

SANTÉ

L'accès aux soins, un droit pour tous ?

En matière de protection sociale, la création de la CMU et de sa complémentaire, la CMU-C, a été décisive. Tout comme la défiscalisation en 2003 des contrats « responsables » visant à augmenter les salariés couverts par une complémentaire. Mais aujourd'hui, le débat sur la maîtrise des dépenses de santé et sur le financement de la protection sociale repose la question des inégalités face à l'accès aux soins.

Plus de 90 % de la population française disposent aujourd'hui d'une complémentaire santé, alors que la proportion n'était que de 69 % en 1980. Cependant, deux points noirs persistent : les petites entreprises ne proposent pas systématiquement une complémentaire (32 % des entreprises de moins de 10 salariés) et les personnes en situation sociale fragile, qu'elles soient chômeurs, ouvriers non qualifiés, ménages sous le seuil de pauvreté sont moins couvertes que les autres, bien que généralement plus exposées. Pourtant, face à l'augmentation du « reste à charge », c'est-à-dire des dépenses de soins et de médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale, bénéficier d'une complémentaire n'est réellement pas un luxe : en euros constants, ce « reste à charge » est passé de 217 € par an par personne en 1980 à 547 € en 2011.

Des inégalités face à la maladie

L'analyse des données de l'enquête Santé Protection sociale menée tous les deux ans par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) montre que la population bénéficiaire de la CMU-C présente de façon significative une surmorbidity et une surmortalité par rapport au reste de la population. Les pathologies les plus surreprésentées dans cette population sont tuberculose, cirrhose, infections VIH, diabète et



hypertension artérielle, les troubles mentaux (anxiété et dépression principalement) et les atteintes digestives.

Parmi les troubles mentaux, les bénéficiaires de la CMU-C sont 16 % à se plaindre d'anxiété et 10 % de dépression, contre respectivement 9 % et 5 % dans le reste de la population. La prévalence de l'hypertension artérielle est de 11 % chez les bénéficiaires de la CMU-C contre 8 % dans le reste de la population. Et ils sont deux fois plus nombreux à souffrir de pathologies coronariennes et de diabète que le reste de la population.

L'obésité est beaucoup plus répandue chez les bénéficiaires de la CMU-C que dans le reste de la population (1,7 fois). Il y a aussi un taux de fumeurs plus important : ils sont 49 % à fumer contre 29 % dans le reste de la population. En revanche, ils sont plus souvent abstinentes de consommation d'alcool : 44 % déclarent ne jamais consommer d'alcool, contre 22 % dans le reste de la population.

Le renoncement aux soins : un phénomène inquiétant

Alors qu'il y a lieu de se satisfaire de l'élargissement de l'accès à la protection complémentaire, comme un mouvement de balancier, l'enquête IRDES 2010 fait ressortir une remontée du renoncement aux soins. Avant la mise

en place de la CMU-C, une personne sur cinq renonçait à se soigner. Les résultats pour l'année 2008 montrent que 16,5 % des personnes entre 18 et 64 ans ont renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, pour des raisons financières. En d'autres termes, nous voici revenus au niveau de l'année 2000, alors que le taux était tombé à 12 % en 2002, soit une augmentation régulière depuis près de dix ans. Une observation plus fine montre l'impact du revenu, puisque le premier quintile (les 20 % les plus pauvres) renonce à hauteur de 24,3 %, contre 7,5 % pour le dernier quintile. L'information peut être croisée par un taux de 18,3 % pour la population non diplômée, contre 14,4 % à partir d'un niveau Bac+2. La couverture santé est évidemment essentielle, puisque le pourcentage de renoncement grimpe selon que la personne dispose d'une complémentaire privée (15,3 %), de la CMU (21 %), ou ne dispose d'aucun dispositif (30,4 %).

Mieux connaître l'accès à la CMU-C

Ce dispositif est destiné à permettre l'accès aux soins à des populations fragilisées du point de vue économique. La Couverture Maladie Universelle (CMU) peut être attribuée à toute personne résidant en France depuis au moins trois mois de façon régulière et n'étant pas couverte par un régime de protection sociale. La CMU-C



« 70% des bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 40 ans, contre 48,5% dans le reste de la population. »

propose une protection complémentaire et est attribuée en fonction d'un plafond de ressources de 7 771 € par an pour un foyer d'une personne, ou 11 657 € par an pour un foyer de deux personnes depuis le 1er juillet 2011. Le nombre de bénéficiaires a atteint 4,4 millions de personnes en 2011, soit une progression de 2 % par rapport à 2010. Le plafond de ressources a été fixé à l'origine en référence au seuil de pauvreté, mais le salaire médian a augmenté plus rapidement, provoquant un décrochage. Pour revenir à l'ambition initiale, il faudrait réévaluer ce plafond, ce qui coûterait plus de 400 millions d'euros selon le fonds de financement : pas vraiment d'actualité, et le choix s'est finalement porté sur l'augmentation de l'aide à l'acquisition d'une mutuelle.

La proportion des bénéficiaires de la CMU-C vivant dans un ménage d'ouvriers non qualifiés est de 30% contre 9% dans le reste de la population, et ceux vivant dans un ménage d'employés du commerce est de 16% contre 4%. Le taux de chômage est de 60% parmi les bénéficiaires contre 8,5% parmi les non-bénéficiaires. La population bénéficiant de la CMU-C est jeune : plus de 70% d'entre eux ont moins de 40 ans, contre 48,5% dans le reste de la population.

Si l'accès à certains soins est facilité, la possibilité de recourir aux plus coûteux, en particulier pour la vue et les dents, n'est pas encore possible autant que nécessaire. Les bénéficiaires de la CMU-C sont moins nombreux à porter des prothèses dentaires que le reste de la population (26% versus 30%) et des lunettes (43% versus 51%), alors qu'ils sont plus nombreux à déclarer des caries et que l'état de leur vue est le même que celui du reste de la population. ▶▶

Repère

Couverture Maladie Universelle, qui est concerné, que couvre-t-elle ?

La couverture maladie universelle (CMU) de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et ne pouvant relever à aucun autre titre d'une couverture maladie de bénéficiaire de la Sécurité Sociale.

Elle vise à faire disparaître les obstacles et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès à la prévention et aux soins. Il s'agit donc d'un véritable droit pour tous à l'accès aux soins, sous condition de résidence.

Au 30 septembre 2011, 2,2 millions de personnes bénéficiaient de la CMU de base,

trois lettres qui signifient : **C comme couverture**, car elle permet d'être affilié(e) au régime général d'assurance-maladie.

M comme maladie, car elle garantit l'accès aux soins et le remboursement de prestations et de médicaments au même taux que pour les autres assurés sociaux.

U comme universelle, car toute personne présente sur le territoire depuis au moins trois mois, en situation régulière et non couverte par un régime obligatoire peut bénéficier des assurances maladie et maternité.

Comme tout assuré social, c'est un droit à la prise en charge d'une partie des prestations et des soins.

Les consultations chez le médecin, les médicaments à la pharmacie ou les actes dans un laboratoire doivent être payés.

Ensuite, la caisse d'assurance-maladie rembourse selon les mêmes taux que pour les autres assurés sociaux. Par exemple, l'assurance-maladie rembourse à 70% une consultation chez un médecin généraliste conventionné.

L'affiliation à la CMU de base

n'est pas automatique : il faut en faire la demande et ne pas confondre CMU de base et CMU complémentaire.

Si la CMU de base est une protection maladie obligatoire, la CMU complémentaire est une protection complémentaire qui, comme une mutuelle, la complète mais ne la remplace pas. La CMU de base ne prend pas en charge le forfait journalier en cas d'hospitalisation. Comme les autres assurés sociaux, la personne est concernée par la participation forfaitaire de 1€ et la franchise médicale.



L'aide pour une mutuelle sous-utilisée

L'aide pour une complémentaire santé (ACS) reste sous-utilisée, sans doute parce qu'elle est méconnue. Le taux de non-recours à cette prestation serait de 75 % selon le rapport annuel d'évaluation, alors que la population éligible avoisine les 3 millions de personnes. Elle a toutefois progressé fortement en 2011 - de 20,8% - avec 763 000 nouvelles attestations délivrées pour accéder à l'aide financière, qui varie de 100 à 500 € selon l'âge et est réservée aux personnes qui dépassent le seuil de 7 771 € par an donnant la CMU-C. Le plafond avait été relevé au 1er janvier 2011 à 26% contre 20% auparavant au-dessus du plafond CMU. Pour 2012, ce plafond a été porté à 35% du plafond CMU, soit 874,50 € par mois. L'aide se traduit par une attestation-chèque pour chaque personne composant le foyer et selon son âge, à faire valoir auprès de sa complémentaire santé. Le montant annuel du chèque santé est, selon votre âge, de 100 €, 200 €, 350 € ou 500 €.

Comment ça marche ? L'aide pour une complémentaire santé (ACS) donne droit à une attestation-chèque à faire valoir auprès de sa complémentaire santé et à la dispense de l'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance-maladie lors des consultations médicales, dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

L'attestation de dispense d'avance de frais est à présenter au professionnel de santé consulté, accompagnée de votre carte Vitale. Cette dispense d'avance de frais est valable dix-huit mois à compter de l'émission de l'attestation-chèque. Si vous êtes bénéficiaire de l'aide pour une complémentaire santé, vous êtes dispensé de toute cotisation pour votre CMU de base (plus d'info sur ameli.fr).

La santé, un investissement social et économique

En 2011, l'assurance-maladie a économisé plus que prévu : 612 millions contre 551 budgétés (cf. tableau). Les résultats sont notamment meilleurs qu'attendus sur les médicaments anti-cholestérol, anti-ulcéreux et surtout anti-ostéoporotiques. En revanche, les objectifs ne sont pas atteints sur les antalgiques et les antibiotiques, malgré une baisse de 1,1% des remboursements. L'objectif d'économies est également dépassé sur les arrêts maladie. En revanche, le taux de délivrance des génériques est tombé à 76,2% fin décembre 2011 contre un objectif de 80 %.

L'assurance-maladie rappelle donc que le pharmacien peut remplacer un médicament de marque par son générique, qui est tout aussi efficace et qui est en moyenne 30% moins cher, car son prix n'inclut aucun frais de recherche, mais uniquement les coûts de fabrication et de commercialisation. Malgré tout, certains médecins contestent et des patients doutent encore.

Sur un budget global de 160 milliards, le déficit de l'assurance-maladie est de l'ordre de 11 milliards. La situation économique pèse évidemment et tout ne peut reposer sur les politiques dites de responsabilisation des particuliers. Ainsi, l'accroissement du chômage a pour effet mécanique d'apporter moins de recettes du côté des prélèvements sur salaire, qui représentent 45% des ressources de la branche Maladie.

L'augmentation des dépenses de santé (+2,8% en 2011) joue aussi dans le mauvais sens, mais certains observateurs rappellent que la santé est avant tout un investissement social et économique, car une popula-

Bilan de la maîtrise des prescriptions en 2011

Prescriptions	Économies en millions d'€	
	Prévision	Réalisées
Médicaments	261	333
Indemnités journalières et transports	165	217
Kinésithérapie	50	47
Affections Longue durée	40	16
Total	551	612

tion en bonne santé fournit une main-d'œuvre productive. Le problème se pose quand, comme c'est le cas actuellement, les dépenses progressent plus vite que la richesse du pays, ce qui augmente leur poids dans le PIB (produit intérieur brut) et justifie la recherche d'une maîtrise de leur progression.

La responsabilisation du particulier passe par le déremboursement, les franchises médicales, l'euro non rem-

boursable par consultation, l'augmentation du forfait hospitalier, ou plus récemment la baisse du plafond des indemnités journalières. Cette démarche sous-entend que les abus de salariés seraient nombreux, ce que les statistiques ne démontrent pas, tandis que la liberté laissée du côté des dépassements d'honoraires n'est pas sans conséquence quand on

« 3 millions de personnes sont éligibles à l'ACS (Aide pour une complémentaire santé), mais seulement 25% d'entre elles y ont recours. »

mesure le taux de renonciation aux soins. De même, l'engorgement des urgences à l'hôpital n'est pas sans lien : si le coût de la consultation du médecin de ville n'est plus supportable, le report sur les services d'urgence hospitalière progresse.

Actualité

Les mutuelles devront rembourser les dépassements d'honoraires

C'est une actualité qui risque de ne pas être sans conséquence sur les appels de cotisations futures. Un décret et un arrêté sont parus jeudi 22 mars 2012 au Journal Officiel : les complémentaires santé sont désormais contraintes de rembourser

les dépassements d'honoraires plafonnés des médecins spécialistes de bloc opératoire. Ce décret du Premier ministre François Fillon contraint les contrats santé dits « responsables » d'inclure le remboursement des dépassements plafonnés à 50 % au-dessus du tarif Sécurité Sociale.

À défaut, fini les allègements fiscaux. De son côté, l'arrêté, signé par le ministre de la

Santé Xavier Bertrand, complète un article de la convention médicale signée en juillet 2011 par l'assurance-maladie et des syndicats de médecins libéraux. Il fixe à 50 % le dépassement autorisé pour les praticiens de bloc choisissant "l'option de coordination".

Ces textes scellent le débat entre le gouvernement et les mutuelles sur la mise en place de ce qu'on a appelé un "secteur optionnel" (rebaptisé "option de coordination élargie"). L'objectif est de réguler les dépassements qui ne cessent de progresser et qui posent un problème d'accès aux soins. Concrètement, il est proposé aux praticiens de bloc exerçant en "secteur 2", le secteur tarifaire à honoraires libres, de modérer leurs dépassements en échange

d'avantages sociaux. Il est demandé, en parallèle, aux complémentaires (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance) de rembourser ces dépassements sous peine de perdre les avantages fiscaux de leurs contrats "responsables". Le "secteur optionnel" figurait dans la convention médicale de juillet 2011, mais les complémentaires n'avaient pas validé ce point. Les plans de rigueur ayant alourdi la taxation des contrats "responsables", le climat s'est dégradé entre le gouvernement et les mutuelles ; le gouvernement est passé en force, d'abord en incluant l'obligation de remboursement des dépassements par les complémentaires dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012, puis en publiant ces textes d'application.

Qu'est-ce qu'une mutuelle ?

Les mutuelles sont des associations constituées dans un but de prévoyance et de solidarité entre adhérents. Leur statut juridique remonte à 1850, et l'ordonnance du 19 octobre 1945, qui les transforme en sociétés mutualistes, les amène à une articulation en complément de la Sécurité Sociale. Elles relèvent du Code de la Mutualité et prennent la forme de mutuelles territoriales, interprofessionnelles ou d'entreprise.

Le principe mutualiste repose sur la non-sélection des risques, la proximité, la participation des adhérents à leur gestion, la pratique fréquente du tiers payant et l'accès aux établissements sanitaires et sociaux.

Plusieurs points caractérisent la mutuelle santé : le fonctionnement interne n'est pas lié à l'apport de capital et repose sur le principe d'une voix par adhérent dans les délibérations, les fonds propres varient selon les cotisations et le but est non lucratif, tout excédent étant réparti au sein de la mutuelle entre les membres.

Les cotisations sont indépendantes du risque individuel de l'adhérent (le questionnaire médical est interdit), ce qui ne veut pas dire que le risque n'est pas partiellement maîtrisé par la catégorisation des populations. La quasi-totalité des mutuelles adhèrent à la Fédération Nationale de la Mutualité Française, qui représente le mouvement.

