Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Paris, le 5 juillet 2011.

Avis du CNLE

Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis

Les membres du CNLE ont consulté avec intérêt le rapport sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat (AME), publié le 9 juin 2011 par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale[1]. Ils tiennent à souligner, comme les auteurs du rapport, que ce dispositif est nécessaire et doit être préservé, pour des impératifs de santé individuelle et de santé publique qui imposent le maintien de l'accès aux soins[2].

Le CNLE, comme les auteurs du rapport, déplore vivement le **retard de transmission aux parlementaires du rapport IGAS-IGF[3], ** réalisé à la demande du gouvernement et qui présentait un bilan et des préconisations sur la question. Daté du 24 novembre 2010, il n'a été rendu public que le 30 décembre. Cette rétention d'information n'a pas permis aux parlementaires de juger de la pertinence des propositions qu'il contenait lorsqu'ils ont examiné et voté, en décembre 2010, les dispositions réformant l'AME[4]. Le CNLE considère qu'il y a eu là **un défaut majeur de gouvernance** d'un dispositif qui remplit des objectifs de santé publique essentiels.

Plus généralement, le CNLE a tenu à rendre un avis sur **l'accès aux soins des plus démunis**.

[1] Rapport d'information fait au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat, par messieurs Claude Goasguen et Christophe Sirugue, députés.
[2] Rappelons que l'aide médicale de l'Etat est un dispositif permettant l'accès à une couverture santé pour les étrangers en situation irrégulière les plus démunis. Attribuée sous condition de résidence (vivre sur le territoire depuis plus de 3 mois) et de ressources (inférieures à 634 euros pour une personne seule ou à 951 euros pour deux personnes), l'AME prend en charge les dépenses de soins, les consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville, les prescriptions médicales et le forfait hospitalier.
[3] « *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat* », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), novembre 2010.
[4] Article L 188 de la loi de finances pour 2011, promulguée le 29 décembre 2010. Il prévoit notamment l'entrée en vigueur du droit de timbre de 30 € à partir du 1er mars 2011. D'autres mesures concernant la prise en charge des soins dans le cadre de l'AME seront précisées par décrets en 2011.

Couverture maladie universelle et aide à l'acquisition de la complémentaire santé

Plus de dix ans après sa mise en œuvre, la couverture maladie universelle (CMU) apporte une amélioration essentielle dans l'accès aux soins des plus démunis, qui ont quitté le système d'aide médicale complexe (tantôt départementale, tantôt d'Etat), pour être intégrés à l'Assurance Maladie. En outre, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre gratuitement aux ménages les plus pauvres, se situant sous un seuil de ressources, une couverture complémentaire santé[5].

Le bilan régulier du fonctionnement de la CMU a permis de corriger les idées reçues, à savoir que « la CMU coûte cher », « la CMU est un facteur de fraude », « les bénéficiaires ne respectent pas le parcours de soins »... Mais des points restent à améliorer comme :

- **l'importance du non recours** ; rappelons que le dispositif de la CMU-C était initialement prévu pour 6 millions de personnes, alors que le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2010 s'élève à 4,3 millions[6], soit plus de 20 % de non recours ;
- **la persistance des refus de soins de certains professionnels de santé**, sur lesquels une observation attentive doit être renforcée avec des moyens d'évaluation adéquats et des réponses appropriées et efficaces[7].

Pour les ménages modestes dont le niveau de ressources se situe au-delà du plafond CMU-C, l'augmentation du reste-à-charge résultant des réformes de l'Assurance maladie a fortement impacté leur accès aux soins, à défaut de complémentaire santé. Le dispositif de **l'Aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS)** a donc été mis en place au 1er janvier 2005 pour favoriser leur acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide est accessible aux ménages dont le niveau de vie se situe aujourd'hui entre le plafond CMU-C et le plafond majoré de 26 %[8] (entre 634 euros et 799 euros pour une personne seule)[9].

Ce dispositif peut se comprendre comme un instrument de lissage du dispositif d'aide publique à l'accès à une complémentaire santé qui était marqué, avant la mise en œuvre de l'ACS, par l'effet de seuil généré par le plafond de la CMU-C. Le dispositif n'a pas donné les résultats escomptés. A sa création, la population ciblée était de 2 millions d'individus. Le nombre de bénéficiaires effectif de l'ACS a lentement progressé mais son recours reste faible. Seules 535 000 personnes avaient effectivement utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire en novembre 2010[10], soit un non recours de près de 75 %.

Le déficit d'information sur le dispositif - sur son existence, sur son principe de fonctionnement et sur les démarches à entreprendre - explique principalement ce non-recours[11]. De même, **le reste à charge et le taux d'effort financier** pour l'acquisition d'une complémentaire santé restent encore importants même si la tendance est à la baisse en 2010[12]. La **complexité du dispositif** et la difficulté de choisir une complémentaire et de comprendre le panier de biens qu'elle propose font aussi obstacle à l'utilisation de l'ACS.

---

[5] Actuellement, le plafond de ressources pour bénéficier de la CMU de base est fixé à 752 €/mois pour une personne seule (au-delà de ce plafond, les assurés sont redevables d'une contribution de 8 % de leurs revenus pour bénéficier de la sécurité sociale), tandis que le plafond pour bénéficier de la CMU-C est de 634 €/mois. La couverture complémentaire CMU-C est assurée soit par l'Assurance maladie soit par un organisme complémentaire privé, selon le choix du bénéficiaire.

[6] Fonds CMU, *Références* n° 43, avril 2011.

[7] Le refus de soins de certains personnels de santé pouvant être la conséquence du retard pris par l'Etat à leur rembourser ces soins - retard pouvant aller jusqu'à trois ans.

[8] Plafond revalorisé lors de la loi de finances de 2011 de 20 % à 26 % du seuil CMU-C.

[9] Concrètement, pour faire valoir leur droit auprès de leur caisse primaire d'assurance maladie (ou de leur caisse générale de sécurité sociale), elles doivent déposer une demande de CMU-C. En cas d'inégibilité pour dépassement du seuil, il leur est proposé un chèque santé. Ce chèque, dont le montant varie selon l'âge des bénéficiaires, donne droit à une réduction sur le prix du contrat d'assurance souscrit auprès d'un organisme complémentaire de leur choix.

[10] Fonds CMU, *Références* n° 43, avril 2011.

[11] Etude Irdes, décembre 2010. Parmi les facteurs explicatifs, l'Unccas rappelle que les CCAS avaient dénoncé en 1999 la perte de l'instruction administrative de l'aide médicale qu'ils assuraient. Positionnés comme guichet unique de proximité, ils connaissaient les populations concernées et savaient les accompagner. Lorsque la loi mettant en place la CMU en a confié l'instruction aux CPAM, l'éloignement de l'organisme instructeur a pu conduire à la perte d'une partie du public potentiel.

[12] Le rapport d'activité 2009 du Fonds CMU indique que « *la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS, puisqu'un peu moins d'un demi-mois est nécessaire pour financer annuellement leur complémentaire santé. S'ils n'avaient pas l'ACS cependant, ce serait quasiment un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé* ».

Des revalorisations successives de l'aide et, depuis le 1er janvier 2011, du seuil[7] sont intervenues. Le plafond de l'ACS (actuellement 799 euros pour une personne seule) **demeure toutefois nettement inférieur au seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian** (actuellement 949 euros pour une personne seule), ce qui rend de fait inaccessible le recours à une complémentaire santé pour une frange entière de la population. Le différentiel concerne près de 3,5 millions de personnes[13].

Un relèvement du seuil d'accès à l'ACS au niveau du seuil de pauvreté à 60 % permettrait de prendre en considération différentes formes de précarité, notamment celle des travailleurs pauvres, des bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé ou des personnes âgées (pour lesquelles le montant des assurances complémentaires, du fait de leur âge, est plus élevé)… Les revenus de ces personnes, trop élevés au regard des seuils, ne leur permettent plus d'accéder aux dispositifs légaux de couverture des dépenses de soins - une situation qui génère des renoncements aux soins[14].

Dans son rapport au Sénat en 2008, la mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion proposait *« **la revalorisation des plafonds, notamment celui de la CMU-C, au moins au niveau du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian** »*[15]. Cette proposition, si elle était retenue, porterait automatiquement le plafond de l'ACS légèrement au-dessus du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian[16], seuil de pauvreté européen communément admis.

Aide médicale d'Etat

Les étrangers en situation irrégulière ont bénéficié de la couverture santé de droit commun dans des conditions identiques aux français, soit en tant que personnes démunies (depuis 1893, création de l'aide médicale gratuite), soit comme travailleurs, aucun titre de séjour n'étant demandé pour être affilié à la Sécurité sociale, de sa création en 1945 jusqu'en 1993.

En 1993, la loi sur l'immigration a exclu les personnes en situation irrégulière des prestations sociales, à l'exception de l'aide médicale[17]. Les étrangers démunis dépourvus de titre de séjour ont donc conservé l'accès à l'aide médicale aux côtés des autres démunis.

En 1999, grâce à la réforme CMU, les personnes démunies ont pu être intégrées à l'Assurance maladie, généralisée à toute la population active et inactive, à l'exception des sans-papiers démunis qui sont restés seuls dans le système de l'aide médicale de l'Etat.

L'aide médicale est donc passée, en 1999, d'un système de couverture santé des démunis à un système de couverture santé pour les seuls étrangers démunis sans titre de séjour.

Ceci a entraîné des complexités supplémentaires dans les démarches administratives pour l'accès aux soins de nombreux étrangers mais également discriminations et suspicions de fraude. Les données disponibles montrent des difficultés importantes dans le recours à l'AME[18]. Les associations consacrent une partie importante de leur temps de travail à accompagner vers le droit à la santé et l'accès aux soins les bénéficiaires qui ont du mal à rassembler tous les éléments justificatifs nécessaires à son obtention (notamment la domiciliation). La procédure est très exigeante.

Les abus et la fraude sont pourtant régulièrement évoqués dans les débats parlementaires pour justifier des mesures d'encadrement. Or, les données citées notamment durant le débat parlementaire du projet

[13] Selon l'INSEE, 4,2 millions de personnes se situent sous le seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian de la population (791 euros pour une personne seule) ; 7,8 millions de personnes se situent sous le seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian de la population (949 euros pour une personne seule) (revenus 2008).

[14] L'Unccas a constaté que les dépenses de soins étaient sacrifiées les premières en cas de difficultés financières, et qu'une part très importante des demandes de microcrédit personnel garanti porte sur la prise en charge de dépenses de soins (dentisterie et lunetterie), ce qui prouve que les personnes ne disposent pas des ressources suffisantes pour y faire face.

[15] Christian Demuynck, président, Bernard Seillier, rapporteur, *« La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager »,* Rapport d'information fait au nom de la Mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, n° 445, déposé le 2 juillet 2008.

[16] Actuellement, le seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian est égal à 791 euros. Ce seuil majoré de 26 % (seuil ACS) est égal à 997 euros, soit un seuil légèrement supérieur au seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian, actuellement de 949 euros.

[17] A l'exception aussi de l'Aide sociale à l'enfance et de l'hébergement d'urgence ou en CHRS.

[18] DREES, Dossier solidarité et santé, n° 19, 2011 ; rapports de Médecins du Monde ; rapports du Comede.

de loi de finances 2011 pour attester de l'ampleur de la fraude se révèlent avoir été mal interprétées et ont biaisé considérablement les faits[19].

Des contrôles de l'ensemble du dispositif ont été successivement effectués par l'Inspection générale des finances et celle des affaires sociales (février 2003, mai 2007, novembre 2010) et par le Parlement[1]. Le dernier rapport de la mission IGAS-IGF daté du 24 novembre 2010[3] n'a été rendu public que le 30 décembre 2010 - le jour de la promulgation de la loi - ce que la mission parlementaire du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques a d'ailleurs jugé regrettable.

Pour ce rapport, les inspecteurs de l'IGAS et de l'IGF avaient pour mission d'analyser les causes de la hausse des dépenses de l'AME entre 2008 et 2009 et d'examiner les modalités de mise en place et d'application d'une contribution forfaitaire annuelle des bénéficiaires de l'AME sous forme de droit d'entrée au dispositif.

Les rapporteurs ont prolongé les observations de leurs prédécesseurs pour estimer que les **potentialités de fraudes sont limitées**. Ils soulignent que *« plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle d'un risque de renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à la protection sociale »*. Le rapport de la mission parlementaire[1] rendu public en juin 2011 écarte également la fraude. La consommation de soins est inférieure en moyenne à celle des assurés sociaux, l'essentiel des dépenses se concentre sur quelques personnes très malades, et sont médicalement justifiées.

Selon les rapporteurs de l'IGAS et de l'IGF, l'évolution forte des dépenses de l'AME ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires de l'AME. L'immigration pour soins n'est pas non plus une hypothèse retenue. L'évolution des dépenses d'AME pourrait être liée principalement à l'effort fait par les hôpitaux d'inscrire à l'AME les patients qui y ont droit. L'augmentation du coût de l'AME est également due au système de facturation hospitalière. Les rapporteurs confirment que les dysfonctionnements du dispositif de régularisation pour soins des étrangers gravement malades ont des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses AME.

De fait, la mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée à l'AME *« qui lui paraît inadapté, administrativement complexe et porteur de risques sanitaires »*. La mission fait état de *« lourds effets pervers »* en cas de mise en œuvre de ce droit d'entrée sans étude d'impact au préalable :

- accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée, du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital (recours aux soins tardifs, nettement plus coûteux, et/ou recours au dispositif « soins urgents et vitaux » en l'absence d'AME), ou bien par des créances non recouvrées des hôpitaux ;
- risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée ;
- l'effet de responsabilisation sur la consommation de soins risque d'être faible sur une population peu insérée socialement : on s'inscrit à l'AME parce qu'on a, déjà, un problème de santé ; l'absence d'AME empêche toute démarche de prévention ; cette mesure n'aurait aucun impact sur la consommation hospitalière des personnes, bien au contraire…

Selon la mission, seules certaines prestations de soins pour lesquelles des abus ont déjà été constatés devraient faire l'objet d'une entente préalable. Cette recommandation est très différente de l'option retenue, qui est de soumettre tous les soins coûteux non inopinés (c'est-à-dire la majorité) à une entente préalable.

Par ailleurs, la mission propose également « *d'aller au bout de la "logique" du programme 183 Protection maladie qui regroupe les actions AME et CMU,* ***en revisitant la distinction entre CMU et AME pour ne retenir qu'un seul dispositif »*.** Les rapporteurs relèvent la complexité d'un double dispositif, les bénéficiaires pouvant disposer, selon l'évolution de leur situation administrative, de l'un, puis de l'autre, et vice-versa, voire des deux (CMU de base et AME complémentaire) : *« Les*

[19] « Aide Médicale d'Etat, Projet de loi de finances pour 2011, Contre-vérités et approximations à l'Assemblée nationale, séance du 2 novembre 2010 », ODSE, novembre 2010.

frontières entre ces dispositifs sont poreuses et la réglementation, ou même seulement les conditions de son application, conduisent à des transferts de charge d'un dispositif vers l'autre. »

A cet égard, il faut rappeler que le Conseil économique, social et environnemental avait déjà adopté, le 18 juin 2003, à l'unanimité moins 7 abstentions, le rapport présenté par D. Robert, intitulé « L'accès de tous aux droits de tous, par la mobilisation de tous », qui proposait ***« d'envisager la disparition de l'AME au profit d'une CMU élargie*** ».

Sur la base de toutes ces observations, le CNLE formule les demandes suivantes :

1. La levée immédiate des restrictions à l'AME

Compte tenu des éléments du rapport IGAS-IGF 2010 venant étayer les constats et observations des acteurs de terrain, professionnels de santé, travailleurs sociaux - éléments qui n'ont pas été mis à la disposition des parlementaires - **les mesures d'application de toutes les restrictions issues de la loi de finances 2011 concernant l'Aide médicale d'Etat devraient être retirées immédiatement**.

2. La fusion de la CMU et de l'AME

Compte tenu de la nécessité de simplifier l'accès aux droits pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, **l'AME et la CMU devraient être fusionnées en un seul dispositif spécifique, destiné aux plus démunis**. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Ce dispositif doit être ouvert à toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif.

3. Une revalorisation immédiate du seuil de la CMU-C

Pour étendre l'accès à une complémentaire santé à tous ceux qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté, le seuil CMU-C devrait être revalorisé **à hauteur du seuil de pauvreté à 60 %** du revenu médian. Grâce à cette revalorisation, toutes les personnes vivant avec moins de 949 €/mois bénéficieraient d'une complémentaire santé gratuite.

4. Des mesures pour améliorer le recours aux dispositifs

Compte tenu des constats de méconnaissance des dispositifs et des démarches à entreprendre pour l'obtention et l'utilisation de la couverture maladie, **une information plus large, ciblée et adaptée doit être faite en direction des bénéficiaires potentiels,** concernant ces dispositifs et l'organisation du système de santé en général.
En corollaire :

- cela appelle à une reconnaissance du rôle des permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) dans l'établissement des droits et dans l'accompagnement vers l'accès aux soins, conformément à l'article 76 de la loi du 29 juillet 1998, avec une allocation de moyens adéquats ;
- il est également préconisé dans ce but que les agents des CPAM assurent des permanences dans les lieux qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité[20] ;

[20] Les Petits Frères des pauvres, ayant mis en place de telles permanences à Paris, ont en effet constaté que l'accès aux droits et l'information sur les droits des personnes concernées, comme des aidants professionnels et bénévoles, se sont nettement améliorés. Il serait souhaitable que ce dispositif de mise à disposition d'agents des CPAM dans les associations soit préservé.

- une information sur ces dispositifs, mais aussi sur les liens entre santé et précarité, devrait également être faite auprès des professionnels de santé et du secteur sanitaire et social.

Le CNLE estime que ces mesures sont nécessaires pour mettre fin aux disparités dans l'accès aux soins et à la prévention et pour que le droit à la protection de la santé et à l'accès aux soins des plus démunis rejoigne le droit commun.