

couverture maladie universelle

Révolution ou évolution ?

Depuis sa création par la loi du 27 juillet 1999, la couverture médicale universelle assure une couverture maladie de base et une protection sociale complémentaire. Les débats autour de la CMU ont mis à jour les problèmes posés par l'organisation même de notre système de protection sociale.

Étienne Caniard
Co-secrétaire du Comité national d'orientation des États généraux de la Santé

Si la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) s'était limitée à la généralisation de la sécurité sociale, engagée depuis les ordonnances de 1945, elle aurait été saluée comme un symbole, un aboutissement. Elle n'aurait probablement pas donné lieu à des débats aussi nourris et passionnés que ceux qui ont accompagné sa préparation, sa discussion et enfin son adoption.

Malgré l'extension des critères traditionnels d'appartenance aux régimes sociaux professionnels, l'institution de l'assurance personnelle dès 1978, 150 à 200 000 personnes restaient privées de toute couverture maladie.

La prise en charge fréquente des cotisations de l'assurance personnelle par un tiers (département au titre de l'aide médicale, caisse d'allocation familiale, Fonds de solidarité vieillesse...), n'a pas permis d'éviter les ruptures de droits, précisément à cause de la complexité des démarches, qui constitue la principale limite du système.

La simplification apportée par la CMU est de ce point de vue, essentielle : il suffit de ne pas relever d'un des régimes obligatoires de sécurité sociale, de résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière pour obtenir l'ouverture des droits à la sécurité sociale.

L'objet de la loi portant création de la CMU est plus ambitieux : il est, au-delà de l'universalité des droits à la sécurité sociale, d'assurer l'effectivité des droits c'est-à-dire l'accès aux soins.

L'assurance du risque maladie français

se caractérisant par une couverture de base assurée par les régimes de sécurité sociale, et une couverture complémentaire assurée par des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des compagnies d'assurance, cette réforme ne devait pas se limiter au simple octroi d'une carte de sécurité sociale.

Alors que le taux moyen de remboursement est de 58 % sur les soins de ville, cette obtention ne nous aurait conduits qu'à la moitié du chemin. La couverture maladie universelle comprend de ce fait deux volets : une couverture maladie sur critère de résidence et une protection sociale complémentaire « sans contrepartie contributive » sur critère de ressource.

Au regard des coûts restant à la charge des assurés sociaux qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, cette généralisation n'aurait pas emporté une effectivité dans l'accès aux soins, comme le soulignait le HCSP dans son premier rapport triennal en novembre 1994.

Ainsi la CMU engage des débats sur la faiblesse du taux moyen de remboursement, sur le reste à charge qui pèse sur les personnes les plus faibles économiquement, sur les vertus responsabilisatrices accordées jusqu'alors à ce désengagement.

L'augmentation lente mais continue du ticket qualifié de « modérateur » a pesé lourdement sur les 16 % de la population qui n'avait pas, le plus souvent pour des raisons financières, une assurance complémentaire santé.

La création de la CMU a conduit à bousculer de nombreuses règles, à remettre

en cause maintes habitudes et au-delà à susciter des inquiétudes... ou des espoirs sur le rôle des différents acteurs. Le temps est venu de dépasser ces premières réactions pour engager une analyse globale sur notre système de santé et de protection sociale en général. Si la couverture maladie universelle répond aux aspects financiers du problème de l'accès aux soins, elle ne règle pas — mais ce n'était d'ailleurs pas son objet — la question de l'organisation générale du système de protection sociale.

La réponse — urgente, nécessaire et même indispensable, faut-il le rappeler ? — que constitue la couverture maladie universelle n'est que la conséquence d'une mauvaise prise en charge des besoins des Français dans un système non maîtrisé, coûteux et dont l'efficacité n'est pas toujours démontrée. Au-delà d'une réponse d'urgence c'est bien une question plus générale qui nous est posée.

L'émergence d'un consensus nouveau

Les débats sur la CMU ont permis de mettre fin à l'argumentaire selon lequel il fallait responsabiliser les assurés sociaux en laissant à leur charge une partie de la dépense.

Réfutant cet *a priori*, le mouvement mutualiste s'est mobilisé en 1979 contre le ticket modérateur d'ordre public (TMOP), qui prétendait éviter les gaspillages en laissant une part minimum des dépenses de santé à la charge de l'assuré.

Le ticket qualifié de « modérateur » pour ses prétendues vertus régulatrices s'est avéré tout au contraire un redoutable outil d'exclusion et plus largement, comme nous l'avons vu, un facteur de renoncement aux soins.

Ainsi, les enquêtes régulières du Credes ont révélé l'augmentation du nombre des français qui ont renoncé à des soins ou les ont différés pour des raisons financières au point de concerner aujourd'hui un Français sur quatre. Concernant plus précisément les chômeurs ou les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, c'est près de 40 % de la population qui déclarent ne pouvoir se soigner faute de moyens.

À côté des vertus de responsabilisation attribuées au ticket modérateur, l'antienne de déresponsabilisation était, *a contrario*, invoquée contre le développement du tiers payant pour préserver le paiement direct au professionnel de santé. Cette pratique

pourtant généralisée dans beaucoup de pays voisins, qui n'ont pas à rougir des résultats de leur politique de maîtrise des dépenses, a déclenché dans notre pays de rudes combats, y compris juridiques, pour pouvoir imposer cette procédure dans les pharmacies par exemple.

Il est de bon augure de constater qu'aucune voix ne s'est élevée au cours des discussions portant sur le projet de loi, pour contester la nécessité d'appliquer une procédure de dispense d'avance de frais aux bénéficiaires de ce régime, même si les raisons de ce silence résident dans le besoin de simplicité mais peut être aussi de « garantie » de paiement pour les professionnels pour une population moins solvable que les autres.

L'avancée est incontestable puisque la dispense d'avance de frais va au-delà des populations financièrement fragiles et elle est, par exemple, prévue pour tous les assurés faisant le choix du médecin référent.

Il aura malheureusement fallu que la réalité de l'exclusion s'impose à tous pour qu'enfin, l'idée selon laquelle un recul des remboursements pouvait entraîner un ralentissement de la consommation inutile, soit abandonnée.

La volonté très fortement affirmée par le gouvernement de ne pas construire un régime *a minima* pour les exclus, de ne pas créer une « filière pour pauvres » s'est traduite par la construction d'un mécanisme proche des conditions de droit commun, voire meilleur. Ainsi les prestations sur le forfait hospitalier, sur les prothèses dentaires et auditives, sur l'optique seront supérieures à celles issues du droit commun des contrats d'assurance complémentaire santé. Ce choix est justifié par les difficultés bien réelles d'accès aux soins, mais ces difficultés ne sont-elles pas les mêmes pour bien d'autres assurés sociaux ?

Ne convient-il pas de considérer la CMU comme un appui pour la conduite du changement de notre système de santé ? Elle doit constituer l'amorce et les prémices d'une réforme, tout aussi urgente, de notre système de santé qui bénéficiera à l'ensemble de la population, et surtout ne pas être considérée comme le point final d'un dispositif de lutte contre l'exclusion.

Lors de la présentation du projet de loi, le président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales à l'Assemblée nationale, Jean Le Garrec, a tenu

à préciser que la couverture maladie universelle « organise un partenariat inédit entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, partenariat qui pourrait faire école pour une qualité accrue et une meilleure prise en charge des soins remboursés au service de l'ensemble des assurés ». Le montant actuel des remboursements des régimes obligatoires légitime largement cet objectif. Chacun sait pourtant que ce n'est pas par un relèvement uniforme et massif des taux de remboursement que l'on peut y parvenir, mais par l'ébauche d'une logique nouvelle qui autour d'un partenariat entre tous les acteurs, allie contraintes et recherche de la qualité dans l'intérêt commun des assurés sociaux et des professionnels de santé.

Des questions sans réponse

Ce n'est pas la loi sur la couverture maladie universelle qui fait naître la question du rôle des différents acteurs — sécurité sociale, mutuelle, assurance — ou de l'égalité des Français devant l'accès aux soins, c'est la faiblesse des remboursements des régimes obligatoires. La CMU n'en est que le révélateur.

Un partenariat nécessaire entre régimes obligatoires et organismes complémentaires

La polémique déclenchée par la signature d'accords de partenariat entre la Cnamts et la quasi-totalité des organismes complémentaires ne doit pas masquer l'ambition de coordination, de régulation au-delà de la population des bénéficiaires de la CMU, que ce projet portait.

Le développement des couvertures complémentaires, collectives ou individuelles et le débat sur la place respective des opérateurs ne datent pas d'hier, ils sont la conséquence des désengagements successifs des régimes obligatoires. Ces baisses de remboursement ont été compensées dans de mauvaises conditions, puisque aucune concertation n'avait cours entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires, voire même entre organismes complémentaires eux-mêmes.

Si cette situation a permis que l'opération soit « indolore » pour ceux qui pouvaient bénéficier de garanties complémentaires (parfois avec une aide importante de la collectivité dans le cadre de contrats groupes, par exemple, qui s'adressent pourtant à ceux qui ont la chance de ne pas

Caractéristiques de la CMU

Les droits

La couverture de base

Le rattachement gratuit au régime général d'assurance maladie (une cotisation n'est due que si les ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année).

La couverture complémentaire

- Le remboursement du « ticket modérateur »
- Le remboursement du forfait hospitalier
- Le remboursement à de nouveaux tarifs définis par voie réglementaire pour les prothèses dentaires et la lunetterie.

En outre, la loi interdit l'application par les médecins de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU qui se verront par ailleurs appliquer la procédure de dispense d'avance de frais.

Les bénéficiaires

La couverture de base

Elle est ouverte à tous ceux, qui ne relevant pas d'un régime obligatoire de sécurité sociale, résident de façon régulière et stable en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer.

La couverture complémentaire

Les conditions recourent celles prévues pour la couverture de base : résidence stable et régulière, revenus inférieurs à un plafond de

- 3 500 francs par mois pour une personne seule ;
- 5 200 francs par mois pour deux personnes ;
- 6 300 francs par mois pour trois personnes plus 1 400 francs par mois par personne supplémentaire.

être exclus de la communauté du travail), elle a accentué les difficultés de ceux qui connaissent un cumul de situations de précarité, les conduisant même à ne plus pouvoir utiliser leurs droits liés à l'assurance maladie obligatoire, faute d'un niveau de remboursement suffisant.

L'ouverture d'une coopération renforcée, au-delà de la couverture maladie universelle, qui organise les relations entre couverture obligatoire et complémentaire est à saluer et marque l'engagement des différents acteurs dans une démarche de qualité.

C'est en effet l'absence d'une telle coordination qui a favorisé de nombreuses dérives, au regard de la tarification ou de l'adéquation de l'offre aux besoins.

Il est pourtant urgent d'aller au-delà et d'engager d'autres réflexions fondées sur des logiques nouvelles : il n'est plus permis de raisonner à partir de la part moyenne des régimes obligatoires dans la prise en charge des dépenses, car cette moyenne dissimule de grandes disparités.

Si on observe les différentes interventions du système de santé en partant de la prévention pour arriver à la prise en charge hospitalière des pathologies lourdes, le taux de remboursement des régimes obligatoires part d'un niveau proche

de zéro pour arriver près des 100 %... en passant par un taux de 58 % pour les soins en ville.

Est-il raisonnable à terme de laisser une grande part de la prévention en dehors d'un système obligatoire et organisé... au prix de la prise en charge ultérieure et au prix fort par la collectivité des conséquences de cette absence de choix !

La couverture maladie universelle sera utile si, au-delà de la réponse financière et immédiate apportée à une exclusion bien réelle, elle permet de relancer le débat sur ces choix, aujourd'hui encore négligés mais cependant essentiels pour définir la protection sociale de demain.

L'égalité des Français devant la santé

La CMU a intégré définitivement les capacités financières dans l'égalité des Français devant la santé. Elle n'a cependant pas pu éviter les effets de seuil même si la loi aménage un dispositif de sortie transitoire et temporaire permettant un retour progressif vers le droit commun.

Certains des dispositifs initiés dans le cadre de la CMU, dont l'objet est la lutte contre l'exclusion des soins, n'ont-ils pas pour vocation de lutter plus largement contre le renoncement ou le retard dans le recours au système de soins ?

L'interdiction des dépassements d'honoraires par les médecins est ouverte non seulement aux bénéficiaires de la CMU mais aussi à tout assuré social par le biais du dispositif du médecin référent. L'amélioration des tarifs de remboursement pour les frais de prothèse ou d'orthopédie dentaire et des dispositifs médicaux tels que les lunettes de vue, accompagnée d'accords tarifaires ou de règles conventionnelles destinées à permettre un remboursement intégral, pourraient servir de point d'appui pour une politique globale de maîtrise et d'opposabilité des tarifs.

Il est en effet impérieux d'éviter deux écueils : celui, d'une part, de la constitution d'un effet de seuil lié aux prix qui s'ajouterait à celui lié aux remboursements ; et d'autre part, que les prix proposés aux ressortissants de la CMU ne servent de monnaie d'échange pour justifier des dépassements pour les autres assurés sociaux qui généreraient une nouvelle source d'exclusion des soins.

Les conséquences de la CMU seront majeures. Cette couverture maladie spécifique et dédiée à une population devra permettre de restaurer la réalité d'un droit devenu « virtuel » pour des millions de personnes : le droit à accéder aux soins. Plus globalement, elle démontre l'urgence à engager une réforme profonde de notre approche de la politique de santé.

Si l'on veut bien admettre que cette loi est la conséquence de l'absence de mécanisme de régulation dans un système collectivement solvabilisé sans lien direct avec l'évolution des besoins, elle peut être une chance pour l'ensemble du système.

C'est bien le dérapage des dépenses de santé sans rapport avec la satisfaction des besoins qui est la cause des désengagements successifs de l'assurance maladie.

Il serait donc illusoire de croire que la couverture maladie universelle puisse constituer une solution durable en l'absence d'un renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses et de l'organisation des filières de soins et la promotion de la qualité.

Pour autant, la CMU peut être une chance si elle est l'occasion d'une prise de conscience des effets de l'immobilisme et constitue le socle de nouveaux rapports entre assurés sociaux, régimes obligatoires et complémentaires et professionnels de santé. ■