

Pour tordre le cou aux rumeurs et idées reçues Les députés appuient le maintien de l'Aide médicale d'État

Un rapport du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, adopté la semaine dernière, se prononce en faveur du maintien du dispositif de l'AME... à condition d'en améliorer la gestion financière. Les députés dénoncent un transfert de charge des soins hospitaliers qui devrait être géré par l'assurance-maladie.

DES FAITS pour tordre le cou aux rumeurs. À l'issue de l'adoption par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de leur rapport d'information sur l'évaluation de l'aide médicale d'État, Claude Goasguen, député UMP, et Christophe Sirugue, député PS, ont fait preuve d'une belle unanimité sur un sujet « ô combien polémique », selon leur propre expression. « Dans une période préélectorale, c'est bien de fournir à nos concitoyens un élément objectif qui fera référence et qui permettra d'éviter des débats exagérés dans un sens ou dans un autre », a indiqué le premier. C'est d'ailleurs lui qui a voulu ce rapport mis au programme du CEC en février 2010. « Lorsque j'ai commandé ce rapport, mon objectif était de calmer les rumeurs. J'en ai assez en ma-



Un problème majeur, le transfert de charges

blique. Toutefois, ils remettent en cause les modalités de sa gestion. Le rapport confirme en effet la « forte hausse » mais pas « l'explosion » des dépenses consacrées à l'AME, de 377 millions d'euros en 2005 à 623 millions en 2010. Celles-ci devraient encore augmenter, selon les estimations fixant le budget 2011 de l'AME à 640 millions.

Comme l'a souligné Christophe Sirugue, le rapport rejette plusieurs idées fausses circulant sur les causes de ces dépenses. La majorité des bénéficiaires le font

constante depuis 2001, avec cependant une hausse plus forte en 2009.

En revanche, deux éléments principaux sont à l'origine d'une inflation des dépenses : l'augmentation du nombre de bénéficiaires, de 79 000 en 2000 à 189 000 en 2005 et 227 000 en 2010 ; et les conditions de facturation hospitalière. Le premier est lié au nombre plus élevé des ressortissants communautaires, des demandeurs d'asile (20 % entre 2007 et 2008) mais aussi aux dysfonctionnements dans les conditions

Consultation de prévention. Toutefois, « le problème majeur de l'AME est un problème de transfert de charges, essentiellement hospitalières, qui devraient normalement être gérées par la Sécurité sociale et l'assurance-maladie », a relevé Claude Goasguen. Le surcoût est estimé entre 150 à 200 millions (soit un cinquième de la dépense totale de l'AME) chaque année.

Les bénéficiaires de l'AME ont certes recours à la médecine de ville mais la majeure partie des dépenses correspond à des prestations hospitalières (trois quarts de la dépense totale). L'introduction de la tarification à l'activité pousserait les hôpitaux confrontés à des difficultés financières à mieux rechercher les personnes qui ont droit à une couverture maladie, la tarification à l'activité n'étant pas appliquée aux bénéficiaires de l'AME. Ces derniers sont facturés sur la base d'un « tarif journalier de prestation » (TJP). Or des disparités énormes existent : « En 2010, le tarif journalier de prestation était de 1 380,69 euros à l'AP-HP contre 410 euros au centre hospitalier

d'Aulnay-sous-Bois », a indiqué Claude Goasguen. À Paris, par exemple, moins de 1 % des bénéficiaires de l'AME concentrent la moitié de la dépense hospitalière. Le rapport note que les patients relevant de l'AME sont hospitalisés plus longtemps que les autres, du fait de problèmes sociaux rendant incertaine leur prise en charge à l'extérieur mais aussi parce que « la facturation en forfait journalier n'incite pas les hôpitaux à chercher rapidement une structure d'aval ». Le rapport estime, comme l'avait déjà fait l'IGAS en 2010, que le TJP est devenu « une variable d'ajustement des recettes de l'hôpital dans des conditions manquant de transparence ».

Les députés proposent donc un abandon progressif du TJP et l'adoption d'une tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS). La mise en place d'une visite de prévention obligatoire à l'entrée du dispositif réalisée par un médecin généraliste ou dans un dispensaire figure également parmi leurs propositions.

> DR LYDIA ARCHIMÈDE

Désaccord sur le droit de timbre

En dépit du consensus qui a présidé à l'élaboration de leurs recommandations, les rapporteurs ont tenu, dans le texte présenté au CEC, à souligner les

gramme du CEC en février 2010. « Lorsque j'ai commandé ce rapport, mon objectif était de calmer les rumeurs. J'en ai assez en matière d'immigration, de nationalité et de tous ces sujets qui tournent autour de la présence des immigrés dans ce pays », assène-t-il.

Christophe Sirugue ne dit pas autre chose. Selon lui, il était nécessaire de « tordre le cou à l'idée que la fraude soit à l'origine des difficultés de financement de l'AME », de « tordre le cou à l'idée selon laquelle il y aurait des cohortes de personnes inscrites derrière un bénéficiaire » et de « tordre le cou à l'idée selon laquelle les dépenses des personnes bénéficiant de l'AME étaient considérablement plus importantes que les autres ».

Autant d'arguments entendus, « même dans l'enceinte de l'hémicycle », a expliqué le député PS, et qui poussent « un certain nombre de Français à des positions injustifiées », a poursuivi son collègue UMP.

Leurs investigations ont duré un an : une dizaine d'auditions, dont celle de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), mais aussi des auteurs du précédent rapport de l'IGAS-IGF de 2010 sur l'AME et des associations; des déplacements dans deux hôpitaux d'Île-de-France et deux caisses d'assurance-maladie. Ils ont également interrogé au moyen de questionnaires toutes les caisses primaires et consulté toutes les enquêtes sur le sujet.

Pas d'explosion des dépenses.

La première de leurs recommandations affirme « la nécessité du maintien de l'AME », le dispositif répondant, selon eux, aux impératifs humanitaires et de santé pu-

blèmes plus élevés des ressortissants communautaires, des demandeurs d'asile (20 % entre 2007 et 2008) mais aussi aux dysfonctionnements dans les conditions d'application de la procédure « étranger malade », avec un basculement au profit de l'AME. La transposition en 2007 d'une directive européenne de 2004, qui indique qu'un ressortissant communautaire inactif ne peut s'installer en France et se prévaloir d'un droit au séjour s'il ne dispose pas d'une couverture maladie, a notamment eu des répercussions sur le budget de l'AME.

Lutte contre le VIH/sida à l'ONU

Une nouvelle ambition, l'éradication

La réunion de l'Assemblée mondiale des Nations unies, qui s'est tenue à New York du 8 au 10 juin, marque une nouvelle étape dans la lutte contre le VIH/sida. L'objectif affiché désormais est celui de l'éradication, grâce à la prévention de la transmission mère/enfant et à l'accès aux traitements pour 15 millions de personnes.

« **CE NOUVEAU PLAN mondial est réaliste, efficace et entraîné par les pays les plus affectés** », a déclaré Michel Sidibé, le directeur exécutif de l'ONUSIDA. Le plan a été annoncé au cours d'une réunion de haut niveau des Nations unies. En 2009, quelque 370 000 enfants sont nés avec le VIH, la quasi-totalité d'entre eux vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire, principalement en Afrique subsaharienne. Le plan vise à éliminer les nouvelles infections chez les enfants

d'ici à 2015 et à maintenir en vie leurs mères. « *Nous ne pourrions parvenir à une génération sans VIH et sans sida qu'en concentrant nos efforts sur les mères et les enfants qui sont les plus exposés et en ont le plus besoin* », a souligné le directeur général de l'UNICEF, Anthony Lake. Répondant à ce plan, le programme PEPFAR (Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida) a annoncé une enveloppe supplémentaire de 75 millions de dollars pour les initiatives de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Ce financement s'ajoute aux 300 millions que le PEPFAR verse déjà, tous les deux ans, pour soutenir les programmes de PTME. La fondation Bill et Melinda Gates s'est engagée à donner 40 millions de dollars, le groupe Chevron 20 millions et Johnson & Johnson 15 millions.

Le plan recommande une série de mesures politiques et programma-

tiques qui doivent améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement des femmes enceintes et inclut des programmes de traitement des mères et des enfants séropositifs lors de l'allaitement, alors qu'il prévoit des passerelles vers des programmes existants de prévention et de traitement pour la suite. Le plan inclut également un calendrier détaillé sur l'action à mener.

Nouveau défi. Trente ans après le début de l'épidémie de VIH/sida et dix ans après la première session historique de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée à la maladie, les États membres ont voulu donner un nouvel élan à la lutte. Ban Ki-moon, qui a posé sa candidature pour un nouveau mandat à la tête de l'organisation, a présenté son plan global pour renforcer la prévention et l'accès aux soins pour tous. L'objectif proclamé est, selon lui, d'éradiquer la maladie.

Désaccord sur le droit de timbre

En dépit du consensus qui a présidé à l'élaboration de leurs recommandations, les rapporteurs ont tenu, dans le texte présenté au CEC, à préciser leurs divergences. Le droit de timbre à 30 euros introduit lors de la dernière loi de finances, mesuré dénoncé par les associations défendant les droits des étrangers, en fait partie. Si Claude Goasguen approuve cette mesure « symbolique », qui « montre que chacun fait un effort à la participation aux droits sociaux pour tous », Christophe Sirugue y est hostile, parce que, financièrement, pour les bénéficiaires, elle n'a rien de symbolique et représente « un frein à l'accès aux soins ». Tous les deux soulignent que ce « droit de timbre » risque de coûter plus cher que ce qu'il rapporte et tous deux dénoncent la remise tardive du rapport de l'IGAS, une fois la discussion parlementaire terminée, alors qu'il avait été remis à Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, et qu'il était en défaveur du « droit d'entrée ».

« *Aujourd'hui, le défi a changé. Aujourd'hui, nous nous réunissons pour éradiquer le sida. C'est notre objectif : l'éradication du sida sur une décennie, zéro nouvelle infection, zéro stigmatisation et zéro décès dû au sida* », a souligné le secrétaire général.

Les pays riches, dont la France, ont accepté de s'engager à mettre sous traitement 15 millions de personnes d'ici à 2015. Cet engagement a été salué par les associations, qui estiment qu'il « doit désormais se concrétiser par des mesures immédiates » et demande qu'un terme soit mis « au gel des financements de la lutte contre le sida au niveau international ». Pour Emmanuel Trénado, directeur adjoint d'AIDES, il s'agit néanmoins là d'un « engagement historique, dont la dynamique va permettre (...) de rattraper le retard pris sur la pandémie ».