

RAPPORT Santé



Extrait : Priorités 2 et 3

10 priorités pour une politique globale de Santé

En décembre 2006, suite aux réformes dans le champ de la santé, l'Uniopss formulait 10 priorités pour une politique globale de Santé. Ces priorités étaient déclinées en une cinquantaine de propositions.

Deux ans plus tard, à l'aube de l'entrée en vigueur d'une nouvelle grande réforme, la loi hôpital, patients, santé et territoires, l'Uniopss fait le point par rapport aux propositions qu'elle avait formulées, ceci dans l'optique des réformes en cours et à venir.

Les 10 priorités pour une politique globale de Santé selon l'Uniopss :

1. Faire de la prévention une priorité.
2. Réduire les inégalités en matière d'accès à la prévention et aux soins.
3. Assurer un niveau élevé de couverture par l'Assurance maladie.
4. Conforter les droits et favoriser la participation effective des usagers.
5. Assurer la qualité du système de santé.
6. Engager une politique de santé cohérente pour répondre aux besoins.
7. Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le sanitaire et le social.
8. Promouvoir la coopération internationale en matière de santé.
9. Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif.
10. Promouvoir la participation des associations à la construction des politiques publiques.

Retrouver l'intégralité du rapport sur :

www.uniopss.asso.fr

Publication : Juillet 2009

Tous droits réservés

2

Réduire les inégalités en matière d'accès à la prévention et aux soins

(...)

Le constat perdure : les inégalités de santé se portent bien

La question des inégalités de santé est largement documentée avec de nombreuses études publiées ces dernières années illustrant l'influence du facteur social sur la construction de ces inégalités et leur reproduction. Une étude a ainsi mis en corrélation l'état de santé à l'âge adulte avec la profession et l'état de santé des parents, témoignant de la pertinence du concept d'inégalités des chances en santé qui demeure une réalité¹.

Plus inquiétant, la situation pourrait s'aggraver. En effet, dans la mesure où l'état de santé se détériore avec la dégradation du niveau et des conditions de vie des personnes, la crise économique et financière pourrait avoir un impact non négligeable. La précarisation de la situation de nombre de personnes ne fait plus aucun doute. L'Unedic prévoit 640 000 chômeurs supplémentaires en 2009 et les associations constatent les premiers effets de la crise au niveau des populations qu'elles aident. Ainsi, en 2008, le Secours populaire a accueilli entre 10 et 15 % de personnes supplémentaires. Les Restaurants du cœur connaissent à l'hiver 2009 une hausse de 11 % de leur activité par rapport à l'hiver 2008. Les fonds de solidarité logement (FSL) de certains départements sont déjà épuisés à la fin juin 2009. Les conséquences ne s'en ressentent cependant pas encore sur les différents indicateurs de la pauvreté, soit que les données sur 2008 et 2009 ne sont pas encore disponibles soit qu'elles enregistrent un effet retard. Ainsi, paradoxalement, le nombre de personnes à la CMUC est en diminution sur 2008. L'effet de la crise sur cet effectif ne peut en effet être que différé, les personnes au chômage étant au dessus du plafond pour en bénéficier jusqu'à ce qu'elles arrivent en fin de droit.

Dans ce contexte, même s'il faut relativiser le rôle de notre système de santé dans la résorption ou l'accroissement des inégalités de santé, celles-ci étant davantage liées, en amont, aux déterminants sociaux de santé, les inégalités d'accès à la prévention et aux soins n'en sont pas moins préoccupantes en

¹ Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents / revue Questions d'économie de la santé n° 118, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), février 2007.

tant que facteur aggravant les inégalités de santé. Les freins à l'accès aux soins contribuent en effet à éloigner encore davantage du système de santé les populations les moins avantagées au niveau de leur état de santé.

Or force est de constater que les demandes formulées par les associations en 2006 sont loin d'avoir été satisfaites. Il n'y a ainsi pas eu de mesures pour limiter les dépassements d'honoraires. Un rapport de l'IGAS de 2007² pointe pourtant le doublement du montant de ces dépassements dans le secteur à honoraires libres en moins de quinze ans en valeur réelle (entre 1990 et 2004). Le risque est grand d'assister à une fracture croissante : de moins en moins de personnes pourront payer les dépassements d'honoraires tandis que ceux-ci n'ont de cesse de s'accroître.

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME, pratique contraire à la loi et au code de déontologie, n'ont pas été sanctionnés³. Le phénomène n'a pourtant pas cessé depuis l'étude menée en 2006 par le fonds CMU qui avait permis d'objectiver le phénomène et in fine une prise de conscience collective de sa réalité et de son étendue. Les derniers chiffres disponibles font ainsi état de refus de soins massifs : selon un testing réalisé par le CISS, la Fnath et l'Unaf en avril 2009, 22 % des spécialistes de secteur II refusent de soigner les bénéficiaires de la CMUC⁴ ; données qui confirment l'étude de la Drees selon laquelle un tiers des personnes à la CMUC a été confronté à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé⁵. Les mêmes ordres de grandeur se retrouvent au niveau des titulaires de l'AME⁶.

À ces éléments le projet de loi HSPT n'apporte pas de réponse satisfaisante malgré la mobilisation de l'Uniopss et des associations.

Le projet de loi hôpital, patients santé et territoires sur l'aspect « égal accès aux soins » : le rendez-vous manqué ?



Dans le cadre de l'examen de ce projet de loi, les députés ont souhaité inscrire au titre des missions des futures agences régionales de santé (ARS), la réduction des inégalités de santé. Si l'objectif est louable, sa concrétisation reste en suspens et devra être confirmée par une véritable politique de lutte contre les inégalités de santé. Gageons que la réforme de la loi de santé publique prévue pour 2010 portera cet objectif comme une priorité de l'action publique.

Cet objectif ne saurait du reste masquer le fait que **malgré l'affichage d'un « accès de tous à des soins de qualité », intitulé du titre 2 du projet de loi, ce texte est manifestement très en retrait sur ce volet.** Au final la loi risque bien de ne comporter aucune mesure de nature à endiguer le développement des dépassements d'honoraires et à lutter efficacement contre les refus de soins.

² IGAS, Les dépassements d'honoraires médicaux, Avril 2007, La documentation française.

³ Ciss, Fnath, Unaf, action contre les refus de soins, mai 2009.

⁴ Idem.

⁵ Drees, Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, mars 2008.

⁶ Drees, Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etude et résultats, juillet 2008.

Les mesures contraignantes pour l'installation des professionnels de santé seraient au mieux repoussées à l'horizon 2012 sous forme d'une obligation pour les professionnels de santé des zones bien pourvues en offre de soins d'aller exercer quelques vacations en territoires moins bien lotis, ce sous peine de devoir verser une contribution forfaitaire. Il n'y aurait pas d'obligation pour l'exercice de la permanence des soins.

Sur l'aspect « accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité », le projet de loi est largement insuffisant. Si les parlementaires ont réintroduit, comme le demandait l'Uniopss, cet axe dans la politique de l'ARS, les PRAPS sont expressément reconduits, les autres propositions de l'Uniopss sont restées lettre morte.

Seule avancée selon l'Uniopss : les consultations réalisées dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale pourraient être écartées des sanctions du parcours de soins. Les consultations dans les structures médico-sociales d'addictologie ne seraient toutefois pas concernées par cette exclusion⁷.

Hors le cadre de la loi, une avancée notable a été mise en œuvre sans que l'on ait pour l'heure le recul nécessaire pour en mesurer les conséquences : l'instauration dans la tarification à l'activité d'un financement spécifique (100 millions d'euros pour 2009) pour compenser les surcoûts liés à la prise en charge hospitalière de personnes en situation de précarité. Avec la nouvelle version de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) qui permet de mieux prendre en compte la lourdeur des prises en charge (état de gravité du patient et, le cas échéant, la durée de séjour), les associations escomptent de cette mesure qu'elle soit effectivement de nature remédier aux situations de sélection de populations. Un risque inhérent à la tarification à l'activité instituée dans les établissements de santé qui a tendance à ce que les gestionnaires privilégient les activités les plus rentables. Une évaluation de la mesure sera nécessaire.

⁷ Les associations demandaient depuis 2005 d'écarter des sanctions du hors parcours de soins les actes et consultations de patients orientés par les structures d'addictologie médico-sociales, les consultations de dépistage anonyme et gratuit, le planning familial, les consultations de médecine humanitaire qui prescrivent des examens complémentaires auprès d'autres professionnels. La raison était la suivante : si le patient n'est pas orienté vers ces consultations par son médecin traitant, il est considéré comme hors parcours de soins. Pour les consultations gratuites cela n'a pas de répercussion mais pour celles qui ne le sont pas et pour tous les examens complémentaires éventuellement prescrits cela a son importance : le patient est sanctionné par une majoration de sa participation financière. Or, pour ces consultations, imposer l'étape supplémentaire du médecin traitant n'a soit pas de sens, soit est contreproductive : elle se soldera par un abandon de leur démarche de soins et d'accompagnement. Pour des consultations en addictologie par exemple, les patients ne souhaitent pas forcément associer leur médecin traitant, bien souvent médecin de famille. Il est déjà difficile de les convaincre de consulter, de se soumettre à des examens complémentaires. La force de ces structures est d'arriver à approcher des personnes qu'il faut accompagner dans l'instant.

Les propositions faites en 2006 demeurent donc pour l'essentiel d'actualité. Le contexte économique et social avec la perspective de précarité accrue en rend l'adoption encore plus indispensable, en particulier :

▶ **Dans le cadre de la réforme de la loi de santé publique, faire des PRAPS un axe prioritaire de l'action des ARS**

Satisfaisant une demande que les associations portaient, la loi HPST devrait au final reconduire les PRAPS (programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins) dont le devenir était un temps devenu très incertain. Néanmoins, leur positionnement au sein de la politique de santé publique rénovée conduite par les futures agences régionales de santé mérite d'être conforté. À la charnière entre la santé et le social, l'articulation de l'action de l'ARS avec celle de la direction de la cohésion sociale sera cruciale pour la réussite des actions programmées.

Dans le cadre de la réforme de loi de santé publique, il conviendra également d'en renforcer les moyens. Ceux-ci font en effet encore actuellement défaut malgré les nombreuses recommandations issues des évaluations successives et de sortir de l'annualité des financements pour les projets menés.

▶ **Tant en établissement de santé qu'en soins de « ville », assurer la présence du secteur sans dépassements d'honoraires (secteur I) en définissant :**

- un pourcentage d'acte que le professionnel de santé autorisé à pratiquer des dépassements doit facturer au tarif opposable ;
- et, en tout état de cause, un plafond au delà duquel les dépassements sont jugés excessifs et donc illégaux.

La création d'un secteur optionnel avec des conditions strictes à l'exercice de ces dépassements pourrait être un moyen de les limiter à la condition qu'il soit accompagné de l'extinction du secteur à honoraires libres. Cette perspective ne doit en outre exclure une réflexion plus large sur la rémunération et l'attractivité de certaines professions.

En termes de répartition de l'offre sur le territoire, les mécanismes de régulation doivent tenir compte de ce critère d'accessibilité financière de l'offre en l'intégrant :

- pour les établissements de santé, dans la répartition des volumes d'activité à travers les objectifs quantifiés de soins ;
- pour les professionnels de santé, dans le « zonage » des territoires (= classement de chaque zone géographique en fonction de son niveau de densité en offre de soins).

Ces mécanismes de régulation de l'installation des professionnels de santé doivent comprendre des mesures incitatives et également leur pendant : des mesures contraignantes pour réellement favoriser l'installation des professionnels de santé dans les territoires défavorisés.

Garantir l'effectivité des sanctions des refus de soins

Pour les associations, il est urgent de sortir de la compétence de l'Ordre qui n'a jamais été en mesure de faire respecter les obligations des professionnels de santé en la matière et de garantir l'effectivité des sanctions.

Les refus de soins sont par essence un phénomène difficile à objectiver et à éradiquer pour diverses raisons (les professionnels qui refusent sont connus des personnes qui ne s'adressent donc pas à eux, les victimes de refus de soins ne sont pas dans une démarche de recours mais d'accès aux soins qui demeure leur priorité...) et qui nécessite de favoriser les voies de recours possibles. Unanimement, les associations ont dénoncé le recul opéré par les parlementaires qui ont écarté le mécanisme d'aménagement de la charge de la preuve et celui du testing prévu par la Ministre de la Santé dans la version initiale du projet de loi HPST.

Ce recul n'est en rien justifié. Un aménagement identique de la charge de la preuve existe en effet en droit du travail pour lutter contre les discriminations à l'embauche, et il s'agit en la matière d'un dispositif protecteur qui a pu être mis en œuvre sans inflation injustifiée du contentieux. Pour ce qui est du recours à la formule du testing qui était prévue dans le cadre d'une procédure en cours (la caisse aurait pu procéder au testing et en faire un moyen de preuve supplémentaire), elle était nécessaire étant donné la difficulté d'apporter la preuve du caractère discriminatoire du refus du professionnel (il faut pouvoir opérer une comparaison). Sans ces éléments nouveaux, il n'y aura guère d'évolution au niveau des recours par rapport à la situation actuelle. Les associations ont donc demandé le retour à la version initiale du projet et espèrent, a minima, à ce stade que la prise de conscience du caractère illégal de ce type de pratique pourrait être de nature à les limiter.

Elles demandent en outre que le suivi des 5 % des professionnels qui accueillent le moins de personnes à la CMUC mis en œuvre au niveau des caisses soit rapidement déployé et qu'il soit procédé à une actualisation régulière de l'étude menée par la Drees en 2006 sur les conditions d'accueil de ces assurés sociaux par différentes catégories de professionnels de santé⁸. Le Ciss, parmi les recommandations qu'il émet suite à son testing, préconise également un investissement de la Halde sur ce problème majeur d'accès aux soins.

Mettre en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation pour renforcer l'efficacité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Pour les associations, il s'agirait d'aller au delà des recommandations et bonnes pratiques du guide élaboré par la DHOS, certes indispensables, pour un véritable cahier des charges de fonctionnement des PASS et de mettre ainsi en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation rendus ces dernières années sur le dispositif. La Pass doit permettre à tout patient, quelque soit le

⁸ Drees, Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, mars 2008.

niveau de sa couverture maladie, qu'il soit sans droits ou avec des droits potentiels, d'accéder à l'ensemble du plateau technique hospitalier, y compris la pharmacie. À ce titre, l'accès à certaines spécialités qui fait actuellement défaut, doit être recherché : soins dentaires, consultations ophtalmologiques et psychiatriques, pédiatriques... Le développement des PASS mobiles, tournées vers l'extérieur, est également à encourager.

Par ailleurs, sur un plan quantitatif, les associations rappellent leur demande pour le développement du nombre de ces cellules médico-sociales. Le dernier recensement réalisé en 2003 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins dénombre en effet 369 PASS, ce qui est loin des 500 prévues initialement pour couvrir tout le territoire.

Ces mesures posent en filigrane la question des moyens financiers qui sont consacrés à ce dispositif : 4 millions d'euros en 2009... à mettre au regard d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie de 157 milliards d'euros...

Ne pas faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation

En 2006, les associations demandaient déjà le retrait de la circulaire du 21 février 2006 qui tend à faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation. En 2009, force est de constater que les exemples se sont multipliés : une interpellation dans une caisse primaire d'assurance maladie à Auxerre en février 2009 et bien d'autres dans des lieux d'hébergement.

Avec ce type de pratiques, ces lieux-ci deviennent, de fait, inaccessibles aux personnes en situation irrégulière. Les efforts menés pour leur prise en charge et leur accompagnement vers la santé sont remis en cause, avec des risques importants en termes de santé publique pour l'ensemble de la population.

Les associations de solidarité réaffirment fortement leur opposition aux interpellations de sans papiers dans des lieux d'hébergements, de soins ou d'accès aux soins. Les politiques (maîtrise de l'immigration / politique sociale) ne doivent pas être confondues et les missions des structures dévoyées.

Affiner la mesure de la pauvreté et des inégalités de santé et assurer un véritable suivi des indicateurs

En matière de mesure de la pauvreté, les associations ont obtenu une liste plus large d'indicateurs de manière à mesurer de façon multidimensionnelle la pauvreté et non pas seulement de façon monétaire (onze indicateurs allant de la perception de minima sociaux, au chômage non indemnisé ou encore aux non recours aux soins contre une seule référence au revenu médian). Elles regrettent par contre que des indicateurs pour mesurer l'évolution des inégalités n'aient pas été adoptés.

Au niveau de l'état de santé de la population et plus précisément des inégalités de santé, il serait nécessaire de disposer de données de manière plus régulière. Pour ce faire, les études devraient pouvoir être menées à intervalles réguliers voire, autant que faire se peut, devraient s'inscrire dans la durée (du type étude de cohorte). Cela permettrait de faire état, plus précisément que ça ne l'est aujourd'hui, des évolutions et ainsi de l'impact des politiques et des actions menées. Même si en la matière les corrélations ne sont pas forcément aisées à établir.

Réduire les inégalités en matière d'accès à la prévention et aux soins

Synthèse

Quel bilan des propositions de 2006 ?

Les points positifs :

- ⇒ Les consultations réalisées dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale seraient écartées des sanctions du parcours de soins.
- ⇒ Un financement spécifique est instauré dans le cadre de la tarification à l'activité pour compenser les surcoûts liés à la prise en charge hospitalière de personnes en situation de précarité.
- ⇒ Les PRAPS dont le devenir était un temps devenu très incertain sont reconduits et la lutte contre les inégalités de santé fait partie intégrante de la politique de santé mise en œuvre par les ARS.
- ⇒ Des recommandations et bonnes pratiques ont été diffusées pour les PASS.

Les points négatifs :

- ⇒ Aucune mesure prise pour limiter les dépassements d'honoraires.
- ⇒ Pas de politique efficace de lutte contre les refus de soins malgré la prise de conscience collective du phénomène.
- ⇒ Une régulation de l'installation des professionnels de santé qui demeure hypothétique.

Quelles propositions en 2009 ?

- ⇒ Dans le cadre de la réforme de la loi de santé publique, faire des PRAPS un axe prioritaire de l'action des ARS.
- ⇒ Définir un pourcentage d'acte que le professionnel de santé autorisé à pratiquer des dépassements doit facturer au tarif opposable.
- ⇒ Fixer un plafond au delà duquel les dépassements sont jugés excessifs et donc illégaux.
- ⇒ Tenir compte du critère d'accessibilité financière dans la répartition de l'offre sur le territoire.
- ⇒ Définir des mécanismes de régulation de l'installation des professionnels de santé avec des mesures incitatives et également leur pendant : des mesures contraignantes pour réellement favoriser l'installation des professionnels de santé dans les territoires défavorisés.
- ⇒ Garantir l'effectivité des sanctions des refus de soins, notamment par une procédure de recours adaptée.
- ⇒ Mettre en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation pour renforcer l'efficacité des PASS.
- ⇒ Ne pas faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation
- ⇒ Affiner la mesure de la pauvreté et des inégalités de santé et assurer un véritable suivi des indicateurs.



Assurer un niveau élevé de couverture par l'Assurance maladie

(...)

Le constat perdure : l'Assurance maladie est plus que jamais déficitaire malgré les plans d'économie successifs adoptés au prix d'un recul de la prise en charge

En 2008, l'État réglait sa dette au régime de base de l'Assurance maladie, assainissant ainsi leurs rapports. Les comptes de l'Assurance maladie comme ceux de la sécurité sociale connaissent à nouveau un déficit (4,4 milliards pour l'Assurance maladie⁹), déficit qui ne manquera pas de s'accroître en 2009 compte tenu de la conjoncture économique.

À la différence de 2007, la procédure d'alerte¹⁰ n'a finalement pas été déclenchée en 2008 mais son imminence n'en a pas moins légitimé les mesures ponctuelles adoptées à la faveur de l'été. En 2008, comme les années précédentes, ces mesures étaient ponctuelles : franchises, économies sur le médicament, contribution supplémentaire de 1 milliard d'euros sur les complémentaires de santé...

Par rapport à ce déficit de l'Assurance maladie, il ne fait aucun doute qu'il convient de rationaliser la dépense de santé, maîtriser sa croissance, en influant sur la construction des coûts (coût des produits pharmaceutiques, rémunération de certaines spécialités, meilleure coordination des acteurs pour éviter les actes inutiles et redondants), en responsabilisant professionnels de santé et usagers sur la consommation de soins (pour ces derniers, dans la mesure où ils peuvent influencer sur leur consommation ce qui n'est pas le cas pour l'essentiel de la dépense) et qu'il faut demeurer vigilant en matière de remboursement, ce qui implique une sanction des fraudes. Mais, in fine, tout dépend de la manière dont cette rationalisation est opérée et surtout s'il s'agit réellement d'une maîtrise de la dépense de santé où d'une limitation de la dépense d'Assurance maladie, ce qui est loin d'être équivalent. Or nombre d'acteurs dont l'Uniopss ont pu regretter la méthode employée : empilement de dispositifs, absence de réel débat au fond sur les choix opérés, communication focalisée sur les fraudes qui sert trop souvent à justifier une politique restrictive en termes d'accès aux droits... et sur le fond, les associations de solidarité et d'usagers n'ont eu de cesse de dénoncer le résultat d'une participation de l'assuré en hausse, à savoir, un accès aux soins en net recul.

⁹ Prévisions mai 2009.

¹⁰ La procédure d'alerte instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie impose aux caisses d'assurance maladie de proposer des mesures de redressement en cas de dépassement de l'Ondam de plus de 0,75 %.

En effet, bien qu'au global la part de l'Assurance maladie dans le financement de la dépense de santé demeure relativement stable : autour de 77% depuis 1995 avec un léger recul depuis 2005 avec la mise en œuvre du forfait de 1 euro et les différentes mesures qui s'ensuivent¹¹. Au niveau de la personne, l'augmentation des restes à charge est une réalité. La raison de ce décalage est simple : au niveau macroéconomique, les mesures restrictives sont compensées par la montée en charge des affections de longue durée (ALD, prise en charge à 100%) dont le nombre de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter¹².

In fine, ce sont les personnes dont les ressources les situent juste au dessus du plafond pour bénéficier de la CMUC qui sont le plus impactées. Paradoxalement, les personnes à la CMUC sont plus préservées car elles bénéficient de la prise en charge à 100 % aux tarifs opposables. Les autres voient leur reste à charge augmenter : elles sont frappées de plein fouet par les franchises, forfaits, déremboursements... sans compter les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents et importants. Les premières données disponibles selon la méthode du sondage témoignent de la surexposition des bas revenus. Ainsi, si un Français sur cinq (19 %) déclare avoir modifié son comportement depuis l'instauration de franchises sur les médicaments et les consultations, la part des personnes ayant modifié leur comportement passe à 31 % parmi les personnes à bas revenus, alors qu'elle n'est que de 9 % parmi les plus hauts revenus. Plus le pouvoir d'achat est faible, plus les ménages sont obligés de consommer différemment conclu l'institut de sondage¹³.

Dans le même temps, les reports voire les renoncements aux soins ont été confirmés. Dernières en date, les données fournies par le Baromètre de la pauvreté Ipsos Secours populaire selon lequel 39 % des français déclarent avoir déjà retardé ou renoncé à des soins à cause de leur coût, cette proportion montant à 52 % dans les foyers les plus pauvres (moins de 1 200 € nets/mois). Ainsi, près d'un Français sur trois aurait déjà retardé ou renoncé à l'achat de prothèses dentaires (31 %) ou de lunettes (29 %). Pour l'achat de produits d'optique, cette proportion serait deux fois plus élevée dans les foyers les plus pauvres (40 %) que dans les foyers les plus riches (20 %)¹⁴.

Complétant l'analyse, l'association Médecins du monde témoignait en novembre 2008 que de nouvelles catégories de personnes arrivaient dans les consultations de l'association. Des personnes aux ressources les plaçant au dessus du plafond pour bénéficier de la CMUC et pourtant insuffisantes pour leur permettre de payer les tickets modérateurs mais aussi les forfaits et franchises qui se sont multipliées ces dernières années. Ces personnes sont des travailleurs pauvres, des titulaires de minimas sociaux.


¹¹ La part de la sécurité sociale de base dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux était ainsi de 77,1% en 2004 ; 77,0% en 2005 ; 76,8% en 2006 et 76,6% en 2007. La décroissance devrait se poursuivre avec la mise en œuvre des franchises en 2008.

¹² 8 millions de personnes en ALD en 2007 avec une croissance de +6,1% sur la période 1994-2006.

¹³ Baromètre AG2R-La Mondiale, 25 septembre 2008.

¹⁴ Baromètre de la pauvreté Ipsos Secours populaire, août 2008.

De nouvelles mesures ponctuelles ou une réforme d'ampleur sur le volet financier ?



La réforme HSPT ne comporte pas de mesures financières, champ d'action de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La Ministre de la santé a néanmoins présenté son projet comme devant permettre une action structurelle sur le système de santé à travers notamment la création des ARS et la recherche d'une meilleure coordination entre les acteurs. Dans cette optique, elle a également annoncé la relance du projet de dossier médical personnel, un des grands échecs de la loi de 2004 qui n'a au final opéré qu'une réforme comptable du système sans réelle amélioration de la coordination et de la qualité des soins. Sans cet élément essentiel de coordination, le parcours de soins n'a en effet été qu'un dispositif tarifaire permettant aux professionnels de santé d'élargir les cas dans lesquels ils pouvaient procéder à des dépassements, avec un gain très relatif pour les patients : bon nombre d'entre eux avaient déjà un médecin traitant et n'ont fait que formaliser l'existant.

A ce titre, notons que les bénéficiaires de la CMUC ont dépassé en termes de déclaration de médecin traitant le reste de la population (fin 2007, 84,7% des bénéficiaires de la CMUC avaient désigné un médecin traitant contre 83,9 % pour le reste de la population¹⁵). Cette évolution est d'autant plus positive qu'elle a eu lieu sans que les sanctions financières du hors parcours de soins (moindre remboursement) n'aient été mises en œuvre pour cette population. Les associations s'étaient opposées à l'application de ces sanctions qui auraient été contreproductives pour des personnes peu informées et pour lesquelles une participation financière aurait été rédhitoire. Elles préféraient à la contrainte l'information et la pédagogie. La démarche a donc bien été payante.


Sur le volet financier, le projet de LFSS pour 2010 est donc par contre annoncé comme déterminant. Si pour 2009, l'Ondam (le niveau de dépense) serait respecté, l'ampleur du déficit – lié donc essentiellement aux faibles rentrées de recettes avec des prévisions revues chaque jour à la baisse – pourrait conduire à de nouvelles mesures. Mesures pour limiter à nouveau les dépenses et/ou mesures pour dégager de nouvelles recettes ? Pour l'heure, aucune réforme globale n'a été annoncée si ce n'est des pistes de travail qui ont été avancées : transfert de dépenses de santé comme l'optique aux complémentaires de santé, instauration d'un bouclier sanitaire, réforme du périmètre des ALD... sans nouveauté cependant puisque ces pistes son régulièrement relancées depuis quelques années.

¹⁵ Données du fonds CMU, références CMU, avril 2009.

Dans le contexte actuel, l'Uniopss réaffirme ses propositions en faveur d'un système solidaire d'assurance du risque maladie



Les **propositions associatives de 2006 demeurent pour l'essentiel d'actualité avec pour certaines une acuité encore plus grande** compte tenu des reculs constatés dans l'accès aux soins et de la dégradation de la situation économique qui a d'ores et déjà une influence à la hausse sur le nombre de personnes en situation de précarité. De plus, **au regard de l'ampleur des déficits qui attendent l'État et les organismes de protection sociale, l'Uniopss tenait à réaffirmer son positionnement pour un haut niveau de prise en charge par l'Assurance maladie** des dépenses de santé, en tant que choix pour la collectivité.

 ***Maintenir un haut niveau de prise en charge de la dépense de santé par l'Assurance maladie***

Pour l'Uniopss, il a en effet toujours été important de maintenir la part de l'Assurance maladie dans le financement de la dépense de santé. Ce choix collectif d'un niveau élevé de couverture maladie se justifie socialement – c'est le seul système réellement en mesure d'assurer un large accès aux soins – mais aussi économiquement puisqu'il permet de mieux contenir la croissance des dépenses globales de santé. En effet, les pays où le taux de couverture maladie est le plus élevé (tels que les pays du Nord de l'Europe) sont aussi ceux où les dépenses de santé augmentent le moins rapidement (comparativement aux États-Unis par exemple).

L'Uniopss n'est donc pas favorable à la sortie de biens et services, tels que l'optique et le dentaire, du panier de soins de l'Assurance maladie pour un transfert vers un financement privé. Le transfert vers les complémentaires de santé pourrait du reste s'accompagner d'un coût au global plus élevé compte tenu notamment de la nécessité d'aider les personnes aux ressources insuffisantes d'acquiescer une complémentaire santé¹⁶.

L'Uniopss est également très réservée sur la mise en œuvre, dans les conditions actuelles, d'un bouclier sanitaire, même si celui-ci est modulé en fonction des ressources de la personne. Elle préférerait que la réflexion soit approfondie sur les critères d'inclusion dans le régime des ALD et les conditions de prise en charge à ce titre et surtout qu'il y ait une véritable action au niveau du financement de l'Assurance maladie. L'effort supplémentaire nécessaire chaque année du fait de l'augmentation de la dépense d'Assurance maladie devrait en effet être porté par l'ensemble de la collectivité au niveau du

¹⁶ Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages. Sénat. Commission des Affaires Sociales. Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale, Cour des comptes, 2008.

financement du système, en fonction des capacités contributives de chacun, et non au niveau de la dépense par les seuls malades comme le ferait un système de bouclier sanitaire instauré à coût constant pour l'assurance maladie, seule perspective à l'heure actuelle.

Les pistes que l'Uniopss privilégiait dans son positionnement en 2004, année de réforme de l'Assurance maladie, ont été écartées par les pouvoirs publics. Il s'agissait d'instaurer une taxe sur la valeur ajoutée des entreprises et d'envisager une hausse de la CSG avec l'introduction d'une certaine progressivité dans ce prélèvement. En 2009, l'Uniopss considère que cette seconde piste ainsi que celle d'un nouvel élargissement de l'assiette des prélèvements ne devrait pas être ignorée. Par ailleurs, l'annonce par le chef de l'État d'une réflexion pour revoir la répartition entre la rémunération du travail et celle du capital pourrait également amener, si cette annonce se concrétisait, des perspectives nouvelles en termes de financement de notre système de protection sociale.

La réflexion sur le financement n'exonère pas non plus des actions en faveur de la maîtrise de la dépense de santé (éviter de multiplier les actes, recours aux génériques...) et des coûts. Pour certains produits et prestations, le bien-fondé doit en être étudié avec attention (spécialités pharmaceutiques, certains actes...). Mais, en tout état de cause, la croissance des dépenses de santé peut correspondre à un optimum collectif en termes de gains en bien-être et le fait que la France consacre une part de plus en plus de son PIB à ce marché n'est pas une perspective insoutenable. La question porte davantage sur la façon de financer : collectivement et solidairement ou individuellement ? L'Uniopss plaide pour la première approche.

► L'urgence à augmenter le plafond de la CMUC de manière à ce qu'il permette d'intégrer les personnes qui touchent l'AAH et l'ASPA...

Les associations réaffirment leur attachement à ce que les personnes bénéficiaires des minimas sociaux que sont l'AAH (allocation aux adultes handicapés : 666,96 € par mois pour une personne seule) et l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées : 677,13 € par mois pour une personne seule) puissent bénéficier de la CMUC (plafond actuel : 621 € par mois pour une personne seule). Ces personnes âgées ou en situation de handicap sont en effet en grande précarité, et on leur accorde, à ce titre, un revenu de subsistance sans paradoxalement leur permettre une couverture maladie complète, nécessaire pourtant au regard de leur état de santé. Le plafond de la CMUC doit ainsi progresser avec le montant de l'AAH qui devrait atteindre 776 € par mois en 2012, l'objectif demeurant l'alignement de ce plafond sur le seuil de pauvreté fixé à 880 € par mois.

Il conviendrait par ailleurs de procéder à une estimation des différentes populations cibles pour chiffrer la portée et le coût exact de la mesure.

La difficulté d'estimer la population cible d'un relèvement des plafonds de l'ACS et de la CMUC :

En 2007, le HCAAM estimait la population cible de l'ACS à 2,2 millions de personnes. L'ACS était alors accordée pour des ressources situées entre 598,23 € et 717,88 (par mois pour une personne seule). Au final, moins de 400 000 personnes ont utilisé l'attestation.

L'Insee dénombre, quant à elle, pour cette même période, environ 4,2 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, selon l'ancienne définition retenue pour le seuil de pauvreté (ressources inférieures à 733 € par mois pour une personne seule en 2006), ce qui est bien en deçà des effectifs de la CMUC et de l'ACS regroupés (4.8 + 0.3 millions de personnes).

Selon l'hypothèse haute du HCAAM, la mesure qui consiste à porter le plafond de la CMUC au niveau du seuil de pauvreté, selon l'ancienne définition retenue pour le seuil de pauvreté permettrait de toucher un peu plus de 2,2 millions de personnes supplémentaires et coûterait à coût constant environ 800 millions d'euros.

Depuis ces estimations, les services statistiques de la CNAMTS, en coordination avec le Fonds CMU, ont mis en place un nouveau programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU. Ce nouveau programme permet de décompter plus précisément les individus effectivement gérés par les CPAM et CGSS et de supprimer les doubles comptes liés aux affiliations d'une même personne auprès de plusieurs assurés. Le nombre de bénéficiaires de la CMUC a ainsi été revu à la baisse : de 4,2 à 3,9 millions de personnes pour juin 2008.

La population cible de l'ACS aurait elle été quelque peu surestimée.

▶ Accorder l'aide à la complémentaire santé de façon dégressive jusqu'au point de sortie du RSA

La loi HPST procède à un nouveau relèvement du montant de l'aide pour les personnes âgées. La mesure est une avancée qui était nécessaire au regard de l'augmentation du coût des complémentaires de santé en 2009.

Pour les associations, elle ne sera cependant pas suffisante. Il faudrait élargir le public cible de ce dispositif. Trop de personnes renoncent en effet encore à des soins pour des raisons financières, en particulier faute de couverture complémentaire¹⁷ alors que l'accès à cette dernière demeure très inégalitaire¹⁸.

¹⁷ En 2006, 14 % de la population déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Questions d'économie de la santé IRDES n° 132, mai 2008.

¹⁸ « En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes ».

Pour pallier cette situation, il faudrait permettre aux personnes qui touchent le RSA (revenu de solidarité active) de bénéficier de cette aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et l'attribuer de façon automatique aux personnes qui sortent du dispositif de la CMUC. Pour les associations, le dispositif du RSA destiné à lutter contre les « trappes de pauvreté » et favoriser le retour à l'emploi, ne peut être pleinement efficace que s'il est accompagné d'une revalorisation des plafonds en matière de complémentaire santé et d'une atténuation des effets de seuils liés à l'ACS que permettrait cette mesure.

Avec le relèvement du plafond de la CMUC, **l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé serait ainsi accordée de manière dégressive aux personnes dont les revenus leur permettent de se situer au-dessus de ce nouveau plafond de la CMUC jusqu'à un niveau de revenu correspondant au point de sortie du RSA**¹⁹. Cette mesure permettra de diminuer mécaniquement la part de revenu que les ménages consacrent à l'acquisition d'une complémentaire santé et ainsi améliorer le taux d'adhésion au dispositif. En effet, malgré une progression plus nette sur les deux dernières années liée aux revalorisations du montant de l'aide et à une vaste campagne d'information, le nombre d'utilisateurs ne parvient pas à décoller réellement : fin 2007, moins de 400 000 personnes avaient acquis une complémentaire avec l'ACS sur 2,2 millions de personnes visées par le dispositif. Et il semble bien que ce soit l'important reste à charge qui demeure le principal obstacle à la réussite du dispositif. En moyenne, après déduction de l'aide, 50 % du prix du contrat reste à la charge de la personne, soit 366 € par an, ce qui représente environ 30 € par mois pour des personnes dont les ressources mensuelles sont aux environs de 700 euros.

Le taux d'effort étant moins important, les associations en escomptent également une amélioration du niveau de garantie des contrats souscrits. D'après l'étude 2007 sur les niveaux de garanties offerts par les contrats souscrits grâce à une aide à la complémentaire santé, il apparaît que les personnes souscrivent des contrats de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. Les associations ont eu l'occasion de pointer à plusieurs reprises ce risque inhérent au dispositif.

Assurer l'attribution de la CMUC et autres droits connexes aux bénéficiaires du RSA qui en remplissent les conditions

Avec le Revenu de solidarité active (RSA), l'octroi de la CMUC et des autres droits connexes ne dépend plus du statut de la personne. Alors que l'attribution du RMI conférait le droit à la CMUC et à certain nombre d'autres droits connexes (exonération de taxe d'habitation, de redevance audiovisuelle), désormais l'octroi du RSA qui se substitue pour partie au RMI n'emporte pas automatiquement droit aux prestations connexes.

et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise. », La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Questions d'économie de la santé IRDES n° 132, mai 2008.

¹⁹ Au lieu de concerner comme actuellement les personnes dont les ressources sont évaluées entre 621 € et 745 €, seraient visées les personnes aux ressources comprises entre 880 € et 1 180 €.

Deux raisons ont présidé à ce choix : non seulement le RSA est attribué bien au delà du plafond de la CMUC et il serait mal venu de distinguer les titulaires du RSA de base des personnes qui travaillent et reçoivent le complément. Mais surtout, il s'agissait de substituer des critères de ressources au critère de statut qui pouvait parfois, à revenu équivalent être inéquitable : avec le même niveau de ressources, un Rmiste avait accès à un niveau de prestations/ avantages qu'un non RMIstes ne pouvait obtenir. Les associations solidarité sont satisfaites de ce changement qui met fin à des situations inéquitables et à un système qui a finalement consisté à ériger le bénéfice d'une prestation sociale en un statut enfermant pour la personne et qui déterminait l'ensemble des droits connexes²⁰.

Par contre, si rien n'est fait pour assurer une articulation entre l'ouverture des droits au RSA et celui des droits antérieurement qualifiés de connexes, elles alertent sur le risque de retards voire de non-recours par rapport à ces droits. Avec des conséquences négatives sur l'accès aux soins pour ce qui concerne la CMUC. Ainsi, s'il doit y avoir un nouvel examen du dossier pour vérifier que les conditions d'attribution des droits sont remplies, cela doit être transparent pour les bénéficiaires et réalisé dans les plus brefs délais. Autrement dit, dès lors que les revenus de la personne n'excèdent pas les plafonds de ressources, elle se verrait attribuée la prestation sans avoir de nouveau à produire les éléments nécessaires à l'examen de son dossier. **C'est au service qui instruit la demande de RSA et accorde les droits – et donc a connaissance des ressources de la personne – de s'assurer avec les services compétents (Caisse primaire d'assurance maladie pour la CMUC) que les droits aux autres prestations seront ouverts.** Ce principe est également valable pour l'aide à la complémentaire santé.

Restera pour la personne à désigner l'organisme de son choix pour la gestion de sa CMUC. **Pour éviter les situations de latence, l'Uniopss propose qu'à défaut de choix de l'organisme complémentaire par la personne dans un délai raisonnable, l'organisme qui procède à l'ouverture des droits au RSA désigne par défaut un organisme inscrit à la gestion de la CMUC ou un organisme du régime obligatoire.**

Les associations de solidarité qui, de manière générale, regrettent le caractère très limité de l'expérimentation du RSA, déplorent que les conditions d'attribution des droits antérieurement connexes n'aient pu être expérimentées.

²⁰ À l'origine, la disposition avait objectif de faciliter l'accès aux droits de la personne en situation de précarité qui n'a pas à justifier une nouvelle fois des conditions pour bénéficier de la prestation. Ainsi, le RMI étant une allocation différentielle dont le montant est en deçà du plafond maximum de ressources pour bénéficier de la CMUC, le respect de la condition de ressources est par définition acquis. Mais force est de constater que la mesure n'a pu pleinement porter ses fruits en ce qui concerne la CMUC. En effet, pour que ce droit se concrétise, la personne doit désigner l'organisme complémentaire de son choix pour gérer sa complémentaire santé. Or en l'absence de choix le dossier reste en suspens et le droit n'est pas effectif. Ainsi, une enquête de la DREES publiée en octobre 2007 révèle que 89 % des allocataires du RMI seulement déclaraient bénéficier de la CMUC en 2006. Si certaines de ces personnes n'en éprouvent pas la nécessité car elles ont déjà une complémentaire santé (35 % des cas), 26 % des non-recours seraient liés à une absence de démarche ou un abandon. Une étude plus récente du fonds de gestion de la CMUC sur les rotations du dispositif confirme le constat : elle fait état de ruptures de continuité de droit liées en partie à des demandes tardives.

► **Revoir sans attendre les restrictions apportées à l'Aide médicale d'État (AME)**

Pour les associations, il est urgent de revenir sur les restrictions apportées à l'AME, en particulier sur la condition de résidence ininterrompue de plus 3 mois sur le territoire national instaurée en 2004 pour bénéficier de l'AME. En effet, avec cette condition, en deçà des 3 mois de présence ininterrompue en France, il n'y a plus de prise en charge possible hors les cas d'urgence vitale et de risque sanitaire avéré.

Cette situation est intolérable pour les associations : elles constatent une détérioration de l'état de santé de ces personnes qui arrivent dans le système de soins avec un état de santé de plus en plus dégradé ; au point qu'il devient désormais urgent de rétablir l'accès immédiat aux soins²¹.

► **Assurer l'effectivité d'une offre de domiciliation unique pour que la domiciliation ne constitue pas un obstacle à l'accès à la CMUC et à l'AME**

Les associations ont noté la définition stricte donnée par la circulaire du 25 février 2008 des cas dans lesquels la domiciliation était exigée, respectant ainsi le principe même d'une domiciliation qui permet à la personne sans domicile stable d'avoir une adresse administrative pour faire valoir ses droits civils, civiques et sociaux, adresse à laquelle un courrier peut lui être adressé²². Au sens de la circulaire, les personnes pour lesquelles la domiciliation est nécessaire sont en effet les seules personnes qui ne disposent pas d'une adresse leur permettant d'y recevoir et d'y consulter leur courrier de façon constante. Les cas dans lesquels la domiciliation est nécessaire sont donc plus restreints que l'interprétation qui avait pu en être faite auparavant. L'important est désormais que l'ensemble des acteurs (administrations, associations, assistantes sociales...) se réfèrent à cette définition.

Concernant le nouveau dispositif de la domiciliation unique mis en place en 2008, il est trop récent pour pouvoir porter à ce stade une appréciation. Ceci est d'autant plus vrai que le dispositif tarde à être mis en œuvre. Les retards accumulés font qu'il y a désormais urgence à ce que l'État se mette en mesure de produire les cahiers des charges et d'exercer sa responsabilité en matière de coordination territoriale, de planification et d'échange avec les acteurs.

La domiciliation unique était une demande des associations qui regrettent qu'elle ne le soit pas réellement puisque l'AME en est exclue ainsi que la domiciliation pour la demande d'asile : ces deux dispositifs demeurent spécifiques. Les associations peuvent par ailleurs choisir les prestations pour lesquelles elles domicilient de manière à limiter ce service pour tenir compte de leurs capacités et de leurs compétences (par rapport à des publics spécifiques par exemple).

²¹ Médecins du monde note un retard de recours aux soins dans 11 % des consultations délivrées en 2007 dans les centres de l'association. L'accès aux soins des plus démunis en 2007, rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2008.

²² En 2006, les associations demandaient de supprimer l'obligation d'une domiciliation pour la CMU et l'AME dès lors que la personne dispose d'une adresse postale. Largement exigée, la domiciliation constituait en effet un obstacle majeur à l'accès aux droits à la CMUC et à l'AME : insuffisance de l'offre, manque de cohérence, d'information.

Pour assurer la présence d'une offre suffisante de domiciliation, les organismes domiciliateurs ont donc, dans la mesure du possible, à privilégier une activité de domiciliation pour l'ensemble des prestations, y compris l'AME et la demande d'asile, et par conséquent à demander les différents types d'agrèments liés. Mais, cette volonté des acteurs associatifs, centres communaux d'action sociale, ne saurait suffire à elle seule : l'offre ne pourra réellement se développer de manière satisfaisante, qu'à partir du moment où elle sera financée en tant que telle, ce qui n'est pas le cas (l'activité de domiciliation est financée par les autres ressources de la structure, sans apport de la part de la puissance publique). Ce point pourrait même devenir bloquant, le nouveau dispositif alourdissant considérablement les obligations pesant sur les acteurs de la domiciliation (enregistrement des courriers, remontées régulières des attestations délivrées...).

Il y a pourtant urgence à développer l'offre de domiciliation, son insuffisance est un véritable frein à l'accès aux droits, particulièrement criant pour l'AME. L'association Médecin du Monde le pointe à nouveau dans le rapport de son observatoire de 2008 : 48 % des patients de leurs centres sont concernés par une domiciliation (7 176 personnes) et parmi eux, 73 % en sont dépourvus. L'offre a toujours été très insuffisante et le fait d'avoir écarté l'AME de la domiciliation unique comporte le risque que le dispositif soit délaissé. À cet état de fait, s'ajoute, toujours pour la domiciliation AME, une difficulté supplémentaire liée à la demande non fondée de certaines CPAM qui exigent des organismes domiciliateurs la liste des personnes domiciliées pour que ces dernières puissent bénéficier de l'AME.

Pour les associations, une évaluation du dispositif sera de toute façon nécessaire, passées deux années de fonctionnement. Cette évaluation devrait dresser un état de l'offre disponible et de son développement. Elle devrait également porter sur le fonctionnement du dispositif tant du côté des organismes qui délivrent l'attestation que de ceux qui exigent cette attestation pour délivrer des services et prestations (organismes de sécurité sociale, conseils généraux, banques...). Un bilan de l'action des services de l'État devra également être dressé.

Objectiver la fraude aux prestations sociales par une mesure de son étendue

Nombre de mesures restrictives (contrôle a priori des ressources, évaluation des éléments de train de vie...) ont été mises en œuvre de manière à limiter les cas de fraudes aux prestations. Ces mesures restrictives en matière d'accès aux droits, outre le coût supplémentaire qu'elles peuvent engendrer, méritent d'être mises en balance avec le nombre de cas de fraude avérée. Les discours stigmatisants envers les titulaires de minimas sociaux, de la CMU ou de l'AME découlent également d'une méconnaissance de la réalité de ce phénomène.

Or des quelques données qui existent, il apparaît que la fraude sur ces prestations serait, sommes toutes, limitée. Pour l'AME, l'IGAS et l'IGF le pointaient dans leur rapport rendu en 2007. Pour une telle prestation en nature, les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires sont circonscrites : elles consistent essentiellement en de fausses déclarations ou la falsification des papiers permettant l'accès à l'AME²³. La mise en place d'une attestation non falsifiable avec photo devrait la rendre impossible. Pour la CMUC, la comparaison entre les ressources déclarées et celles constatées lors des contrôles fait apparaître une divergence de 4,5 %, ce qui est faible, d'autant plus que ce chiffre doit être minoré par les cas d'erreurs plus fréquents compte tenu de la difficulté, pour certaines de ces personnes, d'appréhender un langage administratif²⁴.

Les associations demandent que de telles études soient menées régulièrement avec diffusion des résultats de manière à objectiver le phénomène.

²³ IGAS, IGF, AME : mission d'audit, mai 2007, La documentation française.

²⁴ Référence CMU, avril 2009.

Bouclier sanitaire : les réserves de l'Uniopss

Au préalable, sur le registre des fondements du système d'Assurance maladie, ce dispositif rompt complètement avec le principe de l'Assurance maladie selon lequel chacun contribue en fonction de ses ressources et reçoit en fonction de ses besoins. Mais c'est surtout les conditions actuelles dans lesquelles seraient mises en œuvre le dispositif qui font douter de sa pertinence.

Il convient ainsi de bien resituer l'objectif poursuivi : il ne s'agit nullement de limiter le reste à charge de l'ensemble des assurés dans un contexte de financements en forte croissance. La problématique est bien de résoudre la question cruciale du régime des affections de longue durée (ALD), régime « inflationniste » pour la dépense d'Assurance maladie dont la pertinence fortement questionnée : dans les faits les restes à charge demeurent importants pour des personnes qui sont pourtant sensées être prises en charge à 100 %²⁵. Le dispositif serait supprimé et remplacé par un « bouclier sanitaire »

Le système du bouclier sanitaire entend ainsi favoriser les « gros » risques, mieux les rembourser : une fois le montant forfaitaire du bouclier atteint par le cumul des tickets modérateurs, ils sont remboursés intégralement. Ceci se ferait au détriment des « moyens » et « petits » risques qui n'atteindront pas ce seuil au-delà duquel la prise en charge est intégrale et auront donc sur l'ensemble de leurs soins un reste à charge. En effet, comme le dispositif ne pourrait être mis en œuvre qu'à coût constant pour l'Assurance maladie avec un objectif de maîtrise de la croissance de la dépense d'assurance maladie, il s'agit bien de compenser une amélioration de la prise en charge des risques les plus importants, jusque là en ALD, par un moindre remboursement des autres risques. Pour ce faire, le bouclier ne peut-être fixé qu'à un niveau assez élevé voire avec une augmentation du montant des tickets modérateurs²⁶. Son montant, comme celui du ticket modérateur pouvant ensuite très bien jouer le rôle de variable d'ajustement en fonction de la dégradation des comptes de l'Assurance maladie.

Dans ce contexte, deux arguments fondent la position réservée de l'Uniopss sur la mise en œuvre du bouclier sanitaire ainsi décrit. D'une part, le risque pointé par de nombreux acteurs de perte d'adhésion d'une partie des usagers qui financeraient toujours à la même hauteur l'Assurance maladie obligatoire tout en voyant une importante augmentation de leur reste à charge est, selon elle, réel et à ne pas négliger. À ce titre, l'idée de moduler le montant du bouclier en fonction des ressources de la personne ne permet pas de résoudre cette contradiction qui pèserait principalement sur les classes moyennes pour lesquelles le taux d'effort serait le plus important à la fois du côté du financement de l'Assurance maladie et de celui des prestations qu'ils en recevraient. La redistributivité s'exercerait en effet sur les deux volets et non du seul côté du financement du système comme à l'heure actuelle (financement assuré principalement par les cotisations sociales et la CSG).

D'autre part, il s'agit d'un changement total de logique dans lequel s'opèrerait une certaine redistribution qui, en quelque sorte amènerait les personnes les moins malades à financer indirectement les risques les plus importants.

Pour toutes ces raisons, l'Uniopss est très réservée sur la mise en œuvre dans les conditions actuelles du bouclier sanitaire, même si celui-ci est modulé en fonction des ressources de la personne.

²⁵ 1 million de personnes en affection de longue durée (ALD) ont ainsi un reste à charge (RAC) supérieur à 600 euros. Cf. rapport sur le bouclier sanitaire, page 11.

²⁶ « Tout mécanisme de plafonnement des RAC « coûte ». La limitation des RAC élevés implique en effet une dépense supplémentaire qui doit être couverte par un relèvement corrélatif du taux du ticket modérateur. » Cf. rapport sur le bouclier sanitaire, page 18.

Assurer un niveau élevé de couverture par l'Assurance maladie

Synthèse

Quel bilan des propositions de 2006 ?

Les points positifs :

- ⇒ L'État a réglé sa dette au régime de base de l'Assurance maladie, assainissant leurs rapports.
- ⇒ Les bénéficiaires de la CMUC ont dépassé en termes de déclaration de médecins traitant le reste de la population sans que des sanctions financières qui auraient été contreproductives n'aient été mises en œuvre.
- ⇒ Le montant de l'aide à la complémentaire santé a été relevé à plusieurs reprises.
- ⇒ Une définition stricte des cas dans lesquels une domiciliation est nécessaire.

Les points négatifs :

- ⇒ Un empilement de dispositifs et de tarifs (forfaits, franchises, tarifs spécifiques, dépassement autorisés hors du cadre du parcours de soins, taxe sur les complémentaires...) qui rend illisible pour l'utilisateur sa contribution au financement de la santé.
- ⇒ L'absence de débat au fond sur les choix opérés.
- ⇒ Des mesures qui ont consisté essentiellement à limiter la dépense d'Assurance maladie avec une réforme de 2004 qui n'aura au final opéré qu'une réforme comptable du système sans réelle amélioration de la coordination et de la qualité des soins et sans impact sur la dépense de santé.
- ⇒ Un reste à charge croissant pour les ménages qui frappe plus particulièrement les personnes dont les ressources les situent juste au dessus du plafond pour bénéficier de la CMU complémentaire.
- ⇒ Une domiciliation unique qui n'est pas effective.
- ⇒ Une communication focalisée sur les fraudes qui sert trop souvent à justifier une politique restrictive en termes d'accès aux droits.

Quelles propositions en 2009 ?

- ⇒ Maintenir un haut niveau de prise en charge de la dépense de santé par l'Assurance maladie.
- ⇒ Augmenter le plafond de la CMUC de manière à ce qu'il permette d'intégrer les personnes qui touchent l'AAH et l'ASPA...
- ⇒ Accorder l'aide à la complémentaire santé de façon dégressive jusqu'au point de sortie du RSA.
- ⇒ Assurer l'attribution de la CMUC et autres droits connexes aux bénéficiaires du RSA qui en remplissent les conditions.
- ⇒ Revoir sans attendre les restrictions apportées à l'AME.
- ⇒ Assurer l'effectivité d'une offre de domiciliation unique pour que la domiciliation ne constitue pas un obstacle à l'accès à la CMUC et à l'AME.
- ⇒ Objectiver la fraude aux prestations sociales par une mesure de son étendue.