



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Rapport annuel de performances

Annexe au projet de loi de règlement du budget
et d'approbation des comptes pour 2023

PROGRAMME 183
Protection maladie



PROGRAMME 183
Protection maladie

Bilan stratégique du rapport 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 et de l'indemnisation des publics les plus défavorisés. 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 par la lutte contre la fraude.

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 partenaires chargés des deux dispositifs rattachés au programme « Protection maladie ». La gestion de l'AME est ainsi déléguée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) tandis que 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 objectifs et indicateurs de performance sont axés sur l'amélioration des délais d'instruction permettant d'accéder aux droits, ainsi que sur les efforts de contrôle menés par les organismes gestionnaires, notamment pour la vérification des conditions préalables d'ouverture de droits. Ce choix s'explique par la volonté, d'une part, de garantir l'accès à ces dispositifs et aux soins dans les meilleurs délais et, d'autre part, de mettre en œuvre une gestion rigoureuse des politiques engagées, grâce à des actions de contrôle et de lutte contre la fraude.

Afin de fournir au Parlement une vision plus complète de l'efficacité des dispositifs, les indicateurs sont enrichis d'éléments permettant de mesurer les efforts accomplis en matière de contrôle, d'efficacité de gestion et de régulation des dépenses, ainsi que de données sur les bénéficiaires, leur consommation de soins et l'impact global de ces dispositifs.

Concernant l'AME, le délai moyen d'instruction des demandes s'est ainsi établi à 24 jours en 2023 contre 28 jours en 2022. La réduction de ce délai résulte des améliorations de l'outil de gestion des demandes d'AME qui ont permis de faciliter le traitement des dossiers par les caisses d'assurance maladie.

Le second indicateur du programme porte sur les actions de contrôle menées sur les dossiers AME. Il a été recentré depuis 2018 sur les contrôles effectués par les services de l'agent comptable, en prenant en compte à la fois le volume de contrôles le plus élevé et les actions ciblées sur le principal « risque » du dispositif que constituerait une attribution à tort des droits. Ainsi, un échantillon significatif de dossiers déjà instruits est soumis à un contrôle aléatoire et approfondi des services de l'agent comptable, portant sur l'ensemble des conditions d'octroi de l'AME. En 2022, le taux de dossiers contrôlés s'établit à 15,4 %. D'autres actions de

contrôle des bénéficiaires de l'AME sont également menées. Elles ne relèvent pas de l'indicateur mais sont néanmoins détaillées dans le cadre de ce rapport annuel.

En ce qui concerne le FIVA, le nombre global de demandes d'indemnisation se tasse un peu par rapport à 2022 (17 418 demandes enregistrées en 2023 contre 18 164 l'année précédente, soit un recul de 4 %) mais demeure néanmoins supérieure à celui de 2021 (17 214 demandes enregistrées cette année-là). Le nombre de nouvelles victimes suit le même mouvement mais de manière plus modérée. En effet, avec 2 652 nouveaux dossiers enregistrés en 2023, la baisse n'est que de 1,7 % par rapport aux 2 699 unités de 2022. Les charges d'indemnisations marquent une augmentation de +30,5 % à 341 M€. Cette forte hausse s'explique, d'une part, par une hausse de 30 % des dossiers de rente suite à un revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation ; elle s'explique, d'autre part et dans une moindre mesure, par la revalorisation de 10,5 % du barème des préjudices extra patrimoniaux, entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2023.

L'activité de production a suivi une évolution comparable à celle de la demande globale avec 16 886 décisions envoyées en 2023 contre 17 404 en 2022 soit un recul 3 %. Le délai moyen de décision est très nettement en deçà du délai légal de 6 mois. Il s'améliore de 3 semaines par rapport à 2022 et s'établit à 4 mois et 2 semaines.

Le traitement totalement dématérialisé des acceptations par les bénéficiaires des offres d'indemnisation a permis de maintenir le délai moyen de paiement à un très bon niveau (1 mois et 2 semaines sur l'année) qui respecte largement le délai réglementaire de 2 mois.

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

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

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2021 Réalisation	2022 Réalisation	2023 Cible	2023 Réalisation	Atteinte de la cible	2024 Cible
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	33	28	24	24	cible atteinte	24

Commentaires techniques

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

Mode de calcul : moyenne des délais enregistrés par les pôles centralisateurs de l'instruction des demandes d'AME en métropole, et par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

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 CGSS et la date de notification par courrier de la décision d'attribution ou de refus.

ANALYSE DES RÉSULTATS

En 2023, 377 055 demandes d'AME ont été traitées par les caisses d'assurance maladie, soit 17 % de plus qu'en 2022.

Le délai moyen d'instruction des dossiers de demande d'AME s'établit à 24 jours sur l'ensemble de l'année 2023. Ce résultat constitue une nette progression par rapport au délai moyen de 28 jours observé en 2022, alors même que le nombre de dossiers à instruire a augmenté significativement. En effet, l'outil de gestion des demandes d'AME a été amélioré en octobre 2022, ce qui a facilité le traitement des dossiers et permis la réduction des délais. De surcroît, des automates allégeant les tâches de saisie des agents instructeurs ont été mis en place à l'été 2023. Ces moyens engagés par la CNAM contribuent à conserver une trajectoire baissière des délais d'instruction.

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2021 Réalisation	2022 Réalisation	2023 Cible	2023 Réalisation	Atteinte de la cible	2024 Cible
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	16,3	15,3	14	15,4	cible atteinte	14

Commentaires techniques

Source des données : 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.

ANALYSE DES RÉSULTATS

Le dispositif de l'aide médicale de l'État (AME) est attribué sous triple condition : le demandeur doit ainsi être en capacité de justifier de son identité, de trois mois de séjour irrégulier en France et de ressources inférieures au plafond de la complémentaire santé solidaire sans participation financière. 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 la présence et la conformité des pièces justificatives, le respect des conditions d'attribution du droit et de qualité de l'enregistrement dans le système d'information. Cet indicateur de contrôle mesure la part de ces dossiers soumis à cette double instruction, ainsi ciblés sur le risque principal du dispositif que constituerait une attribution à tort des droits AME.

Grâce à la centralisation de l'instruction des demandes d'AME en métropole, les contrôles ont pu être renforcés depuis 2020, avec la hausse du taux de dossiers contrôlés (auparavant fixé à 10 %), et la mise en œuvre systématique de ces contrôles *a priori*, afin de réduire fortement les montants des indus.

En 2023, la cible de 14 % a été dépassée puisque le taux de dossiers contrôlés s'établit à 15,4 %. 49 169 dossiers donnant lieu à un accord d'AME ont ainsi fait l'objet d'un contrôle *a priori* et, parmi eux, 1 164 ont présenté une anomalie menant à un rejet du dossier, soit 2,4 % des dossiers contrôlés. Ces dossiers présentant une anomalie n'ayant finalement pas donné lieu à une ouverture de droits à l'AME, le montant des préjudices évités est estimé à 2 814 552 € (hypothèse de calcul : 1 seul bénéficiaire par dossier, dépense moyenne par bénéficiaire de 2 418 € en 2022).

D'autres actions de contrôles sont menées sur l'AME, notamment celles liées aux mesures prises par le Gouvernement en 2020 en vue de renforcer les exigences de contrôle des conditions d'accès à ce droit.

- Les caisses vérifient la présence physique des demandeurs de l'AME qui doivent désormais déposer leur première demande en main propre.
- Pour l'attribution de l'AME, les caisses contrôlent depuis le 1^{er} janvier 2020 la condition de séjour irrégulier de trois mois, alors qu'une condition de résidence stable de trois mois était auparavant appliquée. Cela vise à prévenir les abus potentiels de personnes arrivant sur le territoire munies d'un visa touristique et qui bénéficieraient immédiatement à l'expiration du titre d'une prise en charge des soins par le biais de l'AME.
- Ayant accès à l'outil Visabio depuis l'été 2020, les caisses peuvent détecter les dissimulations de visas et vérifier que les demandeurs de l'AME ne disposent pas de ce titre et sont donc bien en situation irrégulière. En 2023, les caisses ont interrogé Visabio 291 753 fois et trouvé un visa dans 9 590 dossiers, soit 3,3 % des cas. Le visa détecté pouvant être en cours ou échu, le contrôle a conduit à un rejet effectif de 110 dossiers d'AME. Il convient de préciser que l'identification d'une situation de régularité ne repose pas exclusivement sur la consultation de Visabio.

Depuis 2021, le service du contrôle médical de l'assurance maladie peut être sollicité pour accorder la prise en charge de certains soins. En effet, le bénéfice de certaines prestations, programmées et non urgentes, est soumis pour les majeurs à une condition d'ancienneté à l'AME, fixée 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, une dérogation à cette condition est possible après accord du service du contrôle médical de l'assurance maladie. De 2021 à 2023, les caisses ont reçu 25 demandes d'accord préalable. Sur ce total, 18 demandes

ont été considérées comme infondées en raison d'une ancienneté à l'AME supérieure à neuf mois ou parce qu'il s'agissait d'une prestation dont la prise en charge n'est pas soumise à cette procédure.

En outre, les bénéficiaires de l'AME sont inclus dans les programmes nationaux de contrôle de la CNAM, menés *a posteriori* :

- Sur la stabilité de la résidence, le programme national de contrôle contentieux de la protection universelle maladie (PUMa) lancé en 2019 concerne l'ensemble des assurés et les bénéficiaires de l'AME. Les dossiers à étudier dans le cadre de ce programme sont issus d'une sélection sur la base d'une requête « multi-hébergeurs », de l'exploitation des signalements externes (CAF, Pôle emploi, DGFIP, consulats) et internes (centre national des soins à l'étranger). Les dossiers sont également issus des échanges avec les consulats.
- S'agissant de la consommation de soins, les bénéficiaires de l'AME sont inclus dans le programme « méga-consommant », qui consiste à contrôler les assurés qui demandent le remboursement de quantités importantes de médicaments ou de dispositifs médicaux. Ce programme est mis en œuvre en parallèle de contrôles effectués auprès des professionnels de santé pour déceler les fraudes lors des prescriptions ou facturations, notamment pour des traitements de substitution aux opiacés. Il importe en effet d'articuler ces deux types de contrôles car la mise en évidence lors des investigations d'un réseau se livrant à un trafic implique potentiellement des assurés mais également le prescripteur et celui qui délivre les médicaments.

Dans ce contexte, selon les dernières données disponibles, 153 dossiers relatifs à l'AME ont fait l'objet d'investigations en 2023. Le montant de préjudice s'élève à 0,84 M€ (0,43 M€ de préjudice subi et 0,41 M€ de préjudice évité) contre 0,5 M€ de préjudice en 2022. Pour 2023, l'augmentation du préjudice est liée à des fraudes à l'identité.

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2021 Réalisation	2022 Réalisation	2023 Cible	2023 Réalisation	Atteinte de la cible	2024 Cible
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	75	71	80	67	absence amélioration	88

Commentaires techniques

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 prévision par l'agence comptable et envoyées à la victime.

ANALYSE DES RÉSULTATS

Si le délai légal de 6 mois porte sur l'ensemble des dossiers, le présent indicateur se concentre sur les victimes de pathologies lourdes, en cohérence avec la priorité fixée dans les contrats d'objectifs et de performance successifs.

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

L'année 2023 a été marquée par le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation, intervenu en janvier 2023, qui assimile désormais la rente versée par la sécurité sociale à l'indemnisation d'un préjudice exclusivement patrimonial et non plus de nature mixte - à la fois patrimonial et extrapatrimonial - (réparation du déficit fonctionnel permanent). Ce revirement ne permet ainsi plus au FIVA de déduire la rente qu'il verse au titre de la réparation du déficit fonctionnel permanent de celle attribuée par la sécurité sociale, sauf dans certains cas devenus marginaux, comme la perception par la victime d'une pension militaire d'invalidité.

Cet indicateur a toujours été très dépendant des délais inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS). En effet, lorsqu'une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle (MP) est en cours au moment de la réception de la demande, ou lorsque la rente servie à ce titre n'a pas encore été notifiée par l'OSS, le délai de décision est d'autant plus long que les OSS prennent du temps à transmettre au FIVA les documents nécessaires à l'instruction de la demande.

Deux cas se présentent :

- pour une victime atteinte d'une maladie spécifique d'une exposition à l'amiante (plaques pleurales ou mésothéliome), le lien entre la pathologie et l'amiante étant établi par la loi, le FIVA peut, dans l'attente de la réponse des OSS, faire une offre partielle pour les préjudices extrapatrimoniaux autres que l'incapacité fonctionnelle ; cette dernière ne pouvant être indemnisée qu'ultérieurement, par une offre complémentaire, après réception de la notification de rente de l'OSS;
- Dans les autres cas (maladie de la victime non spécifique d'une exposition à l'amiante comme, par exemple, un cancer broncho-pulmonaire), le FIVA n'ayant pas la possibilité de faire d'offre partielle, 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 structurellement inférieurs à la cible.

La nouvelle situation juridique qui prévaut depuis le revirement de Cour de cassation devrait tendre à moyen terme à réduire les délais exogènes liés à la reconnaissance en maladie professionnelle.

Elle a en revanche eu un effet immédiat contraire : depuis ce revirement, le FIVA a pu débloquer un nombre important de demandes qui étaient restées jusque-là en attente de réponse des caisses de sécurité sociale et faire des offres complémentaires qui, s'agissant de demandes déjà anciennes, ont dégradé cet indicateur dont le niveau est de 67 % en 2023, soit une baisse de 4 points par rapport à 2022.

Néanmoins, en excluant ces délais exogènes sur lesquels le FIVA n'a aucune action possible, l'indicateur atteint 86 %.

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'usager)

	Unité	2021 Réalisation	2022 Réalisation	2023 Cible	2023 Réalisation	Atteinte de la cible	2024 Cible
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	96	92	95	95	cible atteinte	97

Commentaires techniques

Source des données : 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.

ANALYSE DES RÉSULTATS

La mise en œuvre depuis 2020 d'un processus entièrement numérique de prise en charge des acceptations des offres par les bénéficiaires dans le système d'information collaboratif Fiva (SICOF) a permis de maintenir cet indicateur à un niveau élevé de réalisation, toujours supérieur à 90 %. En 2023, malgré les conséquences en termes de charge d'activité du revirement de jurisprudence de la Cour de cassation qui a entraîné une augmentation significative du nombre de rentes actives à gérer compte tenu de l'arrêt de la déduction de la rente versée par les organismes de sécurité sociale, cet indicateur s'est amélioré pour atteindre 95 %, soit 3 points de plus qu'en 2022.

Ce résultat est d'autant plus satisfaisant qu'il convient de rappeler que pour un certain nombre de dossiers, le FIVA reste toujours dépendant de la transmission par la victime des pièces nécessaires au paiement, ce qui est de nature à allonger le délai de paiement au-delà du seuil réglementaire de 2 mois.

Présentation des crédits et des dépenses fiscales

2023 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS OUVERTS ET DES CRÉDITS CONSOMMÉS

2023 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	Total y.c. FdC et AdP prévus en LFI
02 – Aide médicale de l'Etat	-13 955	1 212 300 000 1 146 000 000	1 212 300 000 1 145 986 045	1 212 300 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 7 520 000	8 000 000 7 520 000	8 000 000
Total des AE prévues en LFI	0	1 220 300 000	1 220 300 000	1 220 300 000
Ouvertures / annulations par FdC et AdP				
Ouvertures / annulations hors FdC et AdP	-65 780 000 (hors titre 2)		-65 780 000	
Total des AE ouvertes	1 154 520 000 (hors titre 2)		1 154 520 000	
Total des AE consommées	-13 955	1 153 520 000	1 153 506 045	

2023 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total	Total y.c. FdC et AdP prévus en LFI
02 – Aide médicale de l'Etat	-13 896	1 212 300 000 1 146 000 000	1 212 300 000 1 145 986 104	1 212 300 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 7 520 000	8 000 000 7 520 000	8 000 000
Total des CP prévus en LFI	0	1 220 300 000	1 220 300 000	1 220 300 000
Ouvertures / annulations par FdC et AdP				
Ouvertures / annulations hors FdC et AdP	-65 780 000 (hors titre 2)		-65 780 000	
Total des CP ouverts	1 154 520 000 (hors titre 2)		1 154 520 000	
Total des CP consommés	-13 896	1 153 520 000	1 153 506 104	

2022 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LFI) ET DES CRÉDITS CONSOMMÉS

2022 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total hors FdC et AdP prévus en LFI	Total y.c. FdC et AdP
02 – Aide médicale de l'Etat	319 698	1 078 950 000	1 078 950 000	1 078 950 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 7 680 000	8 000 000	8 000 000 7 680 000
Total des AE prévues en LFI	0	1 086 950 000	1 086 950 000	1 086 950 000
Total des AE consommées	319 698	1 021 700 190		1 022 019 887

2022 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 3 Dépenses de fonctionnement	Titre 6 Dépenses d'intervention	Total hors FdC et AdP prévus en LFI	Total y.c. FdC et AdP
02 – Aide médicale de l'Etat	319 638	1 078 950 000	1 078 950 000	1 078 950 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 7 680 000	8 000 000	8 000 000 7 680 000
Total des CP prévus en LFI	0	1 086 950 000	1 086 950 000	1 086 950 000
Total des CP consommés	319 638	1 021 700 190		1 022 019 828

PRÉSENTATION PAR TITRE ET CATÉGORIE DES CRÉDITS CONSOMMÉS

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Consommées* en 2022	Ouvertes en 2023	Consommées* en 2023	Consommées* en 2022	Ouverts en 2023	Consommées* en 2023
Titre 3 – Dépenses de fonctionnement	319 698	0	-13 955	319 638	0	-13 896
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel	319 698	0	-13 955	319 638	0	-13 896
Titre 6 – Dépenses d'intervention	1 021 700 190	1 220 300 000	1 153 520 000	1 021 700 190	1 220 300 000	1 153 520 000
Transferts aux ménages	1 021 689 151	1 220 300 000	1 153 520 000	1 021 689 151	1 220 300 000	1 153 520 000
Transferts aux entreprises	965	0	0	965	0	0
Transferts aux autres collectivités	10 074	0	0	10 074	0	0
Total hors FdC et AdP		1 220 300 000			1 220 300 000	
Ouvertures et annulations* hors titre 2		-65 780 000			-65 780 000	
Total*	1 022 019 887	1 154 520 000	1 153 506 045	1 022 019 828	1 154 520 000	1 153 506 104

* y.c. FdC et AdP

RÉCAPITULATION DES MOUVEMENTS DE CRÉDITS

LOIS DE FINANCES RECTIFICATIVES

Date de signature	Ouvertures				Annulations			
	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement		Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Titre 2	Autres titres	Titre 2	Autres titres	Titre 2	Autres titres	Titre 2	Autres titres
30/11/2023						65 780 000		65 780 000
Total						65 780 000		65 780 000

TOTAL DES OUVERTURES ET ANNULATIONS (Y.C. FDC ET ADP)

	Ouvertures				Annulations			
	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement		Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Titre 2	Autres titres	Titre 2	Autres titres	Titre 2	Autres titres	Titre 2	Autres titres
Total général						65 780 000		65 780 000

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.

Le chiffrage initial pour 2023 a été réalisé sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2023. Dès lors, le chiffrage actualisé peut différer de celui-ci, notamment lorsqu'il tient compte d'aménagements intervenus depuis le dépôt du projet de loi de finances pour 2023.

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 »). 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 définitif 2022	Chiffrage initial 2023	Chiffrage actualisé 2023
120117	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 Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2021 : (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	465	487
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2021 : 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	7	6
520401	Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées ou dues en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie Mutations à titre gratuit <i>Bénéficiaires 2021 : (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
Coût total des dépenses fiscales		477	472	493

Justification au premier euro

Éléments transversaux au programme

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action <i>Prévision LFI Consommation</i>	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2 * Dépenses de personnel	Autres titres *	Total y.c. FdC et AdP	Titre 2 * Dépenses de personnel	Autres titres *	Total y.c. FdC et AdP
02 – Aide médicale de l'Etat		1 212 300 000 1 145 986 045	1 212 300 000 1 145 986 045		1 212 300 000 1 145 986 104	1 212 300 000 1 145 986 104
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 7 520 000	8 000 000 7 520 000		8 000 000 7 520 000	8 000 000 7 520 000
Total des crédits prévus en LFI *	0	1 220 300 000	1 220 300 000	0	1 220 300 000	1 220 300 000
Ouvertures / annulations y.c. FdC et AdP		-65 780 000	-65 780 000		-65 780 000	-65 780 000
Total des crédits ouverts	0	1 154 520 000	1 154 520 000	0	1 154 520 000	1 154 520 000
Total des crédits consommés	0	1 153 506 045	1 153 506 045	0	1 153 506 104	1 153 506 104
Crédits ouverts - crédits consommés		+1 013 955	+1 013 955		+1 013 896	+1 013 896

* hors FdC et AdP pour les montants de la LFI

PASSAGE DU PLF À LA LFI

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
PLF	0	1 220 300 000	1 220 300 000	0	1 220 300 000	1 220 300 000
Amendements	0	0	0	0	0	0
LFI	0	1 220 300 000	1 220 300 000	0	1 220 300 000	1 220 300 000

RÉSERVE DE PRÉCAUTION ET FONGIBILITÉ

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
Mise en réserve initiale	0	61 015 000	61 015 000	0	61 015 000	61 015 000
Surgels	0	12 203 000	12 203 000	0	12 203 000	12 203 000
Dégels	0	0	0	0	0	0
Réserve disponible avant mise en place du schéma de fin de gestion (LFR de fin d'année)	0	73 218 000	73 218 000	0	73 218 000	73 218 000

Dépenses pluriannuelles

SUIVI DES CRÉDITS DE PAIEMENT ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DES AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT (HORS TITRE 2)

AE 2023	CP 2023
AE ouvertes en 2023 * (E1) 1 154 520 000	CP ouverts en 2023 * (P1) 1 154 520 000
AE engagées en 2023 (E2) 1 153 506 045	CP consommés en 2023 (P2) 1 153 506 104
AE affectées non engagées au 31/12/2023 (E3) 0	dont CP consommés en 2023 sur engagements antérieurs à 2023 (P3 = P2 – P4) 0
AE non affectées non engagées au 31/12/2023 (E4 = E1 – E2 – E3) 1 013 955	dont CP consommés en 2023 sur engagements 2023 (P4) 1 153 506 104

RESTES À PAYER

Engagements ≤ 2022 non couverts par des paiements au 31/12/2022 brut (R1) 59					
Travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2022 (R2) 0					
	Engagements ≤ 2022 non couverts par des paiements au 31/12/2022 net (R3 = R1 + R2) 59	–	CP consommés en 2023 sur engagements antérieurs à 2023 (P3 = P2 – P4) 0	=	Engagements ≤ 2022 non couverts par des paiements au 31/12/2023 (R4 = R3 – P3) 59
	AE engagées en 2023 (E2) 1 153 506 045	–	CP consommés en 2023 sur engagements 2023 (P4) 1 153 506 104	=	Engagements 2023 non couverts par des paiements au 31/12/2023 (R5 = E2 – P4) -59
					Engagements non couverts par des paiements au 31/12/2023 (R6 = R4 + R5) 0
					Estimation des CP 2024 sur engagements non couverts au 31/12/2023 (P5) 0
					Estimation du montant maximal des CP nécessaires après 2024 pour couvrir les engagements non couverts au 31/12/2023 (P6 = R6 – P5) 0

NB : les montants ci-dessus correspondent uniquement aux crédits hors titre 2

* LFI 2023 + reports 2022 + mouvements réglementaires + FdC + AdP + fongibilité asymétrique + LFR

Justification par action

ACTION

02 – Aide médicale de l'Etat

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
<i>Prévision LFI y.c. FdC et AdP</i>						
<i>Réalisation</i>						
02 – Aide médicale de l'Etat		1 212 300 000	1 212 300 000		1 212 300 000	1 212 300 000
		1 145 986 045	1 145 986 045		1 145 986 104	1 145 986 104

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Prévision LFI y.c. FdC et AdP	Réalisation	Prévision LFI y.c. FdC et AdP	Réalisation
Titre 3 : Dépenses de fonctionnement		-13 955		-13 896
Dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel		-13 955		-13 896
Titre 6 : Dépenses d'intervention	1 212 300 000	1 146 000 000	1 212 300 000	1 146 000 000
Transferts aux ménages	1 212 300 000	1 146 000 000	1 212 300 000	1 146 000 000
Total	1 212 300 000	1 145 986 045	1 212 300 000	1 145 986 104

Les crédits de l'action « Aide médicale de l'État » (AME) recouvrent exclusivement des dépenses de « transferts indirects aux ménages » (titre 6).

L'exécution des crédits en 2023 est en hausse de 13 % (soit 131 M€) par rapport à 2022 et s'élève à 1 145 986 104 €. Cette hausse est principalement portée par l'AME de droit commun. En effet, sur ce dispositif, les dépenses s'élèvent à 1 096 M€ en 2023 (d'après les données de facturation de la CNAM), soit une hausse de 13 % par rapport à 2022. Cette augmentation est principalement liée aux postes « produits de santé » et « autres soins de ville » qui connaissent chacun une hausse de 8 % en raison de la poursuite de la reprise de la consommation après la crise sanitaire. Le poste « prestations hospitalières », bien que moins dynamique que les deux autres avec la prolongation de la garantie de financement, augmente de 5,5 % par rapport à 2022.

Les soins urgents sont financés pour partie par une dotation forfaitaire de l'État. En 2023, le montant de la dotation forfaitaire a été reconduit à l'identique de 2022, soit 70 M€.

Les montants indiqués comme ayant été consommés en titre 3 correspondent en réalité à des dépenses d'intervention d'AME du titre 6 (imputation budgétaire et comptable erronée). Ils correspondent pour l'essentiel à la restitution de montants antérieurement délégués pour des soins en rétention administrative qui n'ont pas été consommés.

1°) L'AME de droit commun :

L'AME de droit commun a été instaurée le 1^{er} 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, en vertu du devoir de solidarité nationale de l'État envers les personnes les plus précaires. Au 30 septembre 2023 (dernières données disponibles), 446 532 personnes en étaient bénéficiaires.

Les prestations de ville constituent 35 % des dépenses en 2023, dont 36 % de dépenses de médicaments et dispositifs médicaux, 41 % d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes, de chirurgiens-dentistes et d'auxiliaires médicaux, 7 % de frais d'analyse de biologie médicale et 7 % de frais de transports. Les soins en établissements hospitaliers représentent, en 2023, 65 % de la dépense totale engagée par l'assurance maladie[BE(5)]. D'après l'OMS, les mauvaises conditions de vie lors des transits ou dans les pays d'accueil sont responsables de la dégradation de leur état de santé, d'où la nécessité de favoriser l'accès au soin de ces personnes.

D'après les données de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), en 2022[1], les séjours en médecine représentent près de la moitié des séjours des patients AME et portent majoritairement sur des pathologies relevant de l'hépatogastro-entérologie, de la pneumologie, de l'endocrinologie, du diabète et des maladies métaboliques, de la neurologie médicale, ainsi que des affections cardiovasculaires. L'obstétrique représente 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Les dialyses représentent 54 % des séances, contre 29 % pour les chimiothérapies et 14 % pour les radiothérapies. Les dépenses des établissements publics et publics à but non lucratif en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) représentent un peu plus de la moitié des dépenses hospitalières de l'AME en 2022 (310 M€). Viennent ensuite les soins en clinique hors hospitalisation (16 %, 86 M€), la psychiatrie (14 %, 75 M€), les soins de suite et de réadaptation pour 12 % (69 M€), et l'hospitalisation à domicile (3 %, 14 M€).

S'agissant des caractéristiques de la population bénéficiaire de l'AME, celle-ci est majoritairement jeune : 69 % des bénéficiaires ont moins de 40 ans et 25 % sont des mineurs. Les hommes représentent 56 % de l'effectif total. 79 % des bénéficiaires de l'AME sont des personnes seules, 9 % sont des foyers constitués de 2 personnes, 5,4 % de 3 personnes et 7 % de 4 personnes et plus (données au 30 septembre 2023).

S'agissant des dépenses de l'AME, leur réalisation en 2023[2] est supérieure à la prévision sous-jacente à la loi de finances de fin de gestion, à hauteur de 20 M€. En tenant compte de la créance constatée fin 2022 au titre de l'AME de droit commun, l'État est débiteur d'une dette de 17,3 M€ au 31 décembre 2023.

Plus précisément, les dépenses enregistrées par la CNAM (ici, les données de facturation et non les données de réalisation du programme *supra*) en 2023 s'élèvent à 1 096 M€[3], en hausse de 13 % par rapport à 2022. Cette évolution correspond à :

- une hausse de 11 % des dépenses de soins de ville, hors consultations et soins externes (+38,4 M€) ;
- une hausse de 14 % des dépenses hospitalières, y compris les consultations et soins externes (+89,4 M€).

La prévision des dépenses de l'AME de droit commun repose sur une combinaison entre les prévisions de volume de prestations hospitalières, de dépense remboursée en médicaments et de dépense remboursée pour l'ensemble des autres soins. Pour cela, la prévision est établie sur des éléments de facturation, d'effectifs de bénéficiaires et de consommateurs à l'hôpital. Pour l'année 2023, la méthode de calcul des prévisions a été modifiée. La prévision des postes est maintenant fondée sur des techniques de séries temporelles sur les séries de facturations et des effectifs (de consommant), mais sur une périodicité mensuelle et corrigée des variations saisonnières et des jours ouvrés. Le pas temporel utilisé précédemment était trimestriel. Également, les prévisions se construisaient sur des analyses en glissements annuels mobiles permettant de mettre sous contrôle les effets saisonniers et calendaires des données. Cependant, un choc ponctuel peut avoir des répercussions pendant un an en glissements annuels mobiles, ce qui complexifie l'analyse du signal. Ainsi, le passage en données mensuelles corrigées des variations saisonnières et calendaires représente une amélioration technique importante pour fiabiliser les analyses et les prévisions qui peuvent s'établir sur les dynamiques les plus récentes.

Il est à noter que certaines inflexions des dépenses d'AME interviennent parfois tardivement dans l'année, et ne peuvent pas être intégrées dans la budgétisation pour l'année suivante ou dans le schéma de fin de gestion. En effet, le montant définitif des dépenses d'AME n'est connu qu'en début d'exercice suivant compte tenu des délais de clôture des comptes de l'assurance maladie (en mars de l'année N+1), et ne peut dès lors être intégralement pris en compte au moment de la budgétisation initiale. Cela explique notamment l'écart entre l'exécution et la dépense totale supportée par la CNAM, qui peut donner lieu à l'accroissement de la dette entre l'État et la CNAM ou à sa résorption.

Les données sur les bénéficiaires au 31 décembre sont quant à elles disponibles au début du mois de mai de l'année suivante.

Les données au 31 décembre 2023 montrent une forte hausse des dépenses par rapport à 2022 pour tous les postes : +10 % pour les médicaments, +14 % pour les autres soins de villes (y compris actes et consultations externes) et +13 % pour les prestations hospitalières (hors soins externes). Cette forte évolution de la dépense en 2023 serait liée à la hausse importante des effectifs des bénéficiaires. En moyenne, sur les trois premiers trimestres, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 10 % entre 2023 et 2022. À l'inverse, le taux de consommateurs observé sur l'année 2023 est en baisse comparé à l'année 2022 : en moyenne, sur les trois premiers trimestres, le taux de consommateurs s'élève à 68 % en 2023 contre 72 % en 2022. La conjonction de ces deux éléments (évolution des bénéficiaires de +10 % et baisse de 4 points du taux de consommateurs) donne une évolution du nombre de consommateurs de +5 %.

2°) Les soins urgents, deuxième poste de dépenses du programme :

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 résidence ;
- des demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la protection maladie universelle.

Ces soins ont un périmètre restreint. Ils concernent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie ainsi que les soins des femmes enceintes ou des nouveau-nés, dispensés exclusivement en établissement hospitalier.

La prise en charge de ces soins correspond ainsi aux remboursements de frais de séjour et de séances hospitaliers, qui ne sont pas rattachés 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 donc pas possible d'effectuer un suivi des personnes bénéficiant de soins dans ce cadre.

Toutefois, cette donnée peut être approchée par le biais du nombre d'hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : 23 436 séjours et séances ont ainsi été pris en charge en 2022[4], soit une hausse de 42 % par rapport à 2021.

Ces éléments sont transmis par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui fournit également des informations sur les soins consommés et ces patients. Ainsi, en 2022, plus de la moitié de ces séjours concernent le champ de la médecine et un quart sont des séjours obstétricaux. En 2022, 76 % des séances concernent la dialyse et 16 % la chimiothérapie.

L'état de santé des personnes prises en charge apparaît fortement dégradé, comme en témoigne la proportion de séjours sévères (séjours longs présentant certaines complications ou comorbidités associées), qui s'élève à 34 % des séjours en 2022. Ces séjours sévères représentent les trois quarts du volume économique[5] total des séjours MCO pris en charge au titre des soins urgents. Ainsi, quelle que soit la tranche d'âge, le nombre moyen de journées d'hospitalisation par séjour est plus élevé parmi les patients pris

en charge au titre des « soins urgents » que parmi l'ensemble des assurés en population générale (respectivement 7,7 journées et 4,7 journées).

Dans un souci d'efficacité de gestion, le traitement des factures de « soins urgents » est centralisé depuis le 11 juin

2018 au sein de deux CNSU (Centres nationaux de traitement des soins urgents) :

- le CNSU de Paris prend en charge le traitement des factures pour l'ensemble des 8 caisses d'Île-de-France ;
- le CNSU de Calais reprend progressivement jusqu'en 2021 l'ensemble des dossiers des autres caisses, y compris dans les DOM.

Ce dispositif fait ainsi l'objet de mesures de contrôle, aux différentes étapes du processus de demande et de facturation.

Un premier niveau de contrôle est ainsi effectué au moment de la demande préalable d'AME. En effet, pour les étrangers en situation irrégulière, il est nécessaire de présenter une décision de refus d'AME afin de s'assurer que le patient n'est pas éligible à cette aide et par conséquent permettre la prise en charge au titre des soins urgents. Dans ce cadre, les caisses appliquent l'ensemble des contrôles prévus lors de l'instruction des demandes d'AME.

Un second niveau de contrôle est effectué au moment de la liquidation des factures de « soins urgents ». Un renforcement de ces contrôles est d'ores et déjà mis en œuvre dans le cadre de la centralisation du traitement de ces factures. Les services de l'agent comptable des CNSU ont mis en place un plan de contrôle des frais remboursés au titre des « soins urgents » sur le périmètre actuel de reprise. 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 ou encore 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, de manière aléatoire ou ciblée sur les plus forts montants.

D'après les dernières données de facturation de 2023, la dépense sur les soins urgents s'élève à 107 M€, en hausse de 21 M€ par rapport à 2022. Depuis 2004, une dotation forfaitaire de 70 M€ est versée par l'État à la CNAM au titre de ces dépenses. Le taux de couverture de la dépense par la dotation forfaitaire s'établissait ainsi à 65 % (81 % en 2022).

3°) L'AME humanitaire et les autres dépenses de l'AME :

Les crédits consommés correspondent au remboursement direct et ponctuel de prises en charge exceptionnelles décidées par le ministre chargé de l'action sociale en faveur de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas en France (AME dite « humanitaire » en application de l'article L. 251-1 code de l'action sociale et des familles) et au remboursement des frais pharmaceutiques et dépenses de soins infirmiers pour les personnes gardées à vue prévu à l'article L. 251-1 code de l'action sociale et des familles (décret d'application n° 2009-1026 du 25 août 2009) ainsi que pour les personnes placées en centres de rétention administrative (article 11 de l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes retenues dans les centres de rétention administrative).

Les dispositifs relatifs aux frais de santé des personnes gardées à vue et placées en centre de rétention administrative ont représenté une dépense de 447 887 € en 2023, contre 497 000 € en 2022.

Les dépenses relevant de décisions discrétionnaires du Ministre chargé de la sécurité sociale sont quant à elles financées sur le solde restant de l'enveloppe budgétaire, une fois réglées les dépenses précitées. Concernant ces demandes de prise en charge à titre discrétionnaire, la CNAM procède à une étude approfondie des dossiers visant à écarter les demandeurs venus se faire soigner en France sans avoir souscrit d'assurance susceptible de couvrir leurs dépenses de santé et soumet pour décision les dossiers à la DSS.

Huit dossiers ont fait l'objet d'un refus de prise en charge en 2023 à ce titre car les conditions d'octroi de cette aide n'étaient pas respectées (absence d'assurance ou maladie préexistante au séjour en France notamment). Aucune dépense n'a donc été engagée pour ce dispositif en 2023.

Les crédits alloués en 2023 à ces dispositifs n'ont pas été consommés et feront l'objet d'un report à concurrence des dépenses constatées en 2024, en lien avec le transfert de la gestion de ces dispositifs de la DSS à la CNAM à compter du 1er janvier 2023, qui a impliqué une évolution de la nomenclature budgétaire. Le règlement à la Cnam des factures relatives à l'année 2023 sera ainsi réalisé en 2024.

[1] Pour 2023, les données seront disponibles à l'automne 2024.

[2] Idem.

[3] Idem

[4] Données transmises par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI). Pour 2023, les données seront disponibles à l'automne 2024.

[5] Le volume économique est obtenu en valorisant les séjours selon les tarifs nationaux des GHS en vigueur depuis mars 2022. La valorisation des extrêmes, des suppléments journaliers et des coefficients Ségur et de reprise sont pris en compte dans le calcul du volume économique.

ACTION

03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Action / Sous-action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Titre 2	Autres titres	Total	Titre 2	Autres titres	Total
<i>Prévision LFI y.c. FdC et AdP</i>						
<i>Réalisation</i>						
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		8 000 000 7 520 000	8 000 000 7 520 000		8 000 000 7 520 000	8 000 000 7 520 000

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	Prévision LFI y.c. FdC et AdP	Réalisation	Prévision LFI y.c. FdC et AdP	Réalisation
Titre 6 : Dépenses d'intervention	8 000 000	7 520 000	8 000 000	7 520 000
Transferts aux ménages	8 000 000	7 520 000	8 000 000	7 520 000
Total	8 000 000	7 520 000	8 000 000	7 520 000

La dotation de l'État au FIVA s'élevait à 8 M€ en LFI. La réserve de précaution ayant été majorée à 0,48 M€ en juin 2023, le montant des crédits disponibles s'évalue finalement à 7,52 M€.

L'ensemble de ces crédits a été consommé.

Comptes du FIVA (en comptabilité générale) :

En Millions d'euros	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
Charges	399,5	362	351,2	289	329,14	322,56	389,45
Dépenses d'indemnisation	340,0	301,1	300,3	233,9	274,4	264,8	335,95

Provisions	51,5	51,6	40,2	45,3	45	48	42,93
Charges exceptionnelles	0	0	0	0	0	0	0
Autres charges	8,1	8,3	10,5	9,8	9,74	9,76	10,6
Produits	347	366	361	350,7	307,9	307,4	308,6
Dotation branche AT/MP	250	270	260	260	220	220	220
Dotation État	7,4	7,8	7,8	7,7	7,7	7,7	7,52
Reprises sur provisions	56,2	49,7	56,1	59,3	45,4	43,4	49,6
Autres	33,4	38,2	37,2	23,7	34,9	36,3	31,5
Résultat	52,5	4,1	9,7	62,2	-21,2	-15,14	-80,9
Investissement	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6
Variation du fonds de roulement	-57,5	6,4	-6	47,70	-21,9	-10,5	-87,7
Fonds de roulement	94,5	100,9	94,9	142,6	120,9	110,4	22,7

Lecture du tableau : les charges sont constituées des versements aux victimes directes et aux ayants-droit, ainsi que des charges administratives. Les produits sont constitués des dotations respectives de l'État et de la branche AT/MP de la sécurité sociale (comptabilité générale et non d'encaissements). Les reprises sur provisions correspondent à des offres émises n'ayant pas été acceptées au cours de l'année précédente.

1) Le montant des charges du FIVA s'élève à 351,3 M€ en AE et 352 M€ en CP en 2023 (389,5 M€ en droits constatés)

Les **dépenses d'indemnisation** ont atteint 341,3 M€ en AE/CP en 2023, en hausse de 30,5 % par rapport aux 261,5 M€ exécutés en 2022 (336 M€ en droits constatés et hors provisions, soit une hausse de +26,9 % par rapport aux 264,8 M€ constatés en 2022).

La forte hausse de ces dépenses est la conséquence de **plusieurs évolutions structurelles ayant impacté en 2023 le modèle d'indemnisation du FIVA** : (i) l'inflation des coûts moyens des demandes et du nombre de rentes servies suite au revirement de jurisprudence de la Cour de cassation du 20 janvier 2023 (voir *supra*) ; (ii) la revalorisation de 4 % des rentes AT/MP servies à compter du 1^{er} juillet 2022 ; (iii) la hausse exceptionnelle de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux applicable au 1^{er} octobre 2023 [1]).

Le montant total des dépenses d'indemnisation du FIVA en droits constatés (dépenses d'indemnisation et provisions correspondant aux offres d'indemnisation réalisées, soit 378,9 M€) est ainsi en fin de compte supérieur aux projections réalisées dans le cadre de la LFI 2023 (+42,9 M€, soit +12,8 %).

Les **autres charges** s'élèvent à 10 M€ en AE et 10,8 M€ en CP en 2023 (respectivement 8,8 et 9,8 M€ en 2022), dont 1,2 M€ en AE/CP d'honoraires de médecins et d'avocats, 5,7 M€ en AE/CP de charges de personnel, 1,6 M€ en AE (2,3 M€ en CP) de dépenses de fonctionnement et 0,5 M€ en AE (0,6 M€ en CP) de dépenses d'investissement.

2) Les encaissements atteignent 243,3 M€ pour des produits de 308,6 M€ en comptabilité générale

La contribution de la branche AT/MP se monte à 220 M€, à isopérimètre par rapport 2022. Le Fiva perçoit également des recettes propres, issues principalement des recours subrogatoires qu'il exerce contre les responsables des dommages indemnisés (en cas de faute inexcusable de l'employeur), pour un montant total de 34,1 M€ en 2023 (-2,3 M€).

Le solde budgétaire s'établit à -108,8 M€ tandis que le résultat patrimonial au titre de l'exercice 2023 s'élève à -80,9 M€. Le fonds de roulement, qui était de 110,4 M€ fin 2022, s'élève à 22,7 M€ fin 2023, soit un peu moins d'un mois de dépenses d'indemnisation. La forte hausse des dépenses d'indemnisation liée au revirement de jurisprudence de la Cour de Cassation en janvier 2023 (ainsi, dans une moindre mesure, qu'au relèvement exceptionnel du barème) n'avait en effet pas pu être anticipée au moment de la construction de la dotation 2023).

	Demande d'indemnisation relatives aux préjudices des victimes	<i>Dont demandes supplémentaires de victimes</i>	Demandes des ayants-droits pour leurs préjudices propres	Total des demandes
2013	6 897	1 125	11 609	18 506
2014	6 506	1 343	12 604	19 110
2015	6 640	1 427	13 689	20 329
2016	6 554	1 517	13 128	19 682
2017	6 079	1 408	12 698	18 777
2018	6 960	2 404	11 544	18 504
2019	7 505	2 862	12 220	19 725
2020	5 836	2 442	11 187	17 023
2021	6 390	2 682	10 824	17 214
2022	6441	3008	11723	18 164
2023	6447	3037	10971	17418

La demande globale baisse un peu par rapport à 2022 (17 418 demandes enregistrées contre 18 164 l'année dernière soit un recul de 4 %) mais reste supérieure à celle de 2021 (17 214 demandes enregistrées cette année-là). Le nombre de demandes d'indemnisation relatives aux victimes directes en 2023 (6 447 unités, dont 3 037 présentées par des ayants droit pour le compte des victimes directes) est stable sur un an et conforme à la prévision en LFI 2023 (6 400 demandes).

Le nombre de rentes servies a, sous l'effet de la non déduction induite par la nouvelle jurisprudence de la Cour de Cassation, fortement progressé, passant de 4 512 rentes en 2022 à 5 955 rentes en 2023 (+32 % en un an).

Les demandes d'indemnisation enregistrées en 2023 au titre des préjudices des ayant-droits (10 971) ont été moins nombreuses qu'en 2022 (11 723) et reviennent à leur niveau de l'année précédente (10 824). Elles sont restées en deçà de la prévision en LFI 2023 (12 200 unités anticipées).

Il convient de noter que le stock des dossiers n'ayant donné lieu à aucune offre à fin 2023 (1 616) reste en-deçà de 2 000 unités. Par ailleurs, au sein de ces dossiers, 578 (36 %) étaient non recevables au 31 décembre 2023, dans l'attente des pièces nécessaires à leur instruction.

[1] Ce barème n'avait pas été revalorisé depuis 2008.