



Comité d'évaluation et de contrôle
des politiques publiques

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ – ÉGALITÉ – FRATERNITÉ

**Recommandations concluant le rapport d'information n° 3524
présenté le 9 juin 2011**

L'aide médicale de l'État : mieux gérer un dispositif nécessaire

Rapporteurs : MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue

**I.- LES RECOMMANDATIONS COMMUNES DES
RAPPORTEURS**

**II.- LES RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE
RAPPORTEUR**

*
* *

**I.- LES RECOMMANDATIONS COMMUNES DES
RAPPORTEURS, SANS REMETTRE EN CAUSE LE
PRINCIPE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT, VISENT À EN
AMÉLIORER LES MODALITÉS DE GESTION**

Au terme de cette démarche d'évaluation du dispositif de l'aide médicale d'État, les rapporteurs ont pu établir un constat commun et formuler ensemble quelques recommandations. Certaines recommandations spécifiques à chacun des rapporteurs font l'objet de développements particuliers dans la partie V du présent rapport (cf. *infra*).

**A.- LA NÉCESSITÉ DU MAINTIEN DE L'AME S'ACCOMPAGNE
DE CELLE DE RÉFORMES DE GESTION**

**1. La nécessité du maintien d'un système spécifique d'accès aux soins,
sous conditions, pour les personnes en situation irrégulière**

Il est remarquable de constater que deux motivations totalement opposées peuvent conduire à vouloir remettre en cause l'AME en tant que

dispositif juridique particulier. Ainsi, certains, estimant son coût démesuré, jugeant le dispositif trop « généreux » ou prompt à susciter des flux d'immigration ou de « tourisme médical », préconisent sa suppression ; d'autres, se fondant sur des conceptions humanitaires et sanitaires, considèrent que la distinction entre l'AME et la CMU est dépassée et appellent à une fusion des deux dispositifs.

S'agissant d'un sujet comme celui de l'AME, parvenir à un constat commun était important. Les rapporteurs souhaitent donc souligner à ce stade que le principe même de l'AME doit être préservé.

Les rapporteurs estiment notamment que compte tenu de la population concernée, très spécifique, une fusion du dispositif dans celui de la CMU, qui aurait peut-être un sens du point de vue de la politique de santé publique, serait inopportune. Le régime de l'AME semble adapté aux caractéristiques de cette population, peut limiter certains excès grâce à ses conditions d'accès et enfin permet de maintenir une distinction administrative et symbolique entre les personnes en situation irrégulière et les étrangers disposant d'un titre de séjour.

Les rapporteurs soulignent que des considérations humanitaires comme des impératifs de politique de santé publique imposent le maintien de l'accès aux soins à ces personnes et que les coûts correspondants, bien qu'en hausse, ne suffisent pas à motiver une suppression dont les conséquences sanitaires et financières pourraient être contre-productives.

Se fondant sur ce constat commun et la conclusion du maintien du dispositif de l'AME, les rapporteurs formuleront donc des propositions, également communes, relatives à la gestion du dispositif.

2. Des recommandations de gestion

La conclusion commune de l'opportunité du maintien du dispositif de l'AME dans son principe ne doit pas empêcher – et bien au contraire – de mettre en place les moyens d'en améliorer le fonctionnement. Ces recommandations ont pour ambition de tirer les leçons de l'évaluation et de mettre en place les conditions d'une amélioration des conditions de gestion de cette prestation sociale. Les rapporteurs estiment nécessaire d'explorer toutes les pistes permettant d'imprimer plus de rigueur à l'administration du dispositif, tout en se rapprochant à moindre coût de son but ultime, l'amélioration de la santé des personnes en situation irrégulière. Il s'agit principalement de déployer l'action publique dans trois directions différentes :

– appliquer progressivement une tarification de droit commun aux soins hospitaliers délivrés aux patients bénéficiaires de l'AME ou de soins urgents ;

– améliorer la connaissance de la population des personnes en situation irrégulière concernées, à la fois d'un point de vue statistique et sanitaire, ce qui doit aller de pair avec une budgétisation correcte des besoins en loi de finances initiale et enfin

– mettre en place un suivi médical d'aval efficace des patients bénéficiaires de l'AME ainsi qu'une première visite de prévention lors de la première année du bénéfice de la prestation.

B.– ADOPTER PROGRESSIVEMENT UNE TARIFICATION DE DROIT COMMUN PAR GROUPE HOMOGÈNE DE SÉJOUR (GHS) AFIN DE SE RAPPROCHER D'UNE « VÉRITÉ DES COÛTS »

1. Abandonner le tarif journalier de prestation pour l'AME

Il semble aux rapporteurs qu'une des premières décisions à prendre consiste à changer le mode de tarification des soins hospitalier en abandonnant le tarif journalier de prestation (TJP) pour adopter la tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS) pour les patients relevant de l'AME au sens strict ou du régime des soins urgents.

Les rapporteurs, en la matière, rejoignent les conclusions de la mission conjointe IGAS IGF de 2010, qui estiment que le TJP est devenu « *une variable d'ajustement des recettes de l'hôpital dans des conditions manquant de transparence* ». La solution passerait donc par la modification de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin d'aligner la facturation des soins dispensés aux patients relevant de l'AME sur celle des soins dont bénéficient les bénéficiaires de la CMUc.

Ce changement permettra de substantielles économies s'agissant des dépenses de l'État sans changement majeur de la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes en situation irrégulière. En effet, les GHS sont forfaitaires, ne dépendent pas de la durée d'hospitalisation et sont nationaux.

Cet ajustement ne peut pas, au risque de déséquilibrer excessivement les équilibres financiers des comptes des hôpitaux, être réalisé brusquement, sur une période trop courte ou sans accompagnement financier. Il ne faut pas sous-estimer la difficulté de la réforme. Elle pourrait constituer un choc

financier pour l'hospitalisation publique, particulièrement pour les grands groupes (AP-HP, AP-HM, Hospices civils de Lyon). Elle pourrait aussi conduire à des transferts de charge entre établissements d'une même zone. Il importe donc d'adopter, après les nécessaires étapes de concertation, une démarche aussi pragmatique que progressive, dans une perspective pluriannuelle.

La proposition, qui recueille un certain consensus dans son principe, serait d'aboutir à un passage à une tarification par GHS en deux ou trois ans, en accompagnant ce passage par des mesures financières visant notamment à abonder les ressources perçues par les hôpitaux au titre des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), sous la supervision des agences régionales de santé.

2. L'exigence de vérité des coûts et de transparence

Il faut à ce stade nuancer l'intérêt intrinsèque de cette proposition en termes de maîtrise des dépenses publiques considérées dans leur ensemble. L'AME est financée sur crédits d'État ; la tarification par GHS, si les efforts de productivité souhaitables ne sont pas au rendez-vous, pourrait conduire à accroître significativement le déficit des hôpitaux, ou les charges de l'assurance maladie.

Cela pourrait peser sur les comptes de l'assurance maladie et ne pas permettre une maîtrise globale de la dépense publique considérée dans son ensemble. Il serait en effet envisageable que la charge financière ne soit plus inscrite dans le périmètre du budget de l'État mais vienne, sans réduction notable, alourdir les dépenses de la branche de l'assurance maladie. Au regard des engagements de la France vis-à-vis de l'Union européenne, ce transfert serait alors neutre ⁽¹⁾.

Cette réforme mérite cependant d'être soutenue car elle permettra de répondre à une exigence de transparence démocratique et de tendre vers une « vérité des coûts », qui pourrait être le moteur éventuel d'un accroissement de productivité supplémentaire dans les hôpitaux publics, notamment par la diminution de la durée de séjour des bénéficiaires de l'AME, lorsque celle-ci est possible, ou par le développement de soins réalisés en ambulatoire.

⁽¹⁾ Les dépenses publiques sont toutes regroupées dans un agrégat puis comparées aux ressources publiques pour définir le solde des administrations publiques (capacité ou besoin de financement des administrations publiques ou « APU ») souvent exprimé en points de PIB.

C.– SORTIR DU FLOU STATISTIQUE EN AMÉLIORANT LA CONNAISSANCE DE LA POPULATION EN CAUSE ET EN BUDGÉTISANT CORRECTEMENT LES BESOINS

Les rapporteurs estiment que des efforts restent à faire afin d'améliorer la connaissance statistique et sanitaire des bénéficiaires de l'AME.

De plus, la situation dans le département de la Guyane exige des mesures spécifiques.

Enfin, il est nécessaire que les dotations des lois de finances initiales prévoient correctement les besoins.

1. Suivi sanitaire : donner plus de profondeur aux données de l'assurance maladie

Il est impératif d'améliorer la connaissance statistique des conditions de gestion de cette prestation et de l'état de santé des bénéficiaires de l'AME.

Cela exige notamment de constituer des séries longues, ce qui conduit à souligner l'intérêt de la remise en cause du plafond de 24 mois (plus l'année en cours) de conservation des données de l'assurance maladie contenues dans la base de données ERASME ⁽²⁾ de l'assurance maladie (régime général), ces données étant ensuite anonymisées au sein du SNIIRAM (tous régimes). La base de données est assez riche puisqu'elle permet de disposer des données suivantes : âge, sexe, ALD, localisation, date de décès et des informations sur la consommation de soins en ville et dans les établissements.

Il s'agit d'un problème récurrent soulevé par d'autres acteurs de la politique de santé publique. En effet, d'autres acteurs de la politique de santé publique, notamment les épidémiologistes, pharmacologues et cancérologues recherchent plus de profondeur dans ces statistiques. Selon les informations recueillies auprès des services de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), une demande de prolongation d'un an pourrait être déposée auprès de l'autorité administrative : les données pourraient être consultées sur une période s'étendant de l'année en cours n à l'année n-3. Cependant, cette prolongation d'une année par rapport au droit en vigueur pourrait s'avérer insuffisante. Il serait sans doute préférable d'aboutir à une durée significativement plus longue.

⁽²⁾ *Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique.*

2. Améliorer les connaissances publiques sur l'accès aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de l'AME

La démarche d'évaluation a mis en évidence le manque de données relatives à l'accès aux soins et à l'état de santé des bénéficiaires de l'AME. Or, cet accès aux soins et l'amélioration de cet état de santé sont les deux principaux objectifs de l'AME. L'expertise associative est riche et intéressante, mais elle ne saurait se substituer à l'expertise publique. Sans méconnaître la difficulté de mener ce type d'enquêtes, les rapporteurs estiment nécessaire d'entreprendre un travail d'investigation en la matière. Cela pourrait notamment passer par une mission, ponctuelle ou permanente, confiée à l'InVS afin de développer sur ce sujet une compétence spécifique.

3. Moderniser l'instruction des demandes : mettre en place une base de données nationale des refus de demandes d'AME

Il est indispensable d'améliorer le suivi statistique des bénéficiaires de l'AME et de leur consommation, au-delà des améliorations significatives constatées depuis quelques années. Un effort substantiel de fiabilité est donc demandé aux gestionnaires du dispositif, particulièrement les CPAM et les hôpitaux.

Il conviendrait également de généraliser un dispositif actuellement applicable uniquement en Île-de-France : une base de données recensant les personnes auxquelles le bénéfice de l'AME a été refusé. Cette base de données permettrait de faciliter le travail d'instruction des CPAM. Cette bonne pratique gagnerait donc à être étendue sur tout le territoire. Il appartient à la direction de la CNAMTS d'organiser ce déploiement qui pourrait prendre comme base l'architecture déjà testée dans la région Ile-de-France.

La mise en place et l'extension de cette base de données devra respecter la législation relative aux données personnelles et les dispositions de la loi « informatique et libertés » (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

4. L'application du dispositif dans le département de la Guyane : à situation exceptionnelle, régulation exceptionnelle ?

La Guyane présente des difficultés particulières en matière d'AME. Département français disposant de frontières avec des pays en voie de développement, notamment avec le Surinam, pays victime d'une guerre civile, sa situation est unique. Elle concentre près d'un sixième des bénéficiaires de l'AME. Il est à noter que l'incidence de la tuberculose y est particulièrement élevée, supérieure en 2008 à celle enregistrée en Île-de-France. La définition

de la « personnes en situation irrégulière » y est particulièrement problématique. Les données fournies par les associations indiquent que le nombre de personnes en situation irrégulière serait de 50 000, dont la moitié serait bénéficiaires de l'AME.

Les rapporteurs ont pris connaissance des développements intéressants du rapport de l'IGAS et de l'IGF sur la Guyane. Il est ainsi pour le moins inquiétant que les données en provenance de Guyane soient considérées comme pratiquement inexploitable.

L'urgence en la matière serait donc d'améliorer significativement et rapidement la fiabilité des statistiques afin de pouvoir porter un véritable diagnostic sur la situation en Guyane.

Les rapporteurs souhaitent également alerter le gouvernement sur les difficultés de gestion du dispositif en Guyane. Il ne fait pas de doute que les particularités de la situation exigent une régulation spécifique associant, sur le terrain, toutes les administrations responsables, les associations pouvant aussi contribuer, le cas échéant, à l'élaboration d'une action adaptée.

5. Une budgétisation exacte des besoins en loi de finances initiale

Les rapporteurs estiment regrettables les phénomènes de sous-budgétisation intervenus dans la décennie 2000 – 2010. Jusqu'en 2008, les dotations insuffisantes ont suscité la création d'une dette de l'État à l'égard de la CNAMTS.

Ces sous-dotations ont brouillé l'appréciation parlementaire de l'évolution des dépenses. Un terme a été mis à ces pratiques en 2008. Cependant, les rapporteurs souhaitent souligner la nécessité, à l'avenir, que les lois de finances initiales budgétisent précisément les besoins au titre de l'AME pour l'exercice à venir.

D.– ORGANISER UNE VISITE DE PRÉVENTION OBLIGATOIRE LORS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DU BÉNÉFICE DE L'AME

Une proposition complémentaire à la précédente serait d'instaurer une visite de prévention obligatoire pour les personnes obtenant le bénéfice de l'AME pour la première fois.

Cette consultation, à réaliser auprès d'un médecin généraliste, ou auprès d'un dispensaire, permettrait de procéder à un premier *check-up* d'ensemble, afin de diagnostiquer toute pathologie grave et de mettre en place des actions simples de dépistage et de prévention.

Cette proposition aurait un intérêt sanitaire, mais aussi économique, afin d'éviter les hospitalisations coûteuses (cas du VIH, des hépatites, de la tuberculose et des pathologies cardio-vasculaires ...). Enfin, en termes de santé publique, elle permettrait d'améliorer les connaissances sur l'état de santé des demandeurs de l'AME. Elle pourrait s'étendre à un examen bucco-dentaire.

Cette recommandation avait également été préconisée par la mission commune de l'IGAS et de l'IGF de 2007 dans un objectif de promotion de la santé publique. Comme cela a été expliqué aux rapporteurs dans le cadre du déplacement à la CPAM de Bobigny, elle a fait actuellement l'objet d'une expérimentation dans le département de la Seine-Saint-Denis.

E.- AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE D'AVAL DES BÉNÉFICIAIRES HOSPITALISÉS

L'évaluation a permis de souligner le coût important des séjours dans les établissements hospitaliers, coût provoqué par une tarification hospitalière inadaptée, partiellement responsable de séjours parfois particulièrement longs. Cet état de fait, bien documenté par le rapport des inspections de 2010, doit trouver une solution. Il faut en effet mettre fin à cette situation coûteuse et dont le bénéfice médical, pour les patients concernés, est peu élevé.

Il s'agit donc, compte tenu des différences de coûts relatifs à un séjour respectivement en soins aigus ou en soins de suite ou de réadaptation, de favoriser le placement dans un service ou un lit d'aval dès lors que la situation de la personne, appréciée d'un point de vue médico-social, le permet. La réforme proposée en matière de tarification hospitalière (passage à une tarification forfaitaire) permettra d'inciter les établissements à effectuer ces placements en aval, dès lors que des places sont disponibles, notamment en maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Cette recommandation revêt en fait trois dimensions différentes : l'augmentation nécessaire du nombre de places dans les services concernés, particulièrement en maisons d'accueil spécialisé, la prise en charge financière des dépenses afférentes et les dispositions normatives à modifier.

F.- PRENDRE EN COMPTE LE CAS PARTICULIER DU DÉPARTEMENT DE MAYOTTE

Mayotte présente des caractéristiques spécifiques. En effet, cette petite île est située non loin de l'archipel des Comores. De nombreuses personnes en situation irrégulière y résident. Les structures hospitalières y sont encore peu

développées et conduisent régulièrement à des évacuations sanitaires sur la Réunion.

Depuis la mise en place effective de la départementalisation le 31 mars dernier, Mayotte est régie par l'article 73 de la Constitution de 1958, dont l'alinéa 1^{er} dispose : « Dans les départements et régions d'outre-mer, les lois et règlements sont applicables de plein droit. Ils peuvent faire l'objet d'adaptations tenant aux caractéristiques et contraintes particulières de ces collectivités ». Les lois et règlements adoptés depuis le 1^{er} mars dernier sont donc applicables à Mayotte, sans qu'il soit besoin de le préciser. Le principe est donc celui de l'identité législative (application sauf dérogation expresse). Les textes qui s'appliquent spécifiquement aujourd'hui à Mayotte demeurent en vigueur après l'instauration, dans cette collectivité, du régime d'identité législative, tant qu'ils ne sont pas modifiés ou abrogés.

En ce qui concerne l'AME, aucune évolution n'est prévue à court terme. En matière de prestations sociales et de cotisations de sécurité sociale, l'étude d'impact jointe au projet de loi relatif à Mayotte indique que le rapprochement avec le droit commun se fera sur une période de vingt à vingt-cinq ans, délai qui tient compte des écarts actuels de niveau de vie entre Mayotte et la métropole, mais aussi entre Mayotte et les autres départements d'outre-mer. Toutefois, la mise en place du revenu de solidarité active est envisagée dès 2013, avec un montant inférieur au montant métropolitain.

En matière d'aide médicale aux personnes en situation irrégulière, la récente décision d'un tribunal aux affaires sociales ayant condamné la France pour non-respect de la Convention internationale des droits de l'Enfant et demandé à la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte de procéder à l'affiliation directe de l'enfant, afin que son droit à la santé soit garanti, montre que la situation exige des solutions particulières.

Les rapporteurs souhaitent donc attirer l'attention du gouvernement sur la situation de Mayotte, qui appelle des décisions rapides et adaptées.

II.- LES RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE RAPPORTEUR

Recommandations spécifiques du co-rapporteur M. Claude Goasguen

Le pilotage du dispositif de l'AME, en plus des recommandations communes, nécessite une réforme structurelle plus vaste, par la mise en place de lignes budgétaires stabilisées et par une approche plus conforme avec les politiques pratiquées par les autres pays de l'UE.

1. Il convient de faire gérer le dispositif de l'AME par une caisse d'assurance maladie dédiée. Cette gestion concentrée, qui est courante dans le domaine de l'assurance maladie, permettra de limiter les gaspillages budgétaires, unanimement établis, et les distorsions entre les différentes caisses, justement critiquées. Cette caisse dédiée permettra de contrôler les besoins et d'ajuster les procédures de contrôle, notamment informatisées, qui pourraient être plus efficaces que les contrôles aléatoires et répartis sans véritable efficacité sur le territoire.

2. Il convient d'éviter les procédures fragilisées sur le plan budgétaire, dans le cadre du projet de loi de finances. Les crédits alloués sont en effet constamment dépassés et ces dépassements « éponnés » par les projets de loi de finances rectificative. Ce dispositif sans limite budgétaire opérante constitue un appel d'air, contraire à une authentique rigueur budgétaire globale fondée sur des enveloppes fixes.

Il convient donc de promouvoir l'existence d'une enveloppe fixe, sauf dérogation justifiée par un rapport préalable, présenté et explicité devant le Parlement pour des situations exceptionnelles. Le montant de l'enveloppe sera strictement arrêté et les documents budgétaires relatifs au programme concerné détailleront la ventilation des crédits en fonction d'une grille de soins. Cette procédure plus rigoureuse devra être précédée d'un avis de la Haute autorité de santé qui veillera à la justification technique des crédits ainsi ventilés en fonction de l'état sanitaire des populations accueillies. Cet avis précédera la délibération du Parlement pour le vote du budget ainsi dédié à l'AME.

3. Après avoir examiné les procédures du dispositif sanitaire en faveur des immigrés illégaux dans les autres pays européens, il convient de souligner que la nature du panier de soins universel fait de la France une exception. Cette exception se justifie uniquement par des motifs « vertueusement »

idéologiques mais qui sont difficilement explicables et acceptables pour les immigrés légaux et les populations socialement fragiles, qui ne disposent pas de droits aussi étendus et vivent l'AME comme un avantage injustifié par rapport à leur situation. Il n'est pas facile d'expliquer qu'une population en situation quasi délictuelle puisse bénéficier, même au nom d'une politique humanitaire, d'une situation plus favorable que ceux qui sont dans une situation légale, et tout aussi difficile. Pour ces raisons, la mise en place de niveaux de protection gradués s'impose.

Le premier niveau de protection concernera les soins indispensables au maintien de la santé de la population concernée, et notamment ce qui relève :

- des soins urgents,
- des efforts de prévention et de prophylaxie ⁽³⁾,
- des soins relatifs aux femmes enceintes, et
- tous les soins aux mineurs.

Pour ce premier niveau de soins, seuls les hôpitaux publics et les dispensaires seront compétents pour recevoir les bénéficiaires. En l'absence d'hôpitaux publics ou de dispensaires dans la zone géographique immédiate, des centres médicaux, des cliniques privées ou des médecins libéraux accueilleront les personnes concernées sous réserve qu'elles disposent d'un agrément spécifique. Il faut souligner à cet égard l'urgence de relancer la création de dispensaires publics dans le maillage territorial, bien trop insuffisants actuellement.

Le deuxième niveau de soins concernera un panier de soins supplémentaires, composé des soins dentaires, des dispositifs médicaux, de masso-kinésithérapie et d'optique. Le troisième niveau de soins s'étendra aux soins dits de confort, dont la prise en charge doit rester exceptionnelle. Pour ces deux derniers niveaux de soins, la médecine libérale et les cliniques privées pourront intervenir. Ces soins seront soumis à entente préalable et à l'autorisation expresse de la caisse dédiée.

4. La disposition relative au paiement préalable du droit de timbre doit être maintenue. En effet, l'effort financier que ce paiement nécessite de la part des bénéficiaires de l'AME reste faible par rapport à l'importance des crédits finançant l'AME. Les premières applications de ce dispositif montrent en effet qu'il n'a pas soulevé dans les populations concernées beaucoup de résistance ou de refus.

⁽³⁾ Moyens engagés en vue de prévenir l'apparition et/ou la propagation d'une maladie.

La faiblesse du montant du droit de timbre rend le système parfaitement opérant. Il est accompagné d'une connotation symbolique qui permet d'éviter que des individus en situation irrégulière soient dispensés de tout effort à la participation de leur couverture sociale, qui nécessite également un effort national de solidarité.

Recommandations spécifiques

du co-rapporteur M. Christophe Sirugue

À l'issue de cette démarche d'évaluation, plusieurs recommandations particulières peuvent être formulées.

Il paraît essentiel de réaffirmer la nécessité du maintien d'une même caisse pour les assurés du régime social et les bénéficiaires de l'AME et de dissuader tout projet de mise en place d'une caisse à part.

La suppression du timbre de 30 euros mis en place le 1^{er} mars 2011 et conditionnant l'accès au dispositif est une priorité.

Il est indispensable de rappeler aux CPAM leur obligation d'accepter les domiciliations chez autrui, conformément à la circulaire de la DGAS. De même, il est nécessaire de souligner auprès du réseau de l'assurance maladie qu'il est tenu d'appliquer de manière uniforme le dispositif sur le territoire, notamment en ce qui concerne les demandes de pièces justificatives. Les justificatifs ne figurant pas sur les textes applicables n'ont pas à être exigés.

Pour des raisons sanitaires, économiques et éthiques, il paraît essentiel de signifier par voie de communication à l'ensemble des acteurs de la mise en œuvre du dispositif de l'AME que le danger n'est pas la fraude mais bien l'absence de recours à ce régime.

Il faut absolument parvenir à une dotation budgétaire plus sincère en loi de finances initiale qui prenne en compte toutes les lois de finances rectificatives nécessaires depuis quelques années et les dettes contractées auprès de l'assurance maladie.

Maintenir une couverture territoriale correcte des structures de dépôt et d'instruction des dossiers permettra de ne pas dissuader les bénéficiaires potentiels de l'AME pour qui des déplacements trop importants représentent déjà un obstacle. Il est donc inopportun de chercher à les regrouper.

Il faut que le gouvernement publie rapidement le décret permettant l'application de l'article 54 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui organisera la mise en place d'une procédure *ad hoc* et d'une commission mixte de conciliation.

Enfin, il est nécessaire d'accélérer l'application du dispositif de l'AME à Mayotte devenu département français le 31 mars dernier.