

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

BUDGET GÉNÉRAL
MISSION MINISTÉRIELLE
PROJETS ANNUELS DE PERFORMANCES
ANNEXE AU PROJET DE LOI DE FINANCES POUR

2021



PROGRAMME 183

PROTECTION MALADIE

MINISTRE CONCERNÉ : OLIVIER VERAN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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 n'en 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 prépondérant 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 en charge 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).

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

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'usager)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Délai moyen d'instruction des dossiers	jours	25	24	20	33	28	20

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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

En raison des réorganisations nécessaires à la centralisation de l'instruction des demandes d'AME en métropole dans les trois caisses d'assurance maladie de Paris, Bobigny et Marseille et des conséquences des mouvements sociaux, l'instruction des demandes d'AME a pris du retard à la fin de l'année 2019, ce qui a conduit à augmenter le volume de dossiers à traiter au début de l'année 2020. La conjonction de ces événements ainsi que le ralentissement de l'activité des caisses lié à l'épidémie de COVID 19 expliquent l'allongement du délai moyen d'instruction des demandes d'AME, estimé à 33 jours pour l'année 2020. En effet, même si les droits AME en cours ont été prolongés de trois mois à compter de leur date d'échéance pour tous les droits arrivant à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet par l'article 1er de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux, le traitement des primo-demandes a dû être poursuivi, alors que le fonctionnement des caisses d'assurance-maladie a été perturbé pendant le confinement.

Compte tenu de ce retard, la cible pour l'année 2021 a été revue à 28 jours, afin de tenir compte du traitement du stock de dossiers en retard et d'un retour progressif vers la cible de 20 jours qui est maintenue à horizon 2023.

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 42 jours au premier trimestre 2020 alors qu'il était de 44 jours au premier trimestre 2019. Cette diminution du délai d'instruction est à interpréter avec précaution car elle ne tient compte que partiellement des effets de la crise sanitaire, qui a été particulièrement marquée dans la région.

Protection maladie

Programme n° 183 | OBJECTIFS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

INDICATEUR

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

(du point de vue du contribuable)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des dossiers d'AME contrôlés	%	10,8	11,4	12	10	12	12

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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Le dispositif de l'aide médicale de l'Etat (AME) est attribué sous triple condition d'identité, de résidence stable en France et de ressources. 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.

En 2019, 11,4 % des dossiers d'AME ont ainsi été contrôlés, révélant 227 dossiers avec des anomalies ayant une incidence financière (soit 0,95 % des dossiers contrôlés) pour un montant d'indus de 30 414 €.

Dans la centralisation de l'instruction des demandes d'AME en métropole dans les caisses de Paris, Bobigny et Marseille, mise en œuvre à la fin de l'année 2019, il était prévu de renforcer ces contrôles grâce à :

- la hausse du taux de dossiers contrôlés, qui passera de 10 % à 12 % dès 2020 ;
- la mise en œuvre systématique de ces contrôles *a priori*, afin de réduire les montants des indus.

Toutefois, l'activité de contrôle ayant été suspendue durant le confinement lié à l'épidémie du COVID 19, le taux de dossiers contrôlés en 2020 n'atteint pas plus de 10 %. En 2021, il est en revanche prévu que le taux de dossiers contrôlés retrouve le niveau cible de 12 %.

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	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des décisions présentées aux victimes de pathologies graves dans le délai légal de 6 mois	%	78	77	85	60	75	80

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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

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.

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématisation des documents et circuit allégé) ont permis au fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec un taux de respect du délai passé de 64 % en 2013 à 77 % en 2019.

Le délai légal (6 mois) continue d'être respecté en 2020 puisque le délai de décision pour les pathologies graves est de 5 mois et 1 semaine en moyenne sur les sept premiers mois de l'année et cela malgré, d'une part, les difficultés engendrées par les mouvements de grèves dans les transports en commun en janvier 2020 et, d'autre part, le contexte d'urgence sanitaire qui a entraîné le confinement général de la population entre mi-mars et mi-mai. Ce contexte a considérablement perturbé l'activité, et en particulier la production et l'envoi des décisions. C'est pourquoi la prévision de réalisation de cet indicateur est de 60 %, soit un niveau inférieur à la cible. Compte tenu de ce résultat en retrait par rapport à l'objectif initialement fixé, mais aussi de la priorité toujours accordée au traitement des dossiers déposés par les victimes de pathologies graves, la prévision pour 2021 repart à la hausse, s'établissant à 75 %, l'année 2021 s'inscrivant comme une année de rattrapage, permettant en cible d'atteindre un taux de 80 % en 2023.

Toutefois, plusieurs facteurs exogènes contribuent à limiter l'amélioration à long terme de cet indicateur, au-delà de la complexité médicale ou administrative que présentent, par construction, certaines demandes de victimes de pathologies lourdes :

- ceux liés à l'examen de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante qui intervient pour toutes les pathologies à la fois non reconnues comme maladie professionnelle et non visées par l'arrêté du 5 mai 2002, pour lesquelles le lien de causalité avec l'exposition à l'amiante ne peut donc être présumé ;

- ceux inhérents à la reconnaissance en maladie professionnelle (MP) des victimes par les organismes de sécurité sociale (OSS) sur lesquels le FIVA n'a que peu de prise. En effet, lorsqu'une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle est en cours ou lorsque la rente servie à ce titre n'a pas encore été notifiée par l'OSS, le FIVA réalise une offre partielle pour les préjudices extra-patrimoniaux [1] autres que l'incapacité fonctionnelle qui, quant à elle, sera indemnisée dans un second temps par une offre complémentaire après réception de la notification de rente de l'OSS.

[1] Préjudices moraux, préjudices physiques, préjudice d'agrément et préjudice esthétique.

INDICATEUR

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

(du point de vue de l'utilisateur)

	Unité	2018 Réalisation	2019 Réalisation	2020 Prévision PAP 2020	2020 Prévision actualisée	2021 Prévision	2023 Cible
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies graves dans le délai réglementaire de deux mois	%	92	96	95	85	90	95
Pourcentage des offres payées aux victimes de pathologies bénignes dans le délai réglementaire de deux mois	%	95	97	97	85	90	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 PRÉVISIONS ET DE LA CIBLE

Les mesures mises en place depuis 2012 (dématérialisation des documents et circuit allégé) ont permis au Fonds de continuer à améliorer de façon significative ses délais de traitement avec des taux de respect des délais passés de 81 % et 90 % en 2013 à 96 % et 97 % en 2019, soit une légère amélioration par rapport à l'année 2018.

Ainsi, le délai réglementaire continue d'être respecté en 2020 avec un délai moyen pour les victimes de 1 mois et 1 semaine au cours des sept premiers mois de l'année et cela malgré le confinement de la population intervenu au cours du printemps. Toutefois, ce contexte exceptionnel modifie la prévision de réalisation de l'indicateur estimée à 85 % en moyenne pour la fin de l'année. De la même façon que pour les formulations d'offres, 2021 s'inscrit comme une année de rattrapage.

Au-delà, il demeure toujours un aléa correspondant aux cas où l'absence de pièces nécessaires au paiement par l'agence comptable requiert des relances pouvant entraîner le non-respect du délai réglementaire.

PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2021 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS DEMANDÉS

2021 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus en 2021
02 – Aide médicale de l'Etat	1 061 000 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 069 000 000	0

2021 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP attendus en 2021
02 – Aide médicale de l'Etat	1 061 000 000	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	1 069 000 000	0

Protection maladie

Programme n° 183 | PRÉSENTATION DES CRÉDITS ET DES DÉPENSES FISCALES

2020 / PRÉSENTATION PAR ACTION ET TITRE DES CRÉDITS VOTÉS (LOI DE FINANCES INITIALE)**2020 / AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT**

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP prévus en 2020
02 – Aide médicale de l'Etat	919 350 938	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	927 350 938	0

2020 / CRÉDITS DE PAIEMENT

Numéro et intitulé de l'action ou de la sous-action	Titre 6 Dépenses d'intervention	FdC et AdP prévus en 2020
02 – Aide médicale de l'Etat	919 350 938	0
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	0
Total	927 350 938	0

PRÉSENTATION DES CRÉDITS PAR TITRE ET CATÉGORIE

Titre ou catégorie	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2020	Demandées pour 2021	FdC et AdP attendus en 2021	Ouverts en LFI pour 2020	Demandés pour 2021	FdC et AdP attendus en 2021
Titre 6 – Dépenses d'intervention	927 350 938	1 069 000 000	0	927 350 938	1 069 000 000	0
Transferts aux ménages	927 350 938	1 069 000 000	0	927 350 938	1 069 000 000	0
Total	927 350 938	1 069 000 000	0	927 350 938	1 069 000 000	0

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 2021 ont été réalisés sur la base des seules mesures votées avant le dépôt du projet de loi de finances pour 2021. L'impact des dispositions fiscales de ce dernier sur les recettes 2021 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 »). 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		Chiffre 2019	Chiffre 2020	Chiffre 2021
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 2019 : (nombre non déterminé) Menages - 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>	465	480	490
120133	Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante Traitements, salaires, pensions et rentes viagères <i>Bénéficiaires 2019 : 19725 Menages - 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>	7	7	7
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 2019 : (nombre non déterminé) Menages - 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>	0	0	0
Total		472	487	497

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX AU PROGRAMME

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU PROGRAMME

Numéro et intitulé de l'action ou de la 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	1 061 000 000	1 061 000 000	0	1 061 000 000	1 061 000 000
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	0	8 000 000	8 000 000	0	8 000 000	8 000 000
Total	0	1 069 000 000	1 069 000 000	0	1 069 000 000	1 069 000 000

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU PROGRAMME

MESURES DE PÉRIMÈTRE

	T2 Hors Cas pensions	T2 CAS pensions	Total T2	AE Hors T2	CP Hors T2	Total AE	Total CP
Mesures entrantes							
Transferts de compétences entre l'État et les administrations de sécurité sociale ou assimilées - Extension en année pleine des mesures 2020 de régulation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile.				+30 000 000	+30 000 000	+30 000 000	+30 000 000
Mesures sortantes							

Une mesure de périmètre est inscrite à hauteur de 30 M€ pour tenir compte de l'impact sur le budget de l'État de la mise en œuvre de la mesure de réduction du maintien de droit de l'assurance maladie d'un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré. En effet, la réduction du maintien de droit, qui se traduit par une économie de l'assurance maladie, peut notamment donner lieu à un effet de déport partiel – donc moindre que l'économie brute générée – sur le recours à l'AME de droit commun.

Protection maladie

Programme n° 183 JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

DÉPENSES PLURIANNUELLES

ÉCHÉANCIER DES CRÉDITS DE PAIEMENT (HORS TITRE 2)

ESTIMATION DES RESTES À PAYER AU 31/12/2020

Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2019 (RAP 2019)	Engagements sur années antérieures non couverts par des paiements au 31/12/2019 y.c. travaux de fin de gestion postérieurs au RAP 2019	AE (LFI + LFRs) 2020 + reports 2019 vers 2020 + prévision de FdC et AdP	CP (LFI + LFRs) 2020 + reports 2019 vers 2020 + prévision de FdC et AdP	Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2020
0	0	927 350 938	927 350 938	0

ÉCHÉANCIER DES CP À OUVRIR

AE	CP 2021	CP 2022	CP 2023	CP au-delà de 2023
Évaluation des engagements non couverts par des paiements au 31/12/2020	CP demandés sur AE antérieures à 2021 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2022 sur AE antérieures à 2021	Estimation des CP 2023 sur AE antérieures à 2021	Estimation des CP au-delà de 2023 sur AE antérieures à 2021
0	1 069 000 000 0	0	0	0
AE nouvelles pour 2021 AE PLF AE FdC et AdP	CP demandés sur AE nouvelles en 2021 CP PLF CP FdC et AdP	Estimation des CP 2022 sur AE nouvelles en 2021	Estimation des CP 2023 sur AE nouvelles en 2021	Estimation des CP au-delà de 2023 sur AE nouvelles en 2021
1 069 000 000 0	0 0	0	0	0
Totaux	1 069 000 000	0	0	0

CLÉS D'OUVERTURE DES CRÉDITS DE PAIEMENT SUR AE 2021

CP 2021 demandés sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP 2022 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP 2023 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021	CP au-delà de 2023 sur AE nouvelles en 2021 / AE 2021
%	%	%	%

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	1 061 000 000	1 061 000 000	0
Crédits de paiement	0	1 061 000 000	1 061 000 000	0

L'action recouvre plusieurs dispositifs :

- **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 1er 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 que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en facilitant la prise en charge des soins en amont et en évitant ainsi les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. En 2020, ce dispositif représente 92 % de la dépense totale d'AME financièrement à la charge de l'État. Il est géré par l'assurance maladie ;
- 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 ;
- d'**autres dispositifs** d'ampleur beaucoup plus limitée :
 - l'AME dite « humanitaire » (4ème 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.
 - les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de la Réunion et éventuellement vers la métropole ;
 - l'aide médicale pour les personnes gardées à vue (5ème 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).

Ces trois derniers dispositifs donnent lieu à des délégations de crédits aux directions départementales chargées de la cohésion sociale, pour paiement des dépenses de soins directement aux professionnels et établissements de santé.

Acteurs du dispositif

Depuis le 1er 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 en charge 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 ». Elle délègue les crédits aux directions départementales de la cohésion sociale ;
- les directions départementales chargées de la cohésion sociale 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.
- 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 334 546 au 31 décembre 2019, dont 38 275 en outre-mer. La population des bénéficiaires de l'AME est plutôt jeune : 70,5 % ont moins de 40 ans, parmi lesquels 21 % sont des mineurs. Les hommes représentent 54 % de l'effectif total.

Les bénéficiaires de l'AME présentent en moyenne un état de santé plus dégradé que celui de la population générale, comme en témoigne le fort taux de prise en charge des soins en établissements hospitaliers, qui représentent, en 2019, 66 % de la dépense totale engagée par l'assurance maladie, ainsi que le taux de séjours hospitaliers présentant une sévérité particulière (près d'un quart des séjours en 2018). D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé des réfugiés et des migrants dans la région européenne paru en janvier 2019, 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 aux soins de ces personnes.

L'AME permet la prise en charge en tiers payant des frais de santé de ces personnes démunies et 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, neurologie médicale, diabète, maladie métaboliques, endocrinologie, ainsi que des affections cardio-vasculaires pour près de la moitié des séjours en médecine. En 2018, l'obstétrique représente 27 % des séjours hospitaliers et la chirurgie 18 %. Quant aux séances 54 % concernent la dialyse, 28 % la chimiothérapie et 16 % sont des séances de radiothérapies.

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 34 % des dépenses en 2019, parmi lesquelles les honoraires des médecins généralistes et

spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux représentent 38 % des dépenses et les médicaments et dispositifs médicaux 40 %.

Sur 106 CPAM ou CGSS, dix seulement concentrent 64,7 % de la dépense : la CPAM de Paris finance 20,3 % de la dépense d'AME totale (France entière), les autres caisses d'Île-de-France représentent 29 % de la dépense totale, celle de Cayenne 8,5 % et celle de Marseille 5,5 %.

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

Prises en charge au titre des « soins urgents »

Protection maladie

Programme n° 183 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

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, 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 : 7 711 séjours et 2 621 séances ont été prises en charge en 2018 dans 258 établissements publics de santé (hors Mayotte). Près des deux tiers des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans. Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 28 % en pneumologie et hépato-gastro-entérologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 43 % des séjours et trois quarts du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2018).

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 suit 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)	Réforme de la tarification des séjours hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) :	Tous effets confondus, les bénéfices de la réforme sont estimés pour chaque année à :
2014 (coefficient ramené à 15%)		- 2012 : 82 M€ en année pleine
2015 (coefficient annulé)	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.	- 2013 : 92 M€ - 2014 : 123 M€ - 2015 : 165 M€ - 2016 : 178 M€ - 2017 : 187 M€ - 2018 : 191 M€
	Une compensation a été instaurée afin d'atténuer la perte de recettes des	

	<p>hôpitaux par le biais d'un coefficient de majoration de 32% appliqués aux tarifs, qui a ensuite été ramené à 15% au 1er janvier 2014 puis annulé au 1er janvier 2015.</p> <p>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.</p>	
2015	<p>Médicaments : les médicaments à faible service médical rendu (médicaments remboursés à 15 %) ne sont plus pris en charge</p>	<p>Economie de 4,2 M€ en 2015 et 5 M€ les exercices suivants</p>
2015	<p>Délais de facturation : 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</p>	<p>Rendement de près d'1 M€ à échéance 2016</p>

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 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. Cette mutualisation permet de réaliser des économies de gestion de l'ordre de 3,5 M€ par an, par le biais de la diminution du nombre des ETP chargés de l'instruction des dossiers et de la centralisation sur le pôle de Cergy de la fabrication de la carte AME.

Le traitement des factures de « soins urgents » fait également l'objet d'une centralisation progressive depuis le 11 juin 2018. La caisse de Paris gère ainsi les factures des 8 caisses d'Ile-de-France, tandis que la caisse de Calais a pris en charge le traitement des factures de 94 caisses à ce jour et reprendra les factures des caisses des DOM en 2021.

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 ciblés *a posteriori* afin de détecter d'éventuelles fraudes, comme en atteste l'indicateur 1.2 relatif à l'action AME.

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 passe de 10 % à 12 % en cible. Ces contrôles sont en outre mis en œuvre systématiquement *a priori*, afin de réduire les montants des indus. Néanmoins, en 2020, du fait de la mise en œuvre des plans de continuité d'activité dans les caisses durant la période de confinement, le taux de dossiers contrôlés ne devrait s'élever qu'à 10%.

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 rénové 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, en 2019, les contrôles sur la légitimité du droit ont permis de détecter des fraudes dont le préjudice s'élève à 3,2 M€ contre 0,5 M€ en 2018. Ce résultat s'explique principalement par un dossier de fraude qui a concerné 208 assurés pour un montant de plus de 2,4 M€.

Seront également mises en œuvre de nouvelles actions de contrôles sur les « soins urgents ». Ainsi, le caractère « urgent » des soins sera régulièrement vérifié au travers d'enquêtes du service médical placé près des caisses sur un échantillon de dossiers.

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 la quelle 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 Etat d'origine ou une assurance privée, ne puissent pas bénéficier de l'AME ou des soins urgents ;
- les primo-demandes devront être déposées en personne à la CPAM à compter du 31 juillet 2020, 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.

Par ailleurs, le service du contrôle médical de l'assurance maladie pourra 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 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 1er 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 leur frais de santé pris en charge dans le cadre des soins urgents.

ÉLÉMENTS DE LA DÉPENSE PAR NATURE

Titre et catégorie	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Dépenses d'intervention	1 061 000 000	1 061 000 000
Transferts aux ménages	1 061 000 000	1 061 000 000
Total	1 061 000 000	1 061 000 000

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

Pour 2021, les crédits prévus au titre de l'action AME s'élèvent à 1 061 M€. Ce montant se détaille par dispositif de la manière suivante :

1. Aide médicale de l'État de droit commun : 989,5 M€

Le principal poste de dépenses de l'action est l'AME dite « de droit commun ». Les crédits budgétaires permettent le remboursement des dépenses avancées par la CNAM pour les soins des bénéficiaires de cette prestation.

Pour 2021, le montant des dépenses d'AME de droit commun est de 989,5 M€. Il intègre l'impact en année pleine de la mesure de réduction du maintien de droit de l'assurance maladie d'un an à six mois pour les assurés dont le titre de séjour a expiré, ainsi qu'une évolution spontanée de la dépense qui correspond à l'évolution tendancielle observée avant 2020 - notamment sur les prestations hospitalières - en ligne avec le dynamisme observé par le passé, l'effet des mesures prises en matière de lutte contre la fraude et un effet ressaut correspondant à la dépense non réalisée pendant le confinement.

2. Soins urgents : 70 M€

La dotation dédiée aux soins urgents est ajustée à hauteur de 70 M€ en 2021. Elle demeure donc forfaitaire mais est relevée de l'effet de la mesure instaurant un délai de carence pour l'accès à la protection universelle maladie des demandeurs d'asile.

Cette dotation représente le deuxième poste de dépenses de l'action. Pour rappel, avant l'introduction de ces nouvelles mesures, cette participation forfaitaire de l'État couvrait 60 % de la dépense de soins à la charge de la CNAM en 2019 (66,4 M€), contre 57 % en 2018 (65,1 M€). Des effets sur la dépense sont attendus des actions mises en œuvre en termes de contrôles, décrites ci-dessus, ainsi que de la baisse prévue du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire.

3. Autres dispositifs AME : 1,5 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 ;
- Le paiement des hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé de la Réunion et de métropole.

Le montant des crédits prévus pour 2020 au titre de ce dernier poste de dépenses d'AME est reconduit à hauteur de 1,5 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	8 000 000	0
Crédits de paiement	0	8 000 000	8 000 000	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 1er janvier 1997 et qu'a été créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), 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 apparaît-il comme un organisme d'indemnisation complémentaire pour les victimes reconnues atteintes d'une 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, 248 653 offres d'indemnisation. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un total de 6,2 Md€ (chiffres arrêtés au 31 décembre 2019).

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]. En 2019, la dotation de la branche AT-MP s'est établie à 260 M€, avec un montant de charges de 351,3 M€, conduisant à un résultat annuel de 9,8 M€ et à un fonds de roulement de 94,9 M€. La dotation de l'État en loi de finances initiale est stable entre 2020 et 2021 (8 M€).

Gouvernance et pilotage stratégique

Le rôle dévolu au conseil est majeur en matière de politique d'indemnisation. Les décisions d'indemnisation peuvent en effet faire l'objet de contestation devant les cours d'appel et les montants fixés sont mis à la charge du FIVA.

Le fonds est administré par un conseil d'administration composé de vingt-deux membres, outre le président – magistrat – siègent 5 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, 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'Etat 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 2019, ces recettes ont représenté 5,9 M€ (dont 61% versés par la fonction publique d'Etat).

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
Total	8 000 000	8 000 000

Tableau des charges et des produits du FIVA de 2017 à 2020 :

En millions d'euros	2018	2019	2020 (p)	2021 (p)
Charges	361,6	351,3	308,7	384,4
Dépenses d'indemnisation	301,1	300,3	250,0	320,0
Provisions	52,2	40,8	49,0	54,0
Charges	0,0	0,0	0,0	0,0

Protection maladie

Programme n° 183 | JUSTIFICATION AU PREMIER EURO

exceptionnelles				
Autres charges	8,3	10,2	9,7	10,4
Produits	365,7	361,1	336,8	318,4
Dotation branche AT/MP	270,0	260,0	260,0	220,0*
Dotation Etat (après mise en réserve)	7,8	7,8	7,7	7,7
Reprise sur provisions	49,8	56,1	51,0	54,0
Autres	38,2	37,2	18,1	36,7
Résultat	4,1	9,8	28,09	-65,95
Investissement	0,3	0,4	0,57	0,44
Variation de fonds de roulement	6,3	0,0	25,52	-66,4
Fonds de roulement	100,9	94,9	120,44	54,05

*Montant indiqué sous réserve de son vote en LFSS pour 2021

Pour l'année 2020, le montant total des dépenses est estimé à 308,7 M€, en baisse de 12 % par rapport à l'exécution 2019, dans la continuité d'une décroissance progressive des demandes d'indemnisation mais aussi du contexte de crise sanitaire sur l'année 2020 qui a fortement réduit l'activité du fonds au cours du deuxième trimestre, conduisant à la constitution de stocks, en rattrapage rapide mais qui pourront déboucher sur un décalage de certaines décisions d'indemnisation sur l'exercice suivant. Les produits du FIVA reculeraient de 7 % et s'établiraient à 336,8 M€, dont 260 M€ provenant de la contribution AT-MP et 7,7 M€ de l'État (après mise en réserve). Le résultat de l'exercice 2020 serait ainsi bénéficiaire (28,09 M€).

Pour 2021, les dépenses du FIVA devraient s'élever à 384,4 M€ tandis que ses produits, notamment constitués d'une dotation de la branche AT-MP de 220 M€, calibrée de manière à permettre de conserver un fonds de roulement d'une ampleur suffisante au regard des prévisions de demandes d'indemnisation, et d'une dotation de l'État de 8 M€ (crédits inscrits en PLF, minorés de la réserve de précaution le cas échéant), atteindraient 318,7 M€.

Pour mémoire, depuis 2010, dans un souci de bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, le FIVA n'appelle auprès de la CNAM et de l'ACOSS que la trésorerie nécessaire à la couverture de ses besoins réels. Le FIVA ne place donc plus ses disponibilités sur des périodes longues comme antérieurement.

Évolution des dépenses

L'évolution des dépenses est étroitement corrélée au nombre d'offres et à la mise en œuvre du barème voté par le conseil, selon le principe de la réparation intégrale pour les victimes et pour leurs ayants droits. Les contentieux sont aussi des éléments difficilement maîtrisables d'évolution des dépenses. Les contestations des offres du FIVA aboutissent dans certaines juridictions à une majoration des offres présentées. Des cours ont leur propre barème et une nomenclature des préjudices différente de celle du FIVA.

La prévision des dépenses d'indemnisation est établie en s'appuyant sur les hypothèses suivantes :

- Des difficultés à prendre en charge la demande en 2020 compte tenu des circonstances exceptionnelles, mais un rattrapage en cours et qui doit s'achever en 2021 :

Compte tenu du mois de janvier perturbé par les grèves dans les transports et, surtout, du confinement lié à la crise sanitaire intervenu de mi-mars à mi-mai, les demandes enregistrées et les offres notifiées ont fortement diminué. Cette évolution s'accompagne de la constitution d'un stock de formulaires non encore saisi dans le système. Sa résorption se fera dans le temps avec un renforcement de l'équipe dédiée à la saisie des formulaires dans l'outil métier Sicof. Par conséquent, les dépenses d'indemnisation sont orientées à la baisse, soit, au terme du premier semestre, 76,1 M€ en 2020 contre 123,5 M€ en 2019 (baisse de 47,4 M€).

S'agissant du poids relatif des demandes de victimes au sein de la demande globale, il affiche une relative stabilité ces trois dernières années (entre 37 et 38 % émanant des victimes), la prévision intègre cette stabilité pour 2020 et 2021.

Sur le premier semestre 2020, le FIVA a enregistré 5 765 demandes. Pour l'année entière, ce serait 14 000 demandes qui seraient enregistrées dans Sicof. Elles se répartissent entre 5 200 unités relatives aux victimes et 8 800 aux ayants droit.

Pour 2021, il est prévu un rythme de 1 700 demandes enregistrées en moyenne par mois, soit une demande globale estimée à 20 400 unités, répartie entre 7 550 demandes émanant de victimes et 12 850 émanant des ayants droit (un niveau supérieur aux années récentes mais tenant compte de l'effet rattrapage).

- Une évolution différenciée entre les coûts moyens de chacune des deux sous-populations :

En 2019, pour la première fois depuis la création du FIVA, les victimes atteintes de pathologies graves ont été majoritaires (51 %) au sein de l'ensemble des nouveaux dossiers dont le nombre est resté quasi stable par rapport à 2018 (-0,3 %). Par conséquent, pour 2020 et 2021, la prévision intègre la poursuite de cette tendance avec une hausse du coût moyen pour les victimes. Ainsi, pour ces dernières, il est fixé à 36 000 euros en 2020 et 38 000 euros en 2021. Pour les ayants droit, il demeure stable à 9 200 euros.

- Un taux de rejet qui se stabilise par rapport à 2019 :

Le taux de rejet observé sur le premier semestre 2020 est de 12,3%, soit en légère baisse de 1,6 point par rapport à l'année 2019 (13,9 %). La montée en charge progressive depuis 2018 de l'utilisation du nouveau formulaire ayants droit a donc produit pour la première fois ses effets en année pleine en 2019. C'est la raison pour laquelle il est raisonnable de penser que, pour l'avenir, il ne jouera plus à la hausse sur le taux de rejet qui pourrait se stabiliser autour de 14 % en 2020 et 2021.

- Un stock de demandes enregistrées sans décision à la hausse en 2020 :

Le stock de demandes enregistrées sans décision s'élève à un peu moins de 13 200 demandes à fin juillet 2020 contre 12 300 fin décembre 2019. On constate donc 900 demandes sans décision en plus par rapport au début d'année. Ce surplus, accumulé en raison des effets du formulaire ayants-droit, mais aussi des conséquences de la grève des transports de décembre 2019 et de la crise sanitaire actuelle, engendrerait un déficit de la dépense attendue en 2020 mais, au contraire, un excès de dépense par rapport à la tendance en 2021 avec un rebond attendu.

Ainsi, compte tenu des différents facteurs listés plus haut et des hypothèses associées, les **dépenses d'indemnisation s'établiraient sur la base suivante :**

- **Pour 2020, à 250 M€, dans une fourchette comprise entre 230 et 270 M€ (plus ou moins 20 M€).**
- **Pour 2021, à 320 M€, dans une fourchette comprise entre 300 et 340 M€ (plus ou moins 20 M€).**

La prévision 2020 est confirmée par l'utilisation du modèle à court terme qui repose sur les niveaux de production récemment observées et les montants des offres afférentes.

Aux dépenses d'indemnisations s'ajoutent les dotations aux provisions (49 M€ en 2020 et 54 M€ en 2021), les dépenses de gestion administrative, qui, en dépit de l'ampleur inédite de la crise sanitaire, demeurent maîtrisées et relativement stables d'une année sur l'autre (9,6 M€ en 2020 et 10,4 M en 2021), ainsi que diverses autres charges de gestion, quasi nulles sur les deux exercices considérés.

Le montant total des charges de l'établissement est ainsi prévu à 308,7 M€ pour 2020 et 384,4 M€ pour 2021.