

Les systèmes d'aide sociale pour la couverture maladie

La Couverture maladie universelle (CMU)

La Couverture maladie universelle est une prestation sociale d'accès à l'Assurance maladie pour tous. Elle est ouverte à toute personne résidant en France depuis plus de trois mois. Elle a été créée par une loi du 27 juillet 1999 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Le maintien dans les droits antérieurs pour les prestations en nature est de 12 mois (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale).

Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droits.

Les assurés sociaux au titre de la CMU de base ont exactement les mêmes droits que les autres assurés. La CMU de base donne ainsi droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour l'assurance maladie).

Aussi, avec la seule CMU de base (sans assurance complémentaire), le patient est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire la part non prise en charge par l'assurance maladie.

En novembre 2008, 4,2 millions de personnes bénéficiaient de la CMU contre 4 millions en 2007 (soit une diminution de 5%). Le coût du dispositif est aussi en légère baisse (-2% par rapport à 2007) avec un total de 1,4 milliards d'euros.

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La CMU-C permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite (sans cotisation). Elle permet à ses bénéficiaires d'obtenir un accès gratuit aux médecins ou à l'hôpital, sans dépense à charge et sans avance de frais (pas de ticket modérateur).

La CMU-C est accordée sous conditions de ressources pour toute personne (Français et étrangers en situation régulière) résidant en France depuis plus de 3 mois. L'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond (cf tableau ci-dessous). Tous les bénéficiaires du RMI y ont automatiquement droit.

La CMU-C prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

La CMU-C peut être gérée par le régime de sécurité sociale de base du bénéficiaire ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance) qui s'est inscrit sur la liste des organismes volontaires.

Le parcours de soins s'applique à l'ensemble des assurés, y compris aux bénéficiaires de la CMU-C. Aussi, le non-respect du parcours de soins coordonné entraîne les mêmes pénalités pour le bénéficiaire de la CMU-C (moindre taux de remboursement).

Plafond de ressources mensuelles (métropole) pour bénéficier de la CMU-C

Source : www.mutualite.fr (avril 2008)

Plafond de ressources mensuelles (métropole)	
Composition du foyer	Montant maximal de ressources par mois
Une personne	606 euros
Deux personnes	909 euros
Trois personnes	1091 euros
Quatre personnes	1273 euros
Cinq personnes	1515 euros
Six personnes	1757 euros

Nombre moyen de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2007					
Régimes d'attribution	Organismes gestionnaires	Métropole	DOM	France entière	Total
Régime général	CNAMTS	3 366 045	538 775	3 904 820	4 441 261
	Org. compl.	463 391	73 050	536 441	
Régime agricole	CCMSA	114 616	13 054	127 670	148 099
	Org. compl.	19 699	730	20 429	
Régime des travailleurs indépendants	RSI	141 303	9 974	151 277	185 024
	Org. compl.	33 161	586	33 747	
Autres régimes et SLM	base	57 866		57 866	74 868
	Org. compl.	17 002		17 002	
Total	base	3 679 830	561 803	4 241 633	4 849 252
	Org. compl.	533 253	74 366	607 619	

Source : site officiel de la CMU, www.cmu.fr (mai 2008)

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) consiste en une aide financière pour souscrire un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 20 %. L'assurance maladie donne à l'assuré une attestation chèque qu'il doit présenter à la complémentaire santé de son choix.

Le montant de l'aide est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge et le nombre des personnes composant le foyer couvert par le contrat.

En 2008, environ 610 000 personnes ont bénéficié de cette déduction auprès de leur organisme de protection complémentaire santé, ce qui représente une hausse de 17,5% en un an, mais encore très en retrait par rapport à la cible de 2 millions de personnes potentielles. Cette aide représente un coût de 85 millions d'euros par an pour l'Etat.

L'aide médicale de l'Etat (AME)

L'aide médicale de l'Etat est une prestation sociale de prise en charge des dépenses médicales pour les étrangers en situation irrégulière et sans ressources résidant en France depuis plus de 3 mois. L'AME a pris effet au 1^{er} janvier 2000 et remplace l'ancienne Aide médicale gratuite qui était gérée par les départements.

Face à la forte hausse des dépenses liées à ce dispositif, deux réformes successives (2003 et 2004) en ont restreint les conditions d'accès, sans toutefois réussir à en maîtriser les coûts. Ainsi, le nombre de bénéficiaires continue à progresser malgré un léger recul en 2004. Selon un rapport de l'IGAS de mai 2007¹, l'AME concernait **191000 bénéficiaires**. Cette prestation de solidarité est financée au moyen de crédits budgétaires à hauteur de 220 millions d'euros en moyenne chaque année depuis 2000 pour une dépense moyenne de **326 million d'euros**.

Il existe deux types d'AME : l'AME « de droit commun », réservée aux étrangers irréguliers présents depuis au moins trois mois en France, et qui représente 89% des demandes ; et l'« AME humanitaire » qui concerne les soins des personnes en situation irrégulière gardées à vue ou en rétention administrative.

L'IGAS pointe le coût élevé de l'AME, dont les dépenses moyennes par bénéficiaire s'élèvent à **2 500 euros**, contre 1 500 euros pour un assuré du régime général.

¹ <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000345/0000.pdf>

Les dispositifs d'aide mis en place par les départements

Les conseils généraux n'ont pas de compétence directe en matière de santé, sauf en matière de prévention, de programmes de santé et de protection de l'enfance (par le biais de la Protection maternelle et infantile).

Cependant, ils jouent un rôle dans la protection sociale qui peut avoir des répercussions dans le domaine sanitaire. Par exemple, ayant dans leurs attributions la gestion du RMI, leur action a des conséquences sur les droits à la CMU-C.

Plusieurs conseils généraux développent des aides spécifiques facultatives (dépistage gratuit de pathologies, programmes de prévention, etc.).

Le conseil général de l'Orne a ainsi mis en place depuis 1992 des campagnes de dépistage gratuit du cancer du sein à l'aide d'une unité mobile. Depuis 2005, il a mis en place des campagnes de dépistage du cancer de l'intestin.

Les dispensaires et centres de santé dans les communes

Historiquement, certaines municipalités ou certaines mutuelles ont mis en place des « centres de santé » pour permettre un accès aux soins pour tous.

Il existe près de 1 500 centres de santé de ce type en France, accessibles à tous : ils proposent systématiquement le tiers payant.

Ces centres sont pluridisciplinaires et regroupent donc des médecins généralistes et des médecins spécialistes, des dentistes, des kinésithérapeutes, des infirmières et des assistantes sociales.

Dans ces dispensaires, on prodigue généralement des soins particuliers en direction des populations les plus fragiles comme les toxicomanes ou les malades du Sida. Grâce à leurs liens avec les services sociaux, les centres de santé proposent un accueil aux patients exclus socialement ou non insérés. Les centres de santé sont également très actifs dans les secteurs de la petite enfance, de la planification familiale, de l'adolescence et du maintien à domicile.

La plupart des centres de santé ne sont pas en mesure de satisfaire la demande de soins à laquelle ils doivent faire face. Les délais peuvent ainsi être très longs pour obtenir un rendez-vous. Néanmoins, ce type d'établissement rencontre un succès durable. Il existe néanmoins d'importants problèmes notamment dans le secteur dentaire où les tarifs sont trop peu normalisés, souvent élevés et mal remboursés.