

ANNEXE 1

LE MONDE / MERCREDI 13 SEPTEMBRE 2000

Les inégalités sociales face à la santé en France : un état des lieux

Selon un ouvrage collectif dirigé par l'Inserm, la France est l'un des pays européens où les disparités entre catégories socioprofessionnelles face à la mortalité, aux maladies, aux handicaps, sont les plus fortes. Ces différences ne se limitent pas à la question de l'accès aux soins

Les français se portent globalement mieux, mais ce progrès d'ensemble profite également aux différentes catégories sociales. L'espérance de vie a ainsi considérablement augmenté en France au cours du XX^e siècle, passant de 43,4 ans à 74 ans pour les hommes et de 47 ans à 82 ans pour les femmes. Cependant, l'espérance de vie des ouvriers de 35 ans est inférieure de 6,5 ans à celle des cadres et professions libérales du même âge et, entre les deux, son niveau suit la hiérarchie professionnelle. Un manoeuvre a ainsi un risque trois fois plus élevé de mourir entre 35 et 65 ans qu'un ingénieur. C'est l'une des nombreuses observations de l'ouvrage collectif *Les inégalités sociales de santé*, présenté mardi 12 septembre, qui constitue un état des lieux inédit dressé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). En effet, si les ouvriers et employés avaient le même espérance de vie que les cadres et professions libérales, on éviterait chaque année 10 000 décès prématurés (avant 65 ans).

Le constat de l'inégalité sociale des Français devant la mort n'est pas nouveau, mais l'ouvrage collectif démontre surtout que l'écart s'est creusé entre les catégories sociales. Il fait apparaître la mauvaise position de la France dans ce domaine, lorsqu'on la compare avec les autres pays européens. La mortalité des hommes de 45 à 59 ans exerçant une profession manuelle dépasse en effet celle des non-manuels dans une proportion allant de 33% à 55% chez nos voisins. Elle lui est supérieure de 71% en France. Cet écart existe

également lorsque l'on considère le niveau d'études, pour les hommes comme pour les femmes. Ce qui fait s'interroger les auteurs : *« Pourquoi les écarts de taux de mortalité entre les classes sociales diffèrent-ils considérablement d'un pays à l'autre, à niveau de richesse nationale pourtant comparable, et notamment, pourquoi la France est-elle l'un des pays d'Europe occidentale où les inégalités des hommes devant la mort sont les plus fortes ? »*. Leur réponse est en fait le postulat sur lequel repose le livre : *« Les inégalités de santé concrètement mesurées par les taux de morbidité [proportion de maladies] et de mortalité [proportion de décès], la fréquence des handicaps moteurs ou des troubles mentaux, l'espérance et la qualité de vie sont aussi des inégalités sociales »*.

Le mouvement paradoxal d'un progrès sanitaire global de la société française et d'un maintien ou d'un accroissement des inégalités concerne de nombreux domaines : la périnatalité, les maladies coronariennes, la survie après un cancer, la santé bucco-dentaire, mais aussi, de manière plus inattendue, les décès et les blessures graves lors des accidents de la circulation, ou les conséquences sociales de la maladie et du handicap.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

Depuis de nombreuses décennies, la politique médicale et sociale en faveur des femmes enceintes et des jeunes enfants s'est développée, avec des résultats remarquables, surtout au cours

ANNEXE 1 (suite)

des trente dernières années : la mortalité périnatale a baissé de 21,3 décès pour 1000 naissances en 1972 à 12,3 pour 1000 en 1981 et 7,4 pour 1000 en 1995. Pourtant, les différences sont notables : chez les agricultrices, le taux de mortalité infantile est de 8,5 décès pour 1000 naissances vivantes ; il est de 6,6 chez les employées et 6,1 pour les professions intermédiaires. Le facteur social se manifeste tôt. Que l'on apprécie la situation sociale par le niveau d'études de la mère, par la catégorie socioprofessionnelle de la mère, du père ou du couple, ou plus rarement par le revenu, les écarts existent face à la prématurité et au faible poids de naissance.

Chez les hommes adultes, les progrès de la prévention et de la prise en charge ont globalement diminué de 32% la mortalité due aux maladies coronariennes entre 1970 et 1990. Les cadres en ont cependant davantage bénéficié que les employés ou les ouvriers : en 1990, par rapport à un cadre, le risque de mourir d'une maladie coronarienne était multiplié par 1,8 chez les ouvriers et par 3,5 chez les employés. Vingt ans auparavant, ce risque était respectivement multiplié par 0,9 et par 1,6. Les différences sociales affectent de même la survenue des maladies cardiovasculaires. L'hypertension artérielle, par exemple, est plus fréquemment observée *« dans les catégories sociales les plus modestes, dans les niveaux de revenus ou d'études plus faibles »* : les registres de l'étude internationale Monica sur les tendances et les facteurs des maladies cardiovasculaires montrent qu' *« une différence de pression artérielle de 6 ou 7 mm de mercure sépare les catégories sociales les plus favorisées de celles des employés et des ouvriers »*, précisent Thierry Lang et Céline Ribet, coauteurs de l'ouvrage de l'Inserm.

SURVENUE D'UN CANCER

Le risque de survenue d'un cancer dans différentes catégories sociales varie selon sa localisation. Les catégories les plus défavorisées sont plus exposées aux cancers du poumon (le risque est plus de deux fois supérieur chez un salarié ayant des tâches d'exécution que chez un cadre), ainsi qu'à ceux des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage et de col utérin. A l'inverse, le risque du cancer du côlon et de cancer du sein est plus élevé dans les catégories plus aisées. Ces différences peuvent résulter de nombreux facteurs, dont les expositions

professionnelles et le recours au dépistage. Le gradient social semble, en revanche, jouer de manière univoque sur la survie après cancer, première cause de mortalité en France.

Au bout du compte, les inégalités sociales de santé apparaissent dès la naissance, semblent amoindries durant l'adolescence, mais persistent tout au long de l'existence, y compris parmi les retraités. De même, elles ne se limitent pas à la question de l'accès aux soins ou au clivage entre les exclus et le reste de la société, mais s'inscrivent dans une continuité.

Au sortir de ce premier état des lieux, les auteurs appellent à développer la recherche sur les différents aspects des inégalités sociales de santé et tracent des perspectives d'action. *« Premièrement, la manière la plus efficace de réduire les inégalités de santé est de réduire les inégalités dans la société »*, écrivent-ils, évoquant des interventions en amont de la maladie sur ses déterminants sociaux. Ils insistent ensuite sur la question de l'égalité des soins, mais rappellent les effets pervers des dispositifs nouveaux, comme la couverture maladie universelle (CMU), qui peuvent entraîner un effet de seuil et faire se désinvestir les intervenants en santé au profit de structures ad hoc. Constatant que *« les programmes préventifs efficaces le sont plus parmi les catégories sociales supérieures que dans les classes sociales défavorisées »*, les auteurs estiment que cela impose de *« penser d'emblée [les actions de prévention], et d'en mesurer ultérieurement les effets, en termes de réduction des inégalités et non seulement en termes d'efficacité globale »*.

De même, ils estiment indispensable une évaluation systématique des politiques publiques *« du point de vue de leur impact sur les inégalités sociales en général, et de santé en particulier »*. Enfin, avec ce livre, les chercheurs de l'Inserm entendent bien contribuer *« à un plus large débat dans l'espace public »*. Ils prennent soin de préciser que *« les connaissances en la matière ne sont pas le seul fait des experts »*. A leurs yeux, *« les actions de réduction des inégalités impliquent des choix politiques dans lesquels l'expertise apporte un éclairage essentiel, mais qui relèvent in fine de l'exercice démocratique »*.

Paul Benkimoun

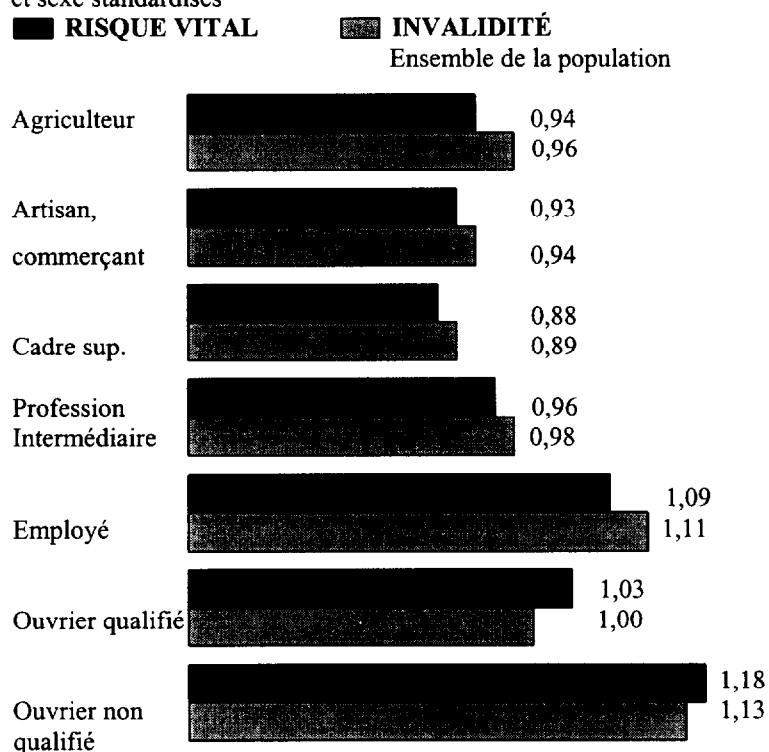
ANNEXE 2

A partir de LE MONDE / MERCREDI 13 SEPTEMBRE 2000

Les disparités se manifestent à tous les âges et dans tous les domaines

LE RISQUE VITAL ET L'INVALIDITÉ

Selon la catégorie socio-professionnelle, âge et sexe standardisés



Source : Enquête sur la santé et la protection sociale 1996 (Dumesnil et *alii*, 1997)

LES SOINS DENTAIRES				
Indice carieux ¹ à douze ans selon la CSP des parents				
	INDICE CARIEUX		% D'INDEMNES ²	
	1990	1998	1990	1998
Agriculteur	3,4	2,5	18	33
Artisan, commerçant	2,9	1,9	24	38
Cadre supérieur	2,3	1,6	34	47
Prof. Intermédiaire	2,9	1,7	23	43
Employé	2,8	1,9	24	43
Ouvrier	3,4	2,3	21	32
Autre	3,5	2,5	16	30
Total	3,0	1,9	23	39

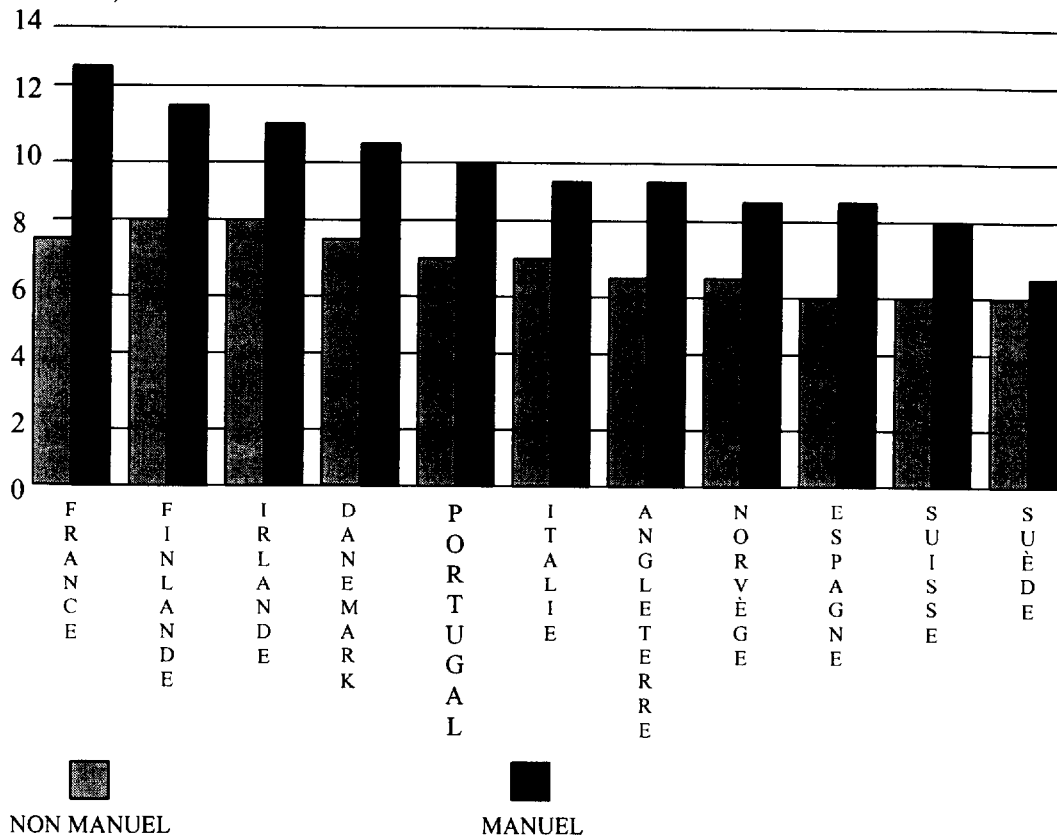
¹ Nombre de caries soignées ² Enfant sans aucune dent atteinte

Source : La santé dentaire en France, Hescot et Roland 1994 et 1996

ANNEXE 2 (suite)

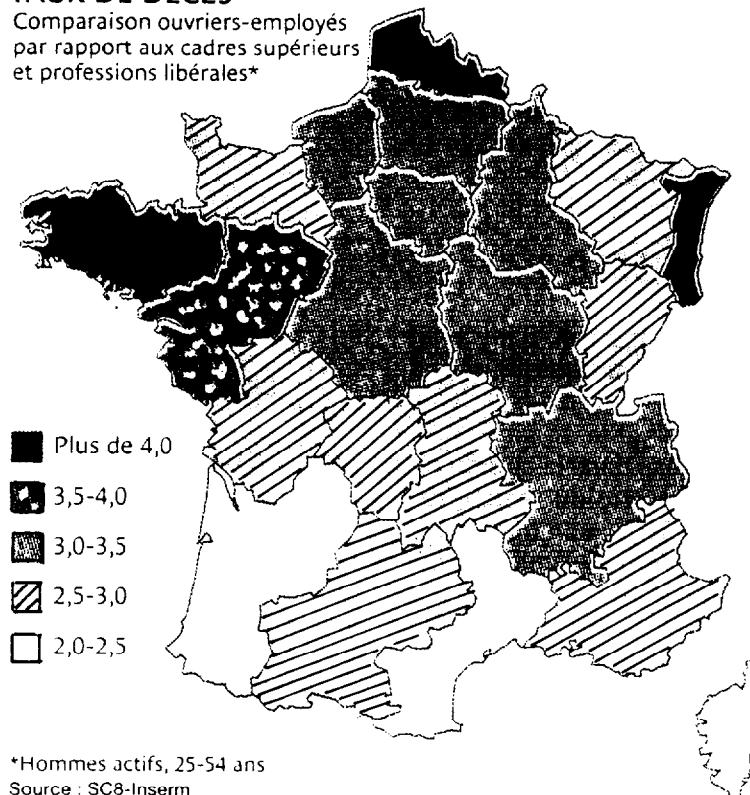
TAUX DE DÉCÈS PAR GROUPE PROFESSIONNEL

Pour 1000, hommes de 45-59 ans



TAUX DE DÉCÈS

Comparaison ouvriers-employés par rapport aux cadres supérieurs et professions libérales*



Couverture maladie universelle Révolution ou évolution ?

Depuis sa création par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie 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.

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...

* Haut Comité de Santé Publique

ANNEXE 3 (suite)

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.

A 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

ANNEXE 3 (suite)

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 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.

ANNEXE 3 (suite)

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.

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.

Extraits de ADSP (Actualité et dossier en Santé publique) – n° 28 – Sept. 1999

Etienne Caniard Co-secrétaire du Comité national d'orientation des Etats généraux de la Santé.

ANNEXE 4

La couverture maladie universelle

...

Le débat autour des grandes orientations

Par son ampleur, une telle réforme ne pouvait que provoquer des débats au moment de son adoption et nourrit bien sûr des interrogations à la veille de sa mise en œuvre. A vrai dire, le sentiment de la nécessité d'agir, sans supprimer les joutes politiques et sans empêcher le recours aux voies contentieuses (1) a amoindri la force des critiques. Quelques remarques sur les raisons des orientations prises contribueront peut être à éclairer les objections faites au projet, qui ont porté principalement sur l'absence de contribution des bénéficiaires, la confusion des rôles entre régimes de base et régimes complémentaires, la brutalité de l'effet de seuil pour les personnes ne percevant guère plus de 3 500 F et le risque de dérapage financier.

Le maintien de la gratuité et de la proximité

Le dispositif adopté pour être nouveau n'en a pas moins un précédent qui est l'aide médicale. Cette aide médicale, prise en charge pour l'essentiel par les conseils généraux, a été beaucoup critiquée. L'accès à ce droit était inégal, chaque département étant souverain pour définir ses règles d'admission. Inégal aussi le niveau de couverture selon la « générosité » de la politique... ou la richesse fiscale de la collectivité. L'absence de règles dans certains endroits rendait, de plus, l'exercice du droit aléatoire. Enfin, « cette complémentaire du pauvre » était offerte au terme d'une procédure stigmatisante et avec des méthodes parfois indignes (distribution parcimonieuse de bons pour aller chez le médecin). Ces défauts, conjugués à une croissance continue des dépenses, expliquent la disparition, sans regrets pour personne, de l'aide médicale. Mais celle-ci avait des atouts qu'il faut préserver et principalement la gratuité et la proximité.

L'aide médicale n'exigeait pas de contribution financière de la part de ses bénéficiaires et l'on peut comprendre pourquoi le gouvernement n'a pas souhaité que les contrats d'assurance complémentaire CMU ou les adhésions aux mutuelles soient assortis du paiement d'une cotisation, même modeste, qui aurait représenté un frein dans des familles démunies pour lesquelles 30 F (montant parfois évoqué, sans grande précision sur sa périodicité) n'est pas une somme symbolique. L'instruction des dossiers de l'aide médicale s'est effectuée en outre au plus près des personnes, dans les centres communaux d'action sociale (CCAS). On comprend, là aussi, le vœu de conserver le bénéfice de cette proximité en permettant au service public des caisses d'assurance maladie, implanté dans des centres de paiement ou des antennes répartis sur l'ensemble du territoire, d'établir une relation d'aide à destination d'une population, pour partie, également désemparee par les démarches administratives.

Une construction juridique originale

Le gouvernement a donc choisi la solution de la coexistence des deux voies d'accès à une protection complémentaire, encouragé en cela par quelques maladroites des assureurs complémentaires qui ont pu faire douter de leur parfaite appréhension des problèmes des personnes démunies. Les associations caritatives ont vivement exprimé, quant à elles, leur crainte de voir le service public écarté de cette mission.

Parler pour autant de concurrence entre caisses d'assurance maladie et organismes complémentaires n'est pas juste en toute rigueur de termes. Les premières agiront pour le compte de l'Etat et seront remboursées des frais pour le montant des sommes engagées. Les seconds offriront des contrats standard à une population qu'ils ne pourront pas sélectionner. Ils porteront, conformément à leur métier, le risque financier attaché à tout contrat. Si un bénéficiaire coûte plus cher que le montant de la déduction fiscale qu'il rapporte, l'organisme intégrera cette perte dans ses comptes.

...

Hugues Sénégier – Regards sur l'actualité, novembre 1999

(1) L'opposition parlementaire a saisi le Conseil constitutionnel qui a rejeté le recours. Deux plaintes ont été déposées, par une fédération de mutuelles (la FNIM), à la Commission européenne, qui portent sur l'irrégularité de l'aide d'Etat et sur la déloyauté de la concurrence.