



Accès aux droits

De l'élargissement à la généralisation

La législation française permet globalement une couverture sociale satisfaisante. Toutefois les inégalités dans l'accès aux soins persistent. Les problèmes se posent surtout en termes de demande de soins.

L'accès aux soins des plus démunis a été progressivement facilité par la mise en œuvre d'un dispositif législatif et réglementaire destiné à régler l'ensemble des situations.

La généralisation de l'assurance maladie

L'accès aux soins des plus démunis a été facilité par la généralisation progressive de l'assurance maladie. La création de l'assurance personnelle en 1978 a permis l'accès à l'assurance maladie du régime général de l'ensemble des personnes dépourvues d'activité professionnelle et ne disposant d'aucun revenu ainsi que de l'ensemble des personnes ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits. Subordonné au versement d'une cotisation, cet accès a été facilité par la modulation du montant de la cotisation en fonction de l'âge des assurés (1 216 F au 1^{er} juillet 1995 pour les moins de 27 ans, 12 748 F pour la cotisation minimale de droit commun).

Pour les personnes ne bénéficiant pas de revenus suffisants, un dispositif de prise en charge des cotisations a en outre été mis en place, incombant soit à l'aide médicale soit aux caisses d'allocations familiales (sous la double condition de bénéficier d'une prestation fami-

liale et d'avoir des ressources inférieures à un certain plafond), soit par la caisse des dépôts et consignations pour les bénéficiaires de l'allocation spéciale vieillesse (ASV).

Ce dispositif a été amélioré en 1988 avec la création du revenu minimum d'insertion (RMI). Pour la première fois, une affiliation automatique à l'assurance personnelle a été attachée au versement d'une prestation : tout bénéficiaire du RMI s'est vu ouvrir de plein droit le bénéfice de l'assurance personnelle dès lors qu'il n'avait pas de droits ouverts par ailleurs.

Ce mécanisme a été complété par la loi du 29 juillet 1992 sur l'amélioration du dispositif de l'aide médicale. Désormais, toute personne admise à l'aide médicale est de droit affiliée à l'assurance personnelle dès lors qu'elle n'a pas de droits ouverts par ailleurs. La même loi a prévu la prise en charge de plein droit par l'aide médicale des cotisations d'assurance personnelle des jeunes âgés de 17 à 25 ans dont les ressources sont inférieures au barème prévu pour l'obtention du RMI.

Toutefois, toutes ces procédures d'affiliation au régime de l'assurance personnelle supposent un examen préalable des droits sociaux de l'intéressé susceptible de générer certains délais (la caisse recherche si la personne a des droits à l'assurance maladie avant, dans la négative, de l'affilier à l'assurance personnelle).

C'est pourquoi la loi du 25 juillet 1994 et le décret du 7 mars 1995 prévoient une affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle de la personne pour laquelle il est impossible de déterminer immédiatement de quel régime d'assurance maladie elle relève.

L'affiliation ouvre immédiatement droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. La recherche des droits s'effectue *a posteriori* pendant un délai de trois mois. En cas d'absence de droits, la personne est maintenue au régime de l'assurance personnelle.

Il est cependant encore trop tôt pour que ce texte ait reçu une pleine application.

Ces différentes mesures visent à réduire les situations dans lesquelles des personnes seraient sans droits ouverts à l'assurance maladie. En droit, demeurent seuls hors du champ de l'assurance maladie les étrangers en situation irrégulière au regard du droit de séjour. L'ignorance ou la complexité des textes ou des procédures peut néanmoins constituer un obstacle substantiel à l'exercice effectif de ces droits.

Vers un meilleur partenariat

Il faut noter certains dysfonctionnements dans l'application de la réglementation du fait de l'organisation même du système de couverture maladie - pluralité des régimes, gestion de l'aide médicale par les départements et non par les caisses... Sa complexité, la méconnaissance des circuits administratifs (par exemple, des bénéficiaires du RMI seraient, de fait, privés de l'assurance maladie en l'absence de demandes faites simultanément pour l'obtention du RMI et d'affiliation à l'assurance personnelle), conduisent à de réelles difficultés, pour les populations fortement marginalisées, à se repérer et à effectuer toutes démarches (par exemple, si la réglementation prévoit que la personne sans résidence stable dont les ressources sont inférieures au RMI bénéficie de plein droit de l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle, il faut néanmoins qu'une demande soit effectuée dans ce sens).

C'est pourquoi un meilleur partenariat entre les différents acteurs concernés (organismes d'assurance maladie, conseils généraux, représentants d'associations...) doit être recherché.

La circulaire ministérielle du 21 mars 1995 a rappelé cette nécessité et a demandé aux

La loi du 29 juillet 1992

La loi du 29 juillet 1992 vise plusieurs objectifs qui peuvent être rassemblés sous quatre rubriques principales :

- donner à l'aide médicale un cadre normatif clair précisant les conditions générales d'admission, et les droits qui en résultent (socle juridique) ;
- améliorer l'efficacité du dispositif d'aide médicale ;
- lutter contre la précarisation des personnes en difficulté sociale ;
- développer le partenariat.

Le tiers payant

Cette procédure permet à l'assuré social d'être dispensé de l'avance des frais, le professionnel de santé et les établissements de soins étant réglés par un tiers (caisses d'assurance maladie, mutuelles ou service de l'aide médicale).

Pour les assurés sociaux non admis à l'aide médicale, le tiers payant s'applique diversement selon les différents types de prestations : systématiquement pour les frais d'hospitalisation (y compris pour les consultations externes), très largement pour les frais pharmaceutiques et, pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, dans les situations prévues par les diverses conventions nationales avec les professions de santé.

Les assurés sociaux admis à l'aide médicale bénéficient de plein droit de la dispense d'avance de frais (le plus souvent, le professionnel de santé est réglé intégralement par la caisse d'assurance maladie, l'aide médicale remboursant à la caisse le ticket modérateur ; seuls quelques départements ont maintenu le circuit inverse).

préfets d'élaborer avant le 1^{er} octobre 1995, dans chaque département, un plan départemental d'accès aux soins.

Par ailleurs, la loi du 29 juillet 1992 permet aux caisses d'assurance maladie, lorsque les conseils généraux leur donnent délégation, de gérer l'instruction des demandes d'admission de plein droit à l'aide médicale départementale, faculté qui n'a pas encore trouvé d'application.

En ce qui concerne « l'aide médicale État » (pour les personnes sans résidence stable), une convention conclue le 9 mai 1995 entre l'État et les trois principales caisses nationales d'assurance maladie (régime général, régime des travailleurs indépendants et régime agricole) transfère la gestion de l'aide médicale à la caisse d'assurance maladie dans le ressort duquel la personne a fait élection de domicile. Ce système entrera en vigueur au 1^{er} janvier 1996.

Cette disposition, qui permet un « guichet unique » pour l'assurance maladie et l'aide médicale, devrait faciliter l'accès aux soins de ces personnes.

L'accès aux soins des personnes démunies peut être entravé par l'absence de tiers payant et une prise en charge partielle des dépenses de soins par l'assurance maladie.

L'accès à la protection maladie de base ne suffit pas à garantir une réelle capacité d'accès aux soins. Sans même évoquer certains facteurs d'exclusion – logement, emploi... – qui débouchent quasi inéluctablement sur des problèmes d'accès aux soins, l'absence de couverture complémentaire et la nécessité de faire l'avance des frais peuvent constituer des obstacles infranchissables à l'accès aux soins.

Le rôle des départements

Les départements se sont vu confier par les lois de décentralisation, à côté de larges compétences dans le domaine social, quelques compétences en matière de santé publique. La plus importante concerne leur responsabilité sur les services de protection maternelle et infantile (PMI). Mais la loi du 22 juillet 1983 dans ses articles 37 à 40 leur a donné quelques autres compétences, notamment en matière de lutte contre les fléaux sociaux. Sont concernées la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre le cancer. Ils se sont aussi vu attribuer une compétence en matière de vaccination.

Proportion de personnes mal assurées selon l'âge

Personnes n'ayant ni couverture complémentaire ni exonération du ticket modérateur (en pourcentage)

Âge	1980	1991
Moins de 25 ans	29,3	25,3
25 à 29 ans	19,8	15,4
30 à 34 ans	18,4	13,7
35 à 39 ans	18,3	12,7
40 à 49 ans	25,8	14,3
50 à 59 ans	26,6	13,5
60 à 64 ans	24,9	13,5
65 à 74 ans	25,4	11,5
75 ans et plus	34,5	12,4
Ensemble	24,1	13,9

Sources : enquêtes décennales Santé-soins médicaux de 1980-1981 et 1991-1992

Les dépenses de soins non couvertes par l'assurance maladie

La législation de sécurité sociale ne prévoit pas de cas d'exonération du ticket modérateur (part de la dépense de soins non prise en charge obligatoirement par l'assurance maladie) en fonction des ressources des assurés.

Mais l'aide médicale intervient en complément de l'assurance maladie : les personnes admises à l'aide médicale peuvent bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle du ticket modérateur et en cas de séjour hospitalier, du forfait journalier (cette prise en charge étant de plein droit pour les bénéficiaires du RMI et les titulaires de l'allocation veuvage). Certains départements ont en outre prévu la possibilité de prendre en charge les frais au-delà du tarif de responsabilité des caisses (ex : pour les frais d'optique ou les prothèses dentaires). Pour les autres personnes, les organismes d'assurance maladie ont la possibilité de participer à la dépense sur leur fonds d'action sanitaire et sociale.

L'évolution des dépenses départementales

Selon l'Odas, en dehors des dépenses d'accompagnement social plus difficilement identifiables, les principales dépenses d'insertion des départements sont constituées des dépenses obligatoires liées au versement de l'allocation RMI et des dépenses d'aide médicale. ▶ Observatoire départemental d'action sociale (Odas)

Ces dépenses s'élèvent en 1994 à 8,7 milliards de francs. Elles représentent 13 % de la dépense globale d'aide sociale contre 10 % en 1993.

Elles ont progressé de 2,3 milliards soit 36 % en un an, et représentent à elles seules 40 % de l'augmentation totale de la dépense d'aide sociale.

Cette progression est très inégale selon la taille des départements.

On peut estimer, en volume financier, que sur les 2,3 milliards d'évolution des dépenses d'insertion entre 1993 et 1994, 80 % sont im-

putables aux départements les plus peuplés (plus de 800 000 habitants).

Malgré de grandes diversités à l'intérieur de chaque groupe de départements, on peut noter que les départements les plus peuplés dépensent en moyenne deux fois plus que les autres : 400 F par habitant contre 200 F environ pour les autres départements. De plus, il semble qu'en 1994 les dépenses d'insertion aient augmenté en moyenne deux fois plus vite dans les départements les plus peuplés (44 % contre 23 %). ■

Dépenses d'insertion

En milliards de F	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Revenu minimum d'insertion	0,2	0,7	1,3	1,8	2,1	2,9
Cotisation assurance personnelle (a)	0,7	1,4	1,8	1,8	2,1	2,6
Dépenses de soins (b)	1,9	1,8	1,8	1,8	2,2	3,2
Aide médicale (a+b)	2,6	3,2	3,6	3,6	4,3	5,8
Ensemble insertion	2,8	3,9	4,9	5,4	6,4	8,7

(France métropolitaine)

