficiaires AME lors de l'instruction des demandes de visa.

Par conséquent, le montant prévisionnel d'AME, après avoir intégré ces économies d'un montant de 20 M€, s'élèverait à 1 137 M€.

## 2. Soins urgents : 70 M€

En raison des nombreuses mesures ayant impacté les soins urgents ces dernières années, l'analyse d'une tendance « toute chose égale par ailleurs » des dépenses est rendue complexe. La dotation versée par le programme 183 reste stable à 70 M€.

## 3. Autres dispositifs AME : 1 M€

Ce poste de dépenses de l'action AME regroupe :

- Les délégations de crédits aux services déconcentrés pour le remboursement direct et ponctuel de prises en charge exceptionnelles, sur décision de la ministre en charge de l'action sociale, de personnes françaises ou étrangères présentes sur le territoire national mais ne résidant pas en France (AME dite « humanitaire ») ;
- L'aide médicale pour les personnes gardées à vue ;
- L'aide médicale pour les personnes placées en centre de rétention administrative.

L'enveloppe des crédits des « Autres AME » est reconduite pour 2024 à hauteur de 1 M€.

## **ACTION (0,7 %)**

### 03 - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

	Titre 2	Hors titre 2	Total	FdC et AdP attendus
Autorisations d'engagement	0	8 000 000	<b>8 000 000</b>	0
Crédits de paiement	0	8 000 000	<b>8 000 000</b>	0

Les personnes affiliées au régime général et aux régimes soumis à l'application du livre IV du code de la sécurité sociale bénéficient d'une couverture contre les accidents du travail et maladies professionnelles, entièrement financée par les contributions des employeurs.

Cette législation ancienne (1898), qui fut la première législation en matière de protection sociale, permet aux victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail d'obtenir une indemnisation forfaitaire de leurs préjudices. Ce compromis historique est la pierre angulaire d'un dispositif d'indemnisation qui se veut essentiellement non contentieux et dérogoratoire au droit commun, posant le principe de l'immunité civile de l'employeur, par un régime de responsabilité sans faute. La réparation dite forfaitaire n'assure donc pas la réparation de tous les préjudices.

Les études scientifiques et notamment le rapport de l'INSERM de 1996 ont mis en évidence la nocivité de l'amiante et l'ampleur de la catastrophe sanitaire liée à son utilisation massive. C'est dans ce contexte que l'utilisation de l'amiante a été interdite à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997 et qu'a été créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), sous la forme d'un établissement public administratif (article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001).

Ce Fonds est chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Aussi il apparaît comme un organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une

**Protection maladie**

Programme 183	n°	Justification au premier euro
------------------	----	-------------------------------

maladie professionnelle, et comme l'unique organisme d'indemnisation pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture contre les risques accidents du travail et maladies professionnelles, notamment les personnes atteintes de pathologies causées par l'amiante du fait de leur exposition à un titre autre que professionnel (familial, domestique ou environnemental).

**Acteurs du dispositif**

Les indemnisations sont versées par le FIVA. Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le FIVA a adressé, depuis sa création, 289 647 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total près de 7 Md€ au 31 décembre 2022.

**Ressources du FIVA**

Les ressources du FIVA sont constituées pour l'essentiel d'une dotation de la branche AT-MP, et subsidiairement d'une dotation de l'État, qui correspond à l'exercice d'une solidarité nationale à l'égard des victimes non-professionnelles (environnementales, familiales...). Par ailleurs, l'État, en tant qu'employeur, contribue au-delà de cette dotation en remboursant au FIVA les sommes engagées par celui-ci, notamment le ministère de la défense [1].

**Gouvernance et pilotage stratégique**

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de vingt-deux membres, outre le président – magistrat – siègent cinq représentants de l'État, huit représentants des organisations patronales (trois membres) et syndicales (cinq membres), quatre membres des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et quatre personnalités qualifiées dans les domaines de compétence du fonds.

Le conseil d'administration a notamment pour rôle de définir la politique d'indemnisation du fonds en fixant les orientations relatives aux procédures, aux conditions de reconnaissance de l'exposition à l'amiante, d'indemnisation et de versement des provisions aux victimes et aux conditions d'action en justice du fonds. Il adopte également le budget du fonds.

[1] Les montants versés par l'État à ce titre varient en fonction du nombre de dossiers et du nombre d'actions subrogatoires, qui aboutissent en général au stade de la phase amiable, engagées par le FIVA envers les ministères concernés. En 2022, ces recettes ont représenté 10 M€ (dont 59 % versés par la fonction publique d'État).

**ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE**

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	8 000 000	8 000 000
Transferts aux ménages	8 000 000	8 000 000
<b>Total</b>	<b>8 000 000</b>	<b>8 000 000</b>

**Tableau des charges et des produits du FIVA de 2019 à 2024 :**

En millions d'euros	2019	2020	2021	2022	2023 (p)	2024 (p)
<b>Charges</b>	<b>351,3</b>	<b>310,0</b>	<b>329,2</b>	<b>322,6</b>	<b>402,3</b>	<b>431,5</b>
Dépenses d'indemnisation	300,3	233,9	274,4	264,8	332	363,0
Provisions	40,8	67,1	45,0	48,4	60,0	57,0



Charges exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres charges	10,2	9,0	9,8	9,4	10,3	11,5
<b>Produits</b>	<b>361,1</b>	<b>350,6</b>	<b>308,0</b>	<b>307,4</b>	<b>316,1</b>	<b>458,5</b>
Dotation branche AT/MP	260,0	260,0	220,0	220,0	220,0	335,0
Dotation État (après mise en réserve)	7,8	7,7	7,7	7,7	8	8
Reprise sur provisions	56,1	59,3	45,4	43,4	55,2	50,7
Autres	37,2	23,7	34,9	36,3	32,9	34,8
<b>Résultat</b>	<b>9,8</b>	<b>40,7</b>	<b>-21,2</b>	<b>-15,1</b>	<b>-86,2</b>	<b>27,1</b>
<b>Investissement</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>
Variation de fonds de roulement	0,0	48	-21,9	-10,5	-82	2,7
<b>Fonds de roulement</b>	<b>94,9</b>	<b>142,9</b>	<b>121,0</b>	<b>110,4</b>	<b>28,4</b>	<b>31,1</b>

En 2022, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 220 M€, avec un montant de charges de 322,6 M€, conduisant à un résultat annuel de -15,1 M€ et à un fonds de roulement de 110 M€. La dotation de l'État en loi de finances initiale est stable entre 2021 et 2022 (8 M€).

En 2023, avec un niveau de subvention maintenu par rapport à 2022 (220 M€ provenant de la branche AT-MP et 8 M€ de l'État) auxquels s'ajoutent des ressources propres qui devraient excéder 30 M€ (résultant des recours subrogatoires sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur), le total des recettes encaissées par le FIVA devrait demeurer relativement stable. Néanmoins, compte tenu des prévisions de dépenses révisées à la hausse (effets financiers du revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation sur la nature de la rente versée par les organismes de sécurité sociale), le résultat cumulé attendu fin 2023 présenterait un déficit de 86,2 M€ ramenant le fonds de roulement à 1,03 mois de dépenses d'indemnisation fin 2023.

En 2024, compte tenu d'un montant de dépenses d'indemnisation prévu en nette hausse par rapport à 2023, le montant de la dotation de la branche AT-MP devrait être porté à 335 M€ (+115 M€) pour permettre au FIVA de maintenir fin 2024 (30 M€) un fonds de roulement équivalent à un niveau prudentiel de 1 mois de dépenses d'indemnisation.

### Justification de l'évolution des dépenses

Au cours du premier semestre 2023, le FIVA a enregistré 8 717 demandes, ce qui représente une baisse importante, de 16 %, par rapport au premier semestre 2022 qui avait enregistré plus de 10 400 demandes (10 415 exactement). Ces données sont néanmoins à interpréter avec prudence compte tenu de l'effet de base induit par le report d'une partie de l'activité d'enregistrement de la fin de l'année 2021 sur le début de l'année 2022.

Concernant le nombre de nouveaux dossiers, la baisse est plus limitée : elle est de 6 %. Cela s'explique par le fait que, même lorsque le FIVA a rencontré ces difficultés de sous-effectif, il a priorisé l'enregistrement des dossiers des nouvelles victimes.

S'agissant de la production, le nombre de décisions (offres et rejets) est stable : 9 305 ont été adressées au premier semestre 2023 contre 9 343 en 2022 sur la même période.

Du côté des offres, si leur nombre diminue un peu (4 %), il faut souligner que l'effort est porté sur les victimes directes avec une progression de plus de 20 % (soit 3 320 en 2023 contre 2 759 en 2022 sur la période), ce



**Protection maladie**

Programme	n°	Justification au premier euro
183		

qui illustre la priorité donnée à cette population. Ce résultat a été atteint suite au revirement de la Cour de cassation, en janvier 2023, sur la nature de la rente attribuée par la sécurité sociale (*cf supra*). En conséquence, le FIVA ne déduit plus la rente versée par les organismes de sécurité sociale de la rente qu'il sert au titre de l'indemnisation du préjudice d'incapacité fonctionnelle, compte tenu des natures désormais complètement distinctes de ces deux rentes. En répercussion, le FIVA a pu débloquer et faire des offres pour les demandes de victimes directes qui étaient encore en attente d'une réponse des caisses de sécurité sociale.

Le délai moyen de décisions est de 4 mois et une semaine, en excluant les offres qualifiées de « complémentaires » (celles débloquées suite au revirement de la jurisprudence de la Cour de Cassation et qui sont hors délai FIVA). Ce délai reste ainsi à un niveau bien inférieur au délai légal de 6 mois.

Le délai moyen de paiement est de un mois et demi, également inférieur au délai réglementaire de deux mois.

L'anticipation des dépenses d'indemnisation attendues pour la fin de l'année 2023 (302 M€), repose sur les éléments suivants :

- un tassement de la demande globale (17 000 demandes attendues contre 18 164 en 2022) avec un nombre de nouvelles victimes en retrait par rapport à l'année dernière (2 500 attendues contre 2 699 il y a un an) ;
- des coûts moyens des demandes en hausse (46 700 € pour les victimes et 10 000 € pour les ayants-droit), reflétant les effets financiers du revirement de la Cour de cassation ;
- un impact, marginal en 2023, de la décision du CA du 15 juin relatif à la revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux compte tenu de sa mise œuvre sur les demandes reçues à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2023 et des délais de décision et de paiement qui en repoussent les effets financiers sur le début de l'exercice suivant.

Pour 2024, le nombre de demandes enregistrées serait stable par rapport à 2023 (17 000 unités/an) en raison des effets attendus de la politique d'accès aux droits (en particulier les actions d'information visant les personnes atteintes de mésothéliomes) aboutissant à une légère augmentation du nombre de nouveaux dossiers (2 700 unités attendues) et contrebalançant la tendance à la baisse pluriannuelle du nombre de nouvelles victimes atteintes de maladies bénignes (plaques pleurales).

Par ailleurs, la revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux jouera à plein sur l'année 2024 (23 M€). A cela s'ajouteront les effets de l'indexation de ce barème à compter du 1<sup>er</sup> avril 2024 sur la base du taux de revalorisation appliqué, à la même date, à la rente indemnifiant l'incapacité fonctionnelle (4,9 % sur la base de l'évolution de l'indice des prix du programme de stabilité). Au total, les dépenses d'indemnisation s'élèveraient à 363 M€ en 2024.

**Le montant total des charges de l'établissement est ainsi prévu à 402,3 M€ pour 2023 et 431,5 M€ pour 2024.**