



de protection sociale, auquel les personnes contribuent. Malgré l'existence d'actions, l'Assurance maladie n'est d'ailleurs pas identifiée comme une institution pouvant être sollicitée, comme le démontrent les propos de cette femme renonçant à des lunettes adaptées à sa vue : « La CPAM aide ceux qui ont la CMU oui, mais pas les cas comme moi, de gens qui avaient une mutuelle mais qui ne pouvaient pas avancer les frais. » Renoncer à se soigner à cause de restes à charge élevés nourrit alors un ressentiment observé dans d'autres enquêtes, c'est-à-dire ce « mélange d'envie et de mépris qui joue sur un différentiel de situation sociale et fixe les responsabilités du malheur que l'on subit sur les catégories placées juste au-dessus ou juste au-dessous sur l'échelle sociale » [9].

La relation entre renoncement aux soins, droit aux soins et lien de citoyenneté est également visible une fois l'accompagnement par les Pfidass terminé. Parmi les effets de cet accompagnement, les personnes interrogées mettent en avant un soulagement physique et moral, la reprise d'activités personnelles ou de moindres difficultés sur le plan de l'emploi. Mais les entretiens montrent un autre effet de la levée de certaines barrières financières à l'accès aux soins : le rétablissement d'une protection maladie de base ou l'ouverture de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) par exemple, qui renvoie au double sentiment d'avoir dorénavant une protection face aux aléas, avec le bénéfice de droits en matière de santé, et par là d'être intégré à une communauté. Même quand l'aide financière pour des soins est ponctuelle, cela peut contribuer à renforcer chez les personnes un sentiment de sécurité face

au risque maladie. Prenons la situation d'une femme invalide qui avait des restes à charge trop élevés pour plusieurs soins et qui se trouvait dans le cas de ceux pensant être exclus des droits : « Ça faisait longtemps que j'arrivais pas à me faire soigner parce qu'on me disait que j'étais trop riche. » L'accompagnement de la Pfidass lui a permis d'avoir une participation financière à ses soins. Elle en tire la conclusion que « maintenant les aides peuvent [lui] être accessibles ». Elle poursuit en expliquant : « Il y avait comme une barrière sociale, maintenant je sais que je fais partie de la société française et que j'ai des droits. »

Ce témoignage en rejoint d'autres, qui indiquent que retrouver la possibilité, financière, de se soigner permet de « se sentir un peu plus dans la société » et d'être d'une certaine façon « à égalité » avec les autres citoyens pour accéder au système de soins. L'homme de 51 ans en renoncement à des soins dentaires explique ainsi : « Ma place dans la société, on me l'a redonnée en me permettant de me soigner, une place comme les autres. »

Empruntons en conclusion les mots de Didier Fassin, pour qui « l'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé [...]. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité » [35]. C'est tout dire de l'importance de la notion de droit et des enjeux de citoyenneté qui se jouent derrière la problématique du reste à charge et plus globalement de l'accessibilité au système de soins. 🇫🇷

La CMU-C comme alternative au reste à charge : quel bilan ?

Marianne Cornu-Pauchet

Directrice du Fonds
CMU-C

Gwénaëlle Le Bohec

Directrice adjointe du
Fonds CMU-C

Stéphane Runfola

Conseiller technique du
Fonds CMU-C

Les auteurs remercient

Véronique Wallon,
présidente du conseil
d'administration
du Fonds CMU-C,
pour sa relecture attentive
et ses commentaires.

Mise en place en 2000 pour garantir l'accès aux soins des populations les plus démunies, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) complète les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire, assurant aux bénéficiaires la gratuité des soins. Dix-huit ans après sa mise en place, cet article revient sur la genèse et les objectifs initiaux de la CMU-C et dresse le bilan des apports de la CMU-C.

La genèse de la CMU-C

L'augmentation progressive des restes à charge et l'exclusion de certaines populations d'une couverture complémentaire

Fondé sur une logique assurantielle contributive, le système d'assurance maladie comporte depuis l'origine un système de copaiement dont l'objectif est d'inciter les patients à modérer leur consommation de soins (ticket modérateur). À partir des années 1970, les pouvoirs publics ont progressivement augmenté la contribution

financière des assurés via la hausse des tickets modérateurs et l'instauration de participations diverses, alors même que les dépassements d'honoraires se développaient largement.

Pour couvrir des restes à charge de plus en plus importants, les salariés des grandes entreprises et les personnes disposant de revenus suffisants ont souscrit des contrats auprès des organismes complémentaires : on estimait à 84 % le nombre de personnes couvertes par une protection complémentaire de type assurantiel en 1996, contre 69 % en 1980. Neuf millions de personnes à faibles revenus n'ont en revanche pas pu accéder à une telle protection, ce qui a fortement augmenté les inégalités d'accès aux soins.

Les études menées à la fin des années 1990 faisaient ainsi apparaître qu'une proportion importante des assurés sociaux non couverts par une assurance complémentaire renonçait aux soins, principalement

pour raisons financières [10]. Dans le décile le plus pauvre de la population, ce phénomène atteignait un niveau très important, en particulier pour les soins dentaires et l'optique.

Annuler le reste à charge pour les populations précaires sans créer un système à deux vitesses est ainsi l'ambition de la CMU-C

Les pouvoirs publics ont tenté, à partir des années 1980, de faciliter l'accès aux soins des populations précaires avec la création de l'aide médicale départementale (AMD) et de l'assurance personnelle. Mais, complexes d'accès et se traduisant par des prestations très inégales d'un département à l'autre, ces dispositifs ont rapidement atteint leurs limites.

La CMU-C est précisément née de la volonté d'élaborer un dispositif garantissant une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire français pour les neuf millions d'assurés sociaux démunis et exposés à des restes à charge élevés. La loi du 27 juillet 1999 a ainsi créé la CMU de base, qui permettait à tous de bénéficier d'une protection maladie sur critère de résidence¹, et la CMU complémentaire, qui ouvrait droit à une protection complémentaire santé gratuite sous conditions de ressources. Afin d'éviter tout renoncement aux soins lié à l'avance de frais, la réforme a organisé la mise en œuvre du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Novateur dans sa conception, le dispositif visait à permettre aux personnes les plus démunies d'exercer un droit objectif reconnu à une couverture complémentaire santé [49] et d'accéder à l'ensemble du système de soins au même titre que les autres assurés sociaux. En rompant le lien entre cotisations et ouverture des droits, il franchissait par ailleurs un pas supplémentaire vers l'universalisation de l'assurance maladie.

Le dispositif répond à l'objectif de solvabilisation des restes à charge...

La CMU-C s'est rapidement étendue et bénéficie pour 44 % aux moins de 20 ans

Alors qu'en 1998, 3 millions de personnes disposaient de l'AMD, la CMU-C a concerné 4,5 millions de bénéficiaires dès sa seconde année de mise en œuvre. Fin 2017, le dispositif couvre 5,5 millions de personnes, soit 7,4 % de la population en métropole et 30 % de la population dans les DOM [37].

Le régime général concentre 90 % des bénéficiaires. La moitié d'entre eux sont des adultes de 20 à 59 ans et 44 % ont moins de 20 ans alors que cette tranche d'âge ne représente que 25 % de la population française.

Le panier de soins pris en charge par la CMU-C couvre l'ensemble des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire

En deçà de 70 % du seuil de pauvreté², la CMU-C assure une prise en charge totale du ticket modérateur pour l'ensemble des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire. Elle couvre également le montant du forfait journalier hospitalier, sans limite de durée.

Quel que soit leur secteur de conventionnement, les professionnels de santé doivent respecter le tarif de responsabilité et appliquer le tiers payant intégral.

Pour les soins prothétiques dentaires et orthodontiques, les prothèses auditives et les lunettes, un dépassement réglementé est autorisé et pris en charge par la CMU-C. Ces dépassements autorisés ont fait l'objet de plusieurs revalorisations, soit pour respecter l'équilibre économique des professionnels de santé, soit dans le but d'améliorer la qualité des équipements, pour les corrections les plus fortes en optique et (pour l'audioprothèse). La dernière évolution des paniers de soins optiques et audioprothétiques date de 2014 et celle du panier de soins dentaires d'octobre 2017.

Il faut cependant relever que, si elle permet d'accéder à l'ensemble des « soins primaires », la CMU-C ne couvre pas les soins non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, tels que par exemple les soins de parodontie ou les implants³.

Par ailleurs, l'effet de seuil pour les assurés dont le niveau de ressources dépasse de 1 euro le plafond d'éligibilité à la CMU-C est important. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ouverte à ceux dont les ressources sont comprises entre 70 % et 100 % du seuil de pauvreté laisse en effet potentiellement des restes à charge élevés pour les soins prothétiques dentaires, l'optique et l'audioprothèse, en plus de restes à payer lors de l'acquisition du contrat⁴.

Les bénéficiaires en termes d'accès aux soins sont réels

Détenir la CMU-C réduit de moitié le renoncement aux soins pour raisons financières [50], toutes choses égales par ailleurs. Le rôle protecteur de la CMU-C est d'autant plus visible que les prestations sont moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

Enfin, lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont, à état de santé équivalent, des dépenses de santé proches de celles des autres assurés⁵.

2. Soit 734 euros par mois pour une personne seule en métropole.

3. Le cas de la parodontie reste un point de débat important, surtout pour les populations concernées qui présentent un état de santé dégradé.

4. L'ACS est un chèque, modulé selon l'âge et valorisable pour le paiement de la prime du contrat de complémentaire santé. Voir Rapport annuel sur l'ACS : bénéficiaires, prix et contenu des contrats. Fonds CMU-C, octobre 2017.

5. En revanche, aucune étude n'a été conduite concernant les effets de la couverture CMU-C sur l'état de santé.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

1. Pour toute personne de nationalité française ou étrangère non couverte par un régime de sécurité sociale et résidant en France depuis plus de trois mois. En 2016, la CMU de base a été remplacée par la protection universelle maladie (Puma).



... mais la solvabilisation des restes à charge ne suffit pas à garantir l'accès aux soins

Dix-huit ans après le déploiement du dispositif CMU-C, plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette réponse innovante à l'augmentation des restes à charge.

Encore 30 % des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas

Malgré les bénéfices incontestables apportés par la CMU-C, le non-recours au dispositif reste très significatif. Selon une étude de l'Irdes publiée en janvier 2018 [74], le taux de personnes sans couverture complémentaire s'élève à 5 %, avec une forte concentration observée chez les personnes ayant de faibles revenus⁶. La moitié des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 970 euros par unité de consommation et pourraient donc, en principe, prétendre à la CMU-C ou à l'ACS. D'après les dernières données de la Drees, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C en France métropolitaine en 2016 mais qui n'y recourent pas est compris entre 1,5 et 2,8 millions, soit un taux de non-recours situé entre 24 % et 36 %⁷.

Un non-recours en partie imputable à la complexité de l'accès au droit

La couverture n'est pas automatiquement attribuée en fonction des revenus des assurés mais doit faire l'objet d'une demande annuelle d'ouverture ou de renouvellement des droits. La méconnaissance du dispositif par les personnes éligibles et la lourdeur des démarches administratives – exhaustivité des ressources prises en compte pour le calcul du droit, nombre et nature des

6. Plus de 12 % des personnes du premier quintile de revenu restent non couvertes.

7. En 2016, la population éligible à la CMU-C était comprise entre 6,4 et 7,7 millions de personnes.

pièces justificatives demandées à l'appui⁸ – expliquent une part importante du non-recours.

De façon plus marginale, la non-demande peut également renvoyer à un choix personnel – ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, éviter une aide perçue comme stigmatisante, refuser une logique perçue comme de l'assistanat, se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD [13].

Outre le non-recours au droit à la CMU-C, une partie des bénéficiaires de la CMU-C renonce aux soins pour des raisons personnelles ou de contexte : crainte du refus de soins ou peur de la stigmatisation [34], dépassements d'honoraires, refus de soins, rareté de l'offre de soins, rapport personnel à la santé et au monde médical.

Conclusion

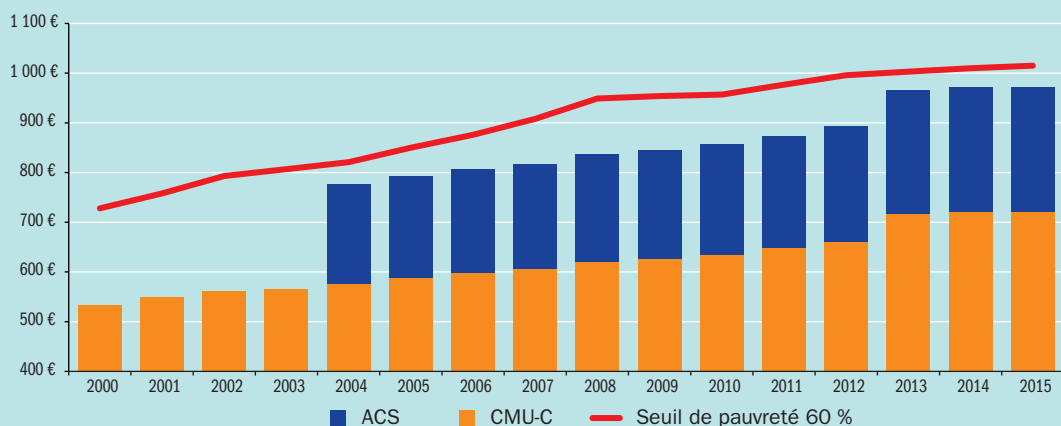
Renforcée au cours du temps par l'élargissement de la population éligible, la CMU-C n'a pas encore rencontré l'ensemble de son public après dix-huit ans de mise en œuvre. La persistance du non-recours, d'une ampleur comparable à celui observé sur d'autres prestations, démontre que, paradoxalement, un droit construit sur une logique de ciblage ne garantit pas l'usage de ce droit par toutes les personnes éligibles. Certaines populations fragiles en situation de pauvreté sont par ailleurs exclues du bénéfice de la CMU-C, notamment les retraités au minimum vieillesse ou les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

La CMU-C a cependant contribué à la généralisation de la couverture complémentaire santé et permet désormais à plus de 5,5 millions de personnes en situation de pauvreté d'accéder aux soins, jouant un rôle majeur dans la réduction des inégalités de santé. Cet exemple a toute sa place dans les réflexions actuelles sur le reste à charge « zéro ».

8. Souvent déjà fournies à d'autres organismes de protection sociale.

figure 1

Plafonds de ressources d'une personne seule pour l'accès à la CMU-C et à l'ACS par rapport au seuil de pauvreté à 60 % de 2000 à 2015 en métropole



Sources : Insee, Fonds CMU-C.