

La couverture maladie universelle (CMU - 1999) et l'accès aux soins

La loi d'orientation de lutte contre la pauvreté et l'exclusion du 29 juillet 1998 a réaffirmé l'accès aux soins comme un droit fondamental. Cette affirmation inscrite dans son article premier est développée au chapitre III de la loi dans les articles 67 à 77.

L'article 67 précise :

« L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance-maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies ».

ETAT DES LIEUX

La prévention et l'accès aux soins sont mis au même niveau de priorité, ce qui est une excellente décision.

L'Etat, mais aussi les collectivités territoriales et les organismes sociaux sont conjointement impliqués dans la prise en compte des personnes les plus démunies dans leur programme de santé.

La CMU, loi particulière qui complète la loi contre l'exclusion est une grande loi. Elle a permis la mise en place d'un dispositif accessible à tous.

L'une des grandes nouveautés dont on parle peu aujourd'hui car elle est entrée dans les mœurs, c'est l'accès immédiat à la couverture maladie de base. Cette disposition « révolutionnaire » pour les pratiques administratives a permis à bon nombre de personnes d'accéder à un droit en évitant les tracasseries administratives qui bloquaient celles qui se trouvaient en grande pauvreté et précarité.

La CMU permet d'affirmer qu'avec un « panier de soins » aux tarifs encadrés et une gratuité totale en tiers payant, ses bénéficiaires ne rencontrent plus de problèmes de renoncement aux soins pour des raisons financières.

Il reste cependant un certain nombre de difficultés.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont en plus mauvaise santé que le reste de la population. A âge et sexe comparables, ils déclarent en moyenne 20 % d'affections de plus que les autres. Les différences apparaissent surtout dans la prévalence des troubles mentaux ou du sommeil (1,8 fois plus nombreux) et les maladies de l'oreille (x 1,7). Surviennent aussi plus fréquemment les maladies infectieuses, celle de l'appareil respiratoire et du système nerveux comme les migraines. Tous les autres indicateurs de santé (appréciation de l'état général, gêne dans les activités de la vie quotidienne...) confirment cette tendance générale.

Les bénéficiaires de la CMU cumulent aussi les facteurs de précarité. Ils sont sept fois plus souvent au chômage, les familles monoparentales sont six fois plus fréquentes. Ils sont aussi, parmi les plus de 16 ans, deux fois plus souvent fumeurs.

Le nonaccès à la CMU de populations étrangères en situation irrégulière est compensé actuellement par l'Aide Médicale d'Etat (AME).

ORIENTATIONS

Les rapports des grandes associations humanitaires, Secours Catholique, Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, ... sont convergents : « Pendant plus de dix ans nous avons soigné des personnes sans accès aux soins, dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Aujourd'hui dans nombre de grandes villes nous n'avons plus aucune activité médicale et notre nouveau programme est consacré aux droits sociaux des étrangers. La loi CMU a permis la fermeture de certains centres médicaux ; l'ouverture de nos programmes est désormais centrée sur d'autres activités. Les bénéficiaires de la CMU sont à l'intérieur du système de soins et non plus dans les salles d'attente humanitaires.

Nous avons cessé de faire de l'accès aux soins en général et de la CMU en particulier, le centre de notre observation ».

Malgré ses imperfections la CMU est un progrès, socialement et humainement. L'accès aux soins est en France de très haut niveau ; ceci constitue un des éléments qui a permis à l'OMS de placer notre pays en première position du classement

mondial. Nous n'avons pas de point commun avec le système des Etats-Unis qui laisse sur le bord de la route 15% de sa population : les middle-poor ; ni avec le système britannique où les files d'attente et le rationnement sont les caractéristiques principales. Parallèlement, ceux qui ont les moyens financiers pour contourner la difficulté peuvent se faire soigner bien et rapidement.

La CMU ne semble pas menacée. Pour autant force est de constater que tout est loin d'être parfait en France. Depuis soixante ans nous avons réussi la gageure de faire cohabiter un système de santé libéral avec un financement socialisé. Ceci a été obtenu plus par des expédients et des rafistolages que par des méthodes efficaces et pérennes. Aujourd'hui la ènième crise de l'assurance-maladie pourrait être celle qui lui soit fatale. Non que la Sécurité Sociale disparaisse, mais le risque que les plus fragiles et les plus démunis en soient les victimes est non négligeable.

Reste un problème, l'accès aux soins de ceux qui, proches du barème d'accessibilité, se situent juste au-dessus du seuil d'attribution de la CMU. On peut légitimement espérer que cette situation soit résolue dans le cadre de la réforme en cours de l'assurance maladie.

La situation des assurés face à la prise en charge des dépenses de santé (AMO + AMC) est insatisfaisante. C'est un des domaines où les français sont profondément inégaux. Aux frais des contribuables et des cotisants, les salariés et employés des grandes entreprises bénéficient d'un accès aux soins d'une qualité sans comparaison avec la situation d'un salarié d'une PME. Le plafond de ressources, critère d'attribution de la CMU, est inférieur au minimum vieillesse.

Dans ces conditions, la prudence est de mise lorsque l'on se pose la question d'un transfert de charges depuis la sécurité sociale vers les assurances complémentaires de santé. ■

CMU : Couverture Médicale Universelle

AMO : Assurance Médicale Obligatoire

AMC : Assurance Médicale Complémentaire

PME : Petite ou Moyenne Entreprise