



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 11473

Texte de la question

M. Philippe Meunier attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les fraudes commises par les titulaires de l'aide médicale d'État. Plusieurs sources concordantes dont le dernier rapport de l'IGAS semblent indiquer que les titulaires de l'AME frauderaient en moyenne trois fois plus que les assurés sociaux. Il lui demande si ces chiffres sont avérés.

Texte de la réponse

L'aide médicale d'État (AME) répond à une triple logique de santé publique, humanitaire et financière : éviter la propagation de maladies, donner un accès aux soins à des personnes fragiles et prévenir les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence. Le dispositif a fait l'objet d'un suivi renforcé, notamment à la suite du rapport établi par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) en mai 2007. Plusieurs mesures ont été prises à la suite de cet audit : - renforcement du contrôle des ressources des demandeurs avec la convocation systématique, pour un entretien approfondi, de ceux déclarant des ressources nulles ; - prise en charge des seuls médicaments génériques, en dehors des dérogations prévues ; - instauration d'un titre d'admission imprimé sur papier sécurisé avec photo - récente et en couleur - pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, contenu dans une pochette plastique scellée et remis en mains propres par la caisse d'assurance maladie à l'ensemble des titulaires ; Par ailleurs, le droit à l'AME fait l'objet d'un contrôle approfondi lors de l'ouverture du droit. Sur l'ensemble du territoire national, 160 agents sont ainsi chargés de contrôler les dossiers de demande et les conditions d'attribution de la prestation, pour environ 270 000 bénéficiaires. Le service du contrôle médical dispose d'une compétence générale en matière d'AME, identique à celle qu'il exerce pour le régime général de l'assurance maladie : analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'AME et du dispositif des soins urgents, accord préalable à l'admission en affection longue durée, possibilité de suspendre le service des prestations non justifiées médicalement. Le rapport de la mission d'audit de l'AME menée au cours du second semestre de l'année 2010 par l'IGAS et l'IGF, ainsi que le rapport d'évaluation de l'Assemblée nationale de juin 2011, indiquent que le pourcentage de fraudes est faible et qu'il ne constitue pas un facteur d'explication de la progression des dépenses. Ainsi, dans le rapport d'audit de l'IGAS et de l'IGF de novembre 2010, les rapporteurs précisent qu'en 2009 la caisse primaire d'assurance maladie de Paris a fait état de 13 plaintes visant des bénéficiaires de l'AME sur un total de 133. En outre, les données de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) évaluent, pour 2012, le nombre total de fraudes à l'AME à 41. Selon ces mêmes sources, le montant total du préjudice subi était de 117 112 euros, tandis que le préjudice évité était de 18 433 euros. Les cas détectés concernent essentiellement des fraudes à l'identité, aux ressources et à la résidence.

Données clés

Auteur : [M. Philippe Meunier](#)

Circonscription : Rhône (13^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 11473

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clé(e)s

Question publiée au JO le : [20 novembre 2012](#), page 6552

Réponse publiée au JO le : [14 octobre 2014](#), page 8598