



***Mission d'Information
sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale
en Ile-de-France***

REGARDS

SUR LA

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

*Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France - MIPES
Région Ile-de-France, 35 boulevard des Invalides, 75007 Paris
Tél : 01 53 85 66 96 - Fax : 01 53 85 74 09*

AVANT-PROPOS

Cette rencontre était consacrée à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale Etat (AME), après trois ans de fonctionnement.

La CMU est une avancée sociale importante pour l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Elle concerne, en Ile de France, plus de 700 000 bénéficiaires, très inégalement répartis selon les départements.

Assimilée à un nouveau minimum social, eu égard au plafond de ressources de la CMU complémentaire, cette prestation observe une répartition géographique proche de la cartographie de la pauvreté (la Seine-Saint-Denis a proportionnellement trois fois plus de bénéficiaires que les Yvelines) et reflète l'intensité de la pauvreté (Paris, ville riche a néanmoins 9% de sa population à la CMU).

D'autre part, la création de la CMU a modifié la pratique des professionnels de santé (dans certains quartiers de la politique de la ville, le 1/3 des habitants ont la CMU), des caisses d'assurance maladie, qui en sont les opérateurs principaux, des services sociaux et des usagers.

La rencontre visait à faire le point sur cette prestation, avec différents acteurs qui ont part de leur expérience et des informations dont ils disposent.

La Mission remercie ici tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce dossier.

SOMMAIRE

Cette rencontre, préparée avec Olivier QUEROUIL du Fonds de financement de la CMU qui a également animé cette rencontre, s'est articulée autour de différents points :

- I. Le dispositif
 1. Son antériorité
M. Olivier QUEROUIL, Fonds CMU
 2. Ses modalités
Mme Isabelle BOUILLE-AMBROSINI, Chargée du dossier CMU, CNAMTS

- II. Les bénéficiaires
M. Olivier QUEROUIL, Fonds CMU
M. Claude GISSOT, Chef du Bureau des dépenses de santé, DREES

- III. Les professionnels face à la CMU
 1. Les acteurs institutionnels
M. Marc SCHLUSSELHUBER, Directeur de la régulation, CPAM de Seine-Saint-Denis
M. Gilbert CLAUDEL, Chef de projet CMU, CPAM Val-de-Marne
 2. Les professionnels de santé libéraux
Mme Annie-Claire DEYON-AVANTURIER, médecin généraliste
 3. Les professionnels associatifs
Mme Nathalie FOUQUES, Coordinatrice du centre de soins de Paris, Médecins du Monde
Mme Noëlle LASNE, Médecin, Médecins Sans Frontières

- IV. Les enjeux d'un tel dispositif
M. Pierre VOLOVITCH, Institut des Recherches Economiques et Sociales

ANNEXES

I. LE DISPOSITIF DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

1. SON ANTERIORITE

M. Olivier QUEROUIL, Fonds CMU :

Pour comprendre la logique de la CMU, il faut absolument se souvenir de l'origine de cette loi qui n'est pas un sous produit de la sécurité sociale mais de l'aide sociale. La CMU est venue remplacer l'aide médicale en janvier 2000.

L'aide médicale aux indigents date de 1893. Elle permettait de prendre en charge les soins, dans le contexte de l'époque : il s'agissait principalement des dépenses hospitalières, avant l'apparition de la sécurité sociale. Pour obtenir l'aide médicale, il faut faire l'objet :

- D'un constat d'un état de besoin, de pauvreté ;
- D'un constat d'un état de maladie ;
- D'une décision discrétionnaire, par la commission d'aide sociale.

L'aide médicale était attribuée à un individu, pour une maladie, et faisait l'objet de récupération sur successions et sur les obligés alimentaires. L'hospitalisation en psychiatrie fait l'objet d'une section spéciale. Ce droit est resté relativement inchangé pendant très longtemps, parce que la montée en régime de la sécurité sociale à partir de 1945 l'a cantonné à un rôle résiduel pour la prise en charge des très pauvres et des cas particuliers (les DOM).

Son inadéquation par rapport au système de santé devient pourtant patente : plusieurs facteurs vont jouer pour faire évoluer la situation dans les années 1980 :

- Les hôpitaux ne veulent plus jouer leur rôle asilaire pour devenir des pôles d'excellence médicale : le soin courant peut être traité en ambulatoire ;
- L'explosion du chômage de masse, qui met en cause la généralisation de la protection sociale assise sur l'activité professionnelle ;
- Le transfert de l'aide médicale aux départements, qui sert de révélateur de l'archaïsme d'une gestion routinière ;
- La perception du compromis social : l'assurance maladie n'est plus perçue comme un privilège accordé aux salariés, mais comme un élément de base de l'appartenance à la citoyenneté.

L'aide médicale évolue en deux temps :

- avec la loi sur le RMI (1988) : généralisation de l'assurance personnelle. Les bénéficiaires du RMI sont automatiquement assurés sociaux.
- avec la réforme de l'aide médicale (1992) : le droit est automatiquement ouvert pour l'ensemble des prestations reconnues par la sécurité sociale, pour un an et pour l'ensemble de la famille. Le constat de la pauvreté est établi à partir d'un critère « objectif » de ressources, et le passage en commission d'aide sociale est supprimé. L'aide médicale se rapproche de l'assurance maladie.

Mais l'aide médicale reste du ressort de l'aide sociale et de la compétence des départements, ce qui est un facteur de complexité : par exemple l'assurance personnelle est prise en charge selon les cas par les départements, par l'Etat (SDF), par les CAF (familles allocataires), par la Caisse des Dépôts et Consignations (bénéficiaires du minimum vieillesse), par les CPAM sans cotisations (AAH). Ces difficultés provoquent des coûts de gestion élevés, et la multiplication de conflits de compétence qui retardent l'accès aux droits.

Plusieurs projets de réforme sont proposés. Celui qui aboutit est celui qui instaure les Couvertures Maladies Universelles (CMU) de base et complémentaire, par la loi du 27 juillet 1999 (entrée en vigueur du dispositif le 1^{er} janvier 2000).

La compétence est retirée aux départements et transmise à l'Etat : la CMU relève du champ du droit social et non de l'aide sociale. Ce n'est pas pour autant que la CMU complémentaire rentre dans le champ de la sécurité sociale puisque la prestation n'est pas payée par les cotisations des assurés sociaux. La CMU complémentaire est une prestation de solidarité financée par dotation de l'Etat, et de façon marginale par un prélèvement sur les organismes complémentaires.

2. SES MODALITES

Mme Isabelle BOUILLE-AMBROSINI, Chargée du dossier CMU, CNAMTS :

La CMU de base permet le bénéfice du régime général d'assurance maladie, non plus sur critère d'activité, mais sur critère de résidence.

Cette résidence doit remplir deux conditions : elle doit être stable et régulière.

L'assuré est soumis au versement de cotisations si le revenu fiscal de référence du foyer dépasse un certain plafond (6 609 € depuis octobre 2002).

La CMU complémentaire permet l'accès à une couverture maladie complémentaire gratuite pour les personnes dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond (562 € pour une personne seule), que ces personnes soient rattachées à la CMU de base ou non.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont le libre choix de l'organisme gestionnaire : la CPAM ou un organisme complémentaire.

Cette nouvelle prestation a permis de réduire les inégalités constatées entre départements à l'époque de l'aide médicale départementale. Aujourd'hui, la couverture maladie complémentaire est identique sur tout le territoire pour les personnes concernées et leur famille.

Le droit à la CMU est révisé chaque année.

Pour les bénéficiaires du RMI, la CMU est accordée sans examen de ressources. Mais ce droit n'est pas automatique, les bénéficiaires du RMI doivent faire la démarche de contacter la CPAM et de remplir un dossier.

Le plafond du montant maximum de ressources, fixé dans le cadre de la CMU complémentaire, est inférieur aux montants de l'AAH et du minimum vieillesse. Pour limiter l'effet de seuil, la CNAM a mis récemment en place deux dispositifs d'accompagnement de la CMU :

- l'aide à la mutualisation pour les personnes dont les ressources dépassent jusqu'à 10% le plafond fixé pour la CMU complémentaire : les CPAM signent des conventions avec des organismes gestionnaires. Ces derniers s'engagent à faire profiter les personnes concernées du tiers-payant et des garanties prévues par la CMU complémentaire (ticket modérateur, forfait hospitalier). Les CPAM apportent également une aide pour payer l'adhésion à un organisme complémentaire.

- le tiers-payant : tout bénéficiaire de la CMU sortant bénéficie encore pendant un an du tiers-payant.

Pour les personnes dont la CMU complémentaire était gérée par un organisme complémentaire, celui-ci doit leur proposer un contrat ne dépassant pas un certain prix et

assurant les mêmes garanties que celles accordées dans le cadre de la CMU complémentaire.

Enfin, il existe en matière de couverture santé, l'Aide Médicale Etat (AME) pour les personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficiaire de la CMU de base ou complémentaire. Cette aide apporte une dispense d'avance des frais de santé et une prise en charge financière des soins à 100%.

Débat :

Les associations dénoncent la décision récente de n'ouvrir les droits à la CMU que le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Les acteurs institutionnels précisent que cette règle n'est pas valable en cas d'urgence. Dans ce cas, les droits sont ouverts le 1^{er} jour du mois de la demande.

Mais comment décider le caractère urgent des soins : est-ce parce que la personne doit subir une intervention, la personne bénéficie d'un accompagnement social, le professionnel de santé le souhaite ? Il n'existe pas un seul décideur.

La loi précise toutefois que la notion d'urgence est déclarative, en fonction de la situation globale de la personne et n'est pas liée uniquement à l'urgence médicale.

MSF dénonce les problèmes rencontrés sur l'application des deux dispositifs : l'aide à la mutualisation et le tiers-payant.

L'aide à la mutualisation connaît des écueils car ce n'est pas une loi au sens propre.

En réponse, la CNAM reconnaît que les tarifs pratiqués par les organismes complémentaires ne sont pas limités et que certains demandent de fortes cotisations.

Dans certains départements, les CPAM se sont trouvées devant l'absence d'organisme complémentaire souhaitant conventionner afin de pratiquer l'aide à la mutualisation. Mais la montée en charge se fait progressivement.

Concernant le tiers-payant, celui-ci est effectivement peu opérationnel puisque les outils de gestion nécessaires sont déficients.

II. LES BENEFICIAIRES

M. Olivier QUEROUIL, Fonds CMU :

Commentaires sur les tableaux chiffrés présentés en annexe :

Les données statistiques produites sur la CMU portent généralement sur la CMU complémentaire. En effet, les effectifs de la CMU de base sont en partie des variables de gestion et concernent des populations trop hétérogènes. La CMU de base concerne aussi bien des rentiers, des primo-arrivants, des jeunes n'ayant jamais travaillé, bref des situations assez fluctuantes.

La vigilance est de rigueur dans l'analyse des chiffres concernant les bénéficiaires des CMU de base et complémentaire.

Par exemple, sur le tableau du Fonds CMU de décembre 2002 présenté en annexe, les chiffres sont sous-évalués car il manque les données des sections locales mutualistes (mutuelles étudiantes qui regroupent environ 20 000 personnes au niveau national) et les autres régimes (RATP, Mines, ...).

De plus, la CNAM fournit des données en fin de mois et certains dossiers ne sont pas encore clôturés. Les chiffres seraient donc un peu sous-évalués.

Le nombre de bénéficiaires relevant du régime général est largement supérieur à celui des autres régimes (MSA, travailleurs indépendants, ...).

Pour neutraliser les effets de structure démographique, il est intéressant de rapporter les bénéficiaires de la CMU complémentaire à la population départementale.

Le résultat est identique en Ile-de-France et en métropole : 6,5 % des habitants sont bénéficiaires de la CMU.

Par contre, au sein de l'Ile-de-France, les situations varient. Les pourcentages de certains départements traduisent une situation classique de pauvreté ou de richesse : Paris et la Seine-Saint-Denis observent de forts pourcentages (respectivement 9,0% et 11,2%), les Yvelines un pourcentage faible (3,5%). Par contre, la Seine-et-Marne surprend par sa faible part de bénéficiaires de la CMU parmi ses habitants (4,1%).

Le choix de l'organisme gestionnaire (CPAM ou organisme complémentaire) relève en partie d'un choix culturel. L'Ile-de-France compte une part beaucoup plus faible de personnes ayant choisi un organisme complémentaire, qu'en métropole. Dans cette région, la part de population d'origine étrangère est élevée et cette population a tendance à choisir la CPAM, organisme déjà bien identifié, pour la gestion de la complémentaire. On note toutefois un accroissement de la part des OC en Ile-de-France.

Le lien entre RMI et CMU complémentaire est un indicateur de l'intensité de la pauvreté. Le RMI couvre les personnes en situation de grande pauvreté alors que la CMU concerne davantage le profil des « travailleurs pauvres ».

En métropole, 48% des personnes couvertes par la CMU (assurés et ayants-droit) sont couvertes également par le RMI. En Ile-de-France, cette situation concerne 42% des bénéficiaires de la CMU.

Au sein de la région, la Seine-Saint-Denis et Paris sont les deux départements aux forts pourcentages de bénéficiaires de la CMU parmi l'ensemble de la population. Or, ces deux départements présentent des situations différentes par rapport au type de pauvreté : la Seine-Saint-Denis se caractérise par une proportion plus forte de personnes couvertes par le RMI parmi celles de la CMU (50%), alors que Paris a davantage un profil de travailleurs pauvres (37,2% de bénéficiaires de la CMU sont également bénéficiaires du RMI).

Concernant l'AME, 145 000 bénéficiaires sont dénombrés au 31 décembre 2002 sur le territoire national. Parmi ces bénéficiaires, la grande majorité est recensée en Ile-de-France, principalement à Paris. Le déséquilibre observé questionne.

D'après une analyse du panel des assurés sociaux en 2000, les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont, en moyenne, de 10 ans plus jeunes que les assurés du régime général.

En moyenne, les dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU sont plus importantes que celles des autres assurés du régime général. Cette situation s'explique par la part importante des dépenses hospitalières et surtout par la concentration des dépenses, sur le dernier décile, des bénéficiaires de la CMU : 10% des bénéficiaires consomment près de 70% des soins. La seule chose que montre cette situation c'est que certains bénéficiaires de la CMU sont très malades, avec des pathologies lourdes occasionnant de fortes dépenses de séjour (hospitalisation).

Mais rappelons que parmi les assurés du régime général, les personnes en situation de pauvreté consomment toujours plus que les personnes avec un niveau de vie plus élevé.

M. Claude GISSOT, Chef du Bureau des dépenses de santé, DREES :

Quoi qu'il en soit, la comparaison de consommation de soins en fonction de l'âge, du sexe, d'un niveau de ressources est insuffisante. Il faut nécessairement tenir compte de l'état de santé des populations. Et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU reste difficile à appréhender. Néanmoins, comme évoqué précédemment sur la consommation de soins, il est connu qu'au même âge, les personnes en situation de pauvreté observent un état de santé plus aggravé que les personnes avec un niveau de revenu plus élevé.

Depuis notre rencontre, une étude de la DREES a été publiée au sujet de l'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins (voir référence en fin de document).

III. LES PROFESSIONNELS FACE A LA CMU

1. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

M. Marc SCHLUSSELHUBER, Directeur de la régulation, CPAM de Seine-Saint-Denis :

Avec l'arrivée de la CMU, les CPAM ont été contraintes de modifier leurs méthodes de travail. Auparavant, les techniciens ouvraient des droits à la couverture maladie après étude des justificatifs d'activité. Aujourd'hui, cette étude porte sur les justificatifs de ressources, ce qui a provoqué un changement de culture dans le métier de technicien.

Les CPAM ont dû gérer également un surcroît de personnes se déplaçant aux guichets, alors que les logiques de gestion antérieures les obligeaient à fermer leurs accueils et à développer une gestion des dossiers à distance.

En Seine-Saint-Denis, la CPAM a accueilli environ 24 000 personnes dans les premiers mois de l'année 2000. Cet afflux a nécessité une réorganisation des accueils, en évitant néanmoins de créer des files d'attente réservées « CMU », ce qui aurait trop stigmatisé les bénéficiaires potentiels.

La CPAM décline en 3 catégories ce nouveau public :

- les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale : ne se sont pas déplacés à la CPAM car ont bénéficié automatiquement de la CMU complémentaire ;
- les assurés sociaux déjà connus de la CPAM mais dont le niveau de ressources est faible : ces personnes ont demandé la CMU complémentaire ;
- les personnes jusqu'à présent exclues d'une assurance maladie et de la prise en charge des soins : une formation des professionnels a été nécessaire afin de mettre en place un dialogue adéquat avec ces nouvelles personnes ;

Au plus fort de la demande (début 2000), le délai d'ouverture des droits n'a jamais dépassé 30 jours. Aujourd'hui, pour 90% des dossiers, les droits sont ouverts en 10 jours.

En Seine-Saint-Denis, les bénéficiaires de la CMU ont davantage choisi la CPAM pour la gestion de leur complémentaire car ils n'ont pas la culture des organismes complémentaires, et souhaitent ne garder qu'un seul interlocuteur.

L'association Santé Charonne relativise ce point de vue : les personnes étrangères sont en capacité de choisir un organisme complémentaire pour la gestion de leur CMU.

M. Gilbert CLAUDEL, Chef de projet CMU, CPAM du Val-de-Marne :

La CPAM du Val-de-Marne note le comportement particulier des CCAS. Seules quelques communes ont accepté de faire du pré-accueil pour renseigner les bénéficiaires potentiels de la CMU complémentaire. Mais ces communes ont demandé une rétribution en fonction du nombre de dossiers instruits.

A l'époque de l'aide médicale départementale, les CCAS instruisaient les dossiers. Pour cela, ils recevaient des départements un financement calculé sur des critères très compliqués et caduques, ce qui ne convenait pas aux CCAS.

Ainsi, pour la mise en place de la CMU, le gouvernement a supprimé ce financement puisque les CCAS ne prennent plus en charge l'instruction des dossiers. Les CCAS ont perdu, à ce moment-là, un pouvoir de négociation avec les départements.

MSF apprécie que les CCAS n'aient pas été impliqués dans la gestion de la CMU parce que les personnes malades n'ont pas à se déplacer à la mairie de leur commune.

2. LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Mme Annie-Claire DEYON-AVANTURIER, médecin généraliste :

Cette personne exerce dans le 11^{ème} arrondissement de Paris, avec trois autres généralistes, au sein d'un centre de soins géré par l'association Santé Charonne. En 2002, 11 000 actes de soins y ont été dispensés, dont 20% relevant de la CMU ou de l'AME.

D'après elle, la CMU et l'AME représentent une avancée considérable dans l'évolution des pratiques des médecins. Elles permettent une approche globale des personnes et un travail sur le rapport des personnes à leur santé. Ces deux améliorations nécessitent que la relation patient-médecin s'inscrive dans la durée et que les personnes ne se sentent pas en situation de non-droit.

Dans le centre de soins, les médecins ont accueilli des personnes nouvellement arrivées en France qui étaient parfois en très mauvais état de santé. La prise en charge de ces personnes nécessite une réelle mise en confiance.

D'un point de vue général, les personnes soignées ont apprécié d'être accueillies dans un centre qui mixte la population prise en charge.

Mais les dispositifs CMU et AME connaissent tout de même des écueils : en 2002, 500 actes CMU ou AME ne leur ont pas été remboursés par les CPAM.

Ainsi, de nombreuses structures de soins refusent les bénéficiaires de l'AME et les bénéficiaires de la CMU sans carte vitale sous prétexte que les actes ne leur sont pas forcément remboursés.

Un pharmacien exerçant sur Paris apporte également son expérience sur ce problème.

Au début, la télétransmission des dossiers d'AME ne fonctionnait pas. Aucune trace écrite ne prouvait les difficultés rencontrées par les pharmaciens. Ceux-ci ont fait pression afin que les CPAM s'emparent de ce problème. Depuis, les télétransmissions fonctionnent mieux, mais des dossiers sont encore rejetés.

A cause de ces problèmes, certains professionnels ont connu de grosses difficultés de gestion et ont été contraints de fermer leur officine.

Dans certains départements, les liens avec la CPAM ne sont toujours pas effectifs. Lui-même d'ailleurs refuse de travailler avec des bénéficiaires AME résidants sur d'autres départements que Paris car il n'est pas sûr que les télétransmissions fonctionnent.

Les bénéficiaires de l'AME sont davantage recensés sur Paris (cf. partie II.) car les hôpitaux et les professionnels acceptant de soigner ces personnes se situent davantage dans ce département.

D'après la CPAM du Val-de-Marne, il devient nécessaire que l'assurance maladie traite la régionalisation de l'approche des soins et envisage une meilleure coordination entre les différentes CPAM.

Parfois, les professionnels de santé orientent les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU vers les centres de soins ou même les hôpitaux car ils refusent de les soigner. Ce principe peut expliquer la part importante de dépense hospitalière dans la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU et de l'AME (cf. partie II.).

Pierre Volovitch souligne le risque de dualisation : concentration des bénéficiaires de la CMU et de l'AME sur certains professionnels et rejet par les autres professionnels.

Olivier Quérrouil précise que cette dualisation est amplifiée par les dépassements tarifaires pratiqués par certains professionnels. Les professionnels de santé ont obligation de respecter les tarifs opposables, ce qui aboutit à des refus de soins, notamment chez les spécialistes. Le problème est particulièrement fort en Ile de France.

Les CPAM disposent des moyens techniques pour analyser la répartition des bénéficiaires de la CMU sur les différents professionnels.

Mais comment gérer cette information ? Il semble nécessaire de la rendre publique afin d'éviter les comportements extrémistes. Mais compte tenu des délais de remboursement pratiqués par les CPAM, celles-ci ne sont pas en mesure de faire pression sur les professionnels.

3. LES PROFESSIONNELS ASSOCIATIFS

Mme Nathalie FOUQUES, Coordinatrice du centre de soins de Paris, Médecins du Monde :

Cette association dispose, en région parisienne, de deux centres de soins, dans le 11^{ème} arrondissement de Paris et à Gennevilliers. Leurs centres de soins sont majoritairement fréquentés par des étrangers, dont la plupart en situation irrégulière.

La CMU et l'AME représentent une très bonne avancée en matière de soins. L'association a pu le constater dans la hausse de fréquentation de leurs centres de soins observée fin 1999, début 2000, puis dans la baisse, lente et régulière, depuis (-15% entre 2000 et 2002). Les bénéficiaires potentiels se sont fortement mobilisés, ils avaient compris qu'ils pouvaient bénéficier de soins.

Médecins du Monde cherche toujours à orienter les personnes accueillies vers le droit commun en procédant à leur ouverture de droit.

Par contre, l'association rencontre de nombreuses difficultés dans l'affiliation des mineurs isolés.

L'association regrette la distinction opérée entre CMU et AME pour raison de stigmatisation, de difficulté de gestion, d'effet de seuil catégorique en l'absence de mesure transitoire.

La distinction AME hospitalière et AME totale semble également aberrante. Au cours des trois premières années, les bénéficiaires se font soigner dans les hôpitaux. Or, ceux-ci n'ont pas vocation à soigner les maladies bénignes.

Le problème de la domiciliation reste entier pour certaines personnes, en particulier celles hébergées par des tiers qui refusent d'établir des certificats de domiciliation étant eux-mêmes en situation irrégulière.

Les CCAS refusent également d'établir des domiciliations.

L'association s'interroge sur la nécessité de rendre la domiciliation obligatoire pour accéder à des soins.

L'association dénonce également les pratiques discrétionnaires et abusives de certaines CPAM, de certains professionnels : demande de pièces justificatives supplémentaires, refus du visa touristique même si la personne désire s'installer en France, non prise en compte de la volonté des personnes,

Il est nécessaire de rester vigilant, surtout au vu des dernières dispositions qui auraient, si elles avaient été votées, largement modifié le dispositif de l'AME (suppression de la gratuité des soins pour une grande partie des titulaires de l'AME).

Mme Noëlle LASNE, Médecin, Médecins Sans Frontières :

La loi sur la CMU n'est pas spécialement innovante, elle a surtout permis de radicaliser des mesures déjà présentes dans le système de protection sociale. Elle permet de rendre modernes, efficaces, rapides et opérants certains dispositifs.

La CMU est bénéfique puisqu'elle a occasionné la fermeture des programmes de soins de MSF qui s'inscrivent dans le champ de l'aide médicale humanitaire.

L'effet bénéfique est concret puisque le taux d'application s'élevant à plus de 90% d'après MSF est hors du commun.

L'intervention médicale humanitaire perd de son objet puisque la majorité des patients est prise en charge par le système de soins de droit commun.

Concernant les questions posées dans le cadre de la consommation de soins, MSF propose de prendre la question dans l'autre sens : n'aurait-il pas été plus dommageable de constater que les bénéficiaires de la CMU ne consomment pas de médicaments et ne vont pas à l'hôpital ? La loi CMU est une loi qui soigne.

Il ne faut pas limiter l'analyse à la consommation de soins mais observer également l'état de santé : les bénéficiaires de la CMU sont-ils réellement soignés ?

On redécouvre simplement les inégalités sociales : les ouvriers contractent des maladies plus graves que les cadres supérieurs, ils meurent également plus jeunes.

Pour éviter toute stigmatisation ou mauvaises représentations de la part des responsables politiques, il est nécessaire que les professionnels de santé et les usagers de la CMU évoquent leur réalité quotidienne.

40% des bénéficiaires de la CMU quittent le dispositif chaque année : l'état de pauvreté peut évoluer rapidement.

MSF regrette la nouvelle mesure concernant la CMU qui consiste à prendre en compte les ressources de l'année fiscale plutôt que les ressources des douze derniers mois.

Cette mesure est gelée pour l'instant mais pas enterrée. Le jour où elle sera effective, les patients verront une distance s'installer entre eux et les soins. Ils iront de nouveau se faire soigner dans les centres humanitaires.

La CMU est une loi d'assistance : elle concerne des personnes qui ne pourraient pas se servir de leur couverture maladie de base sans la complémentaire pour se faire soigner.

Débat :

La CMU a-t-elle pu permettre aux personnes d'accéder à la prévention ?

La CMU et l'AME ont permis une prise en charge en-dehors de l'urgence.

Pour la situation des mineurs isolés, la CNAM précise que s'il existe un faisceau d'indices justifiant la prise en charge d'un mineur par un membre de sa famille, la CPAM doit accepter la tutelle et ainsi affilier le jeune à la CMU.

Les professionnels (pharmaciens) dénoncent les abus de certains usagers (trafic de médicaments vers les pays africains). Il arrive que les CPAM refusent de rembourser quand elles constatent de grosses dépenses sur un même numéro d'affilié.

IV. LES ENJEUX D'UN TEL DISPOSITIF

M. Pierre VOLOVITCH, Institut des Recherches Economiques et Sociales :

L'idée que la CMU allait apporter une couverture complémentaire identique pour tout le monde s'est révélée être un leurre.

La CMU permet l'accès à une couverture complémentaire, mais une couverture qui reste spécifique pour une population spécifique. Et c'est pour cette raison qu'elle risque d'être attaquée puisque justement elle n'est pas générale. La menace prend plusieurs formes :

Le panier de soins défini lors de la mise en place de la CMU était largement supérieur à ce que proposent de nombreuses complémentaires présentes sur le marché. La réflexion menée aujourd'hui sur la répartition de la prise en charge d'un panier de soins entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires menace à terme la panier de soins CMU.

Au moment de la mise en place du dispositif, la CNAM et le corps médical français étaient en conflit. Les professionnels de santé ont été très peu associés aux discussions sur les modalités d'application de la CMU. Or, ils sont sollicités pour pratiquer le tiers-payant en faveur des bénéficiaires de la CMU. Sauf à généraliser le tiers-payant à l'ensemble des assurés, il y a un risque à ce que, contrairement à ce qu'affirmait la loi CMU, les bénéficiaires de la CMU se concentrent sur des professionnels.

Enfin, les études sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU montrent qu'ils ont tendance à davantage consommer des soins hospitaliers, alors qu'ils consomment beaucoup moins de soins de prévention ou des visites chez les spécialistes.

Les usages de la santé ne sont pas uniquement freinés par des obstacles financiers. L'expérience des pays d'Europe du nord, dans lesquels l'accès aux soins est gratuit depuis fort longtemps sans que les inégalités d'accès aient disparu, montre qu'il existe aussi des obstacles sociaux et culturels. Or, l'accompagnement social n'est pas prévu dans le dispositif CMU. Et pourtant l'accès aux soins des personnes en situation précaire évoluera uniquement si ces personnes sont accompagnées.

* * *

ANNEXES

- Eléments statistiques sur les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002, CNAMTS et Fonds CMU ;
- La CMU : l'assurance maladie pour tous, dossier de presse, février 2003, CNAMTS ;
- Isabelle Girard-Le Gallo : « La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000 », Point Stat n°35, CNAMTS ;

Vous trouverez ce document sur le site <http://www.ameli.fr/pdf/502.pdf>

- Isabelle Girard-Le Gallo : « Evolution des dépenses de soins de ville entre 1999 et 2001 des premiers bénéficiaires de la couverture maladie universelle », Point Stat n°36, CNAMTS ;

Vous trouverez ce document sur le site <http://www.ameli.fr/pdf/501.pdf>

- Bénédicte Boisguerin, Martine Burdillat, Claude Gissot : « La mise en place de la CMU, une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif », Etudes et résultats, n°151, janvier 2002, DREES ;

Vous trouverez ce document sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication>

- Bénédicte Boisguerin : « Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2002 », Etudes et résultats, n°211, décembre 2002, DREES ;

Vous trouverez ce document sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication>

- Denis Raynaud : « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », Etudes et résultats, n°229, mars 2003, DREES ;

Vous trouverez ce document sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication>

- La lettre du Fonds de financement de la Couverture Maladie Universelle, Références n°9, janvier 2003 ;

- Article de Pierre Volovitch de l'Institut de Recherches Economiques et Sociales à paraître dans le numéro 108 de la revue Informations Sociales, CNAF ;

* * *