



Le recours aux soins des populations pauvres en France

Que savons-nous de l'efficacité des programmes d'accès gratuits à une couverture santé?

Les dispositifs de CMU-C et d'AME permettent aux populations pauvres d'accéder aux soins. Encore faut-il que les personnes éligibles puissent en bénéficier.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Benoît Carré

Université Paris Dauphine-PSL,
Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDA), Cnam

Florence Jusot

Université Paris Dauphine-PSL,
Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDA), Irdes

Antoine Marsaudon

Irdes

Jérôme Wittwer

Université de Bordeaux, Bordeaux
Population Health

Le système de financement des soins repose en France sur deux piliers, l'assurance maladie obligatoire et la couverture complémentaire santé. L'absence de couverture par l'assurance maladie et/ou par une assurance complémentaire expose à un risque financier et par là même à un risque de renoncement aux soins. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C¹) et l'aide médicale de l'État (AME) sont les deux dispositifs institués en 2000 qui permettent aux populations les plus pauvres de pouvoir accéder gratuitement à une couverture santé qui couvre l'ensemble du panier de soins. La CMU-C est un programme de couverture complémentaire pour les résidents en situation régulière couverts par l'assurance maladie obligatoire, et l'AME est un programme de couverture santé pour les résidents étrangers en situation irrégulière sans assurance maladie. Les conditions d'accès à ces deux dispositifs sont les mêmes : résider sur le territoire français de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et avoir des ressources financières faibles (moins de 746 euros par mois pour une personne seule en métropole). Ces dispositifs couvrent intégralement, pour une durée d'un an renouvelable, les consommations d'un panier qui inclut les soins de maladie (médicaments et consultations médicales quel que soit le lieu de soins), de maternité et le forfait hospitalier².

1. Depuis novembre 2019, la CMU-C et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sont regroupées sous le nom de Complémentaire santé solidaire.

2. À cela s'ajoutent les cures thermales, l'aide médicale à la procréation et les médicaments à service médical rendu faible pour les bénéficiaires de la CMU-C, mais qui ne sont pas pris en charge par l'AME, ainsi que les soins dentaires et d'optique.

Ces deux dispositifs devraient donc théoriquement permettre aux plus pauvres d'accéder à l'ensemble des soins requis par leur état de santé. Atteindre cet objectif est évidemment souhaitable pour des raisons éthiques de respect de la dignité humaine, et pour des raisons d'équité, la santé pouvant être vue comme un droit essentiel devant être garanti à tous. Mais il l'est aussi pour des raisons d'efficacité du système de santé. En effet le non-recours aux soins pour raisons financières peut induire une dégradation de l'état de santé, et ainsi générer des dépenses de santé évitables.

On peut cependant s'interroger sur l'efficacité réelle de ces dispositifs. Quel est leur impact réel sur le recours aux soins? Permettent-ils aux plus pauvres d'atteindre le niveau de recours aux soins des autres assurés sociaux? L'ensemble des personnes éligibles à ces dispositifs y ont-elles recours?

Concernant le recours aux soins, les éléments de la littérature à notre disposition vont tous dans le même sens : la CMU-C et l'AME favorisent l'accès aux soins des populations pauvres qui en bénéficient. Ces programmes sont de ce point de vue un succès indéniable. La question est celle du non-recours à ces dispositifs, qui demeure importante et obère leur efficacité.

CMU-C et AME : piliers de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables...

Interroger les effets de la CMU-C et de l'AME sur la consommation effective de soins est difficile à entreprendre principalement par manque de données. La plupart

des enquêtes réalisées en population générale ne recueillent pas suffisamment d'observations sur les personnes éligibles à la CMU-C, et les personnes sans titre de séjour en sont tout simplement exclues. Les données médico-administratives sont utiles pour mesurer la consommation de soins, mais n'apportent que très peu d'information sur les caractéristiques socio-économiques des individus et se concentrent sur les bénéficiaires de ces programmes. À cela s'ajoute la difficulté de mettre à jour un effet causal de la couverture par ces programmes sur la consommation de soins : est-ce la couverture santé offerte par ces programmes qui favorise le recours aux soins ? ou est-ce que ce sont les personnes qui recourent aux soins, pour raison de santé ou d'autres raisons, qui accèdent à ces programmes ?

Plusieurs travaux ont mis en évidence un double effet positif de la CMU-C : l'un portant sur l'augmentation de la consommation de soins (notamment de médicaments et de recours au médecin généraliste), et l'autre sur la réduction du renoncement aux soins de santé pour raisons financières. Ainsi la CMU-C permet de réduire les disparités de consommation liées au niveau de revenu, en élevant la consommation de soins de ses bénéficiaires au même niveau que celui des assurés privés [38]. Des stratégies empiriques ont permis en outre de démontrer un effet causal positif de la CMU-C sur le recours aux soins, une fois éliminé l'ensemble des facteurs inobservés pouvant à la fois expliquer le recours à la CMU-C et le recours aux soins, et en particulier les problèmes de santé [38]. Enfin, l'hypothèse selon laquelle les individus consommeraient plus de soins sur le court terme pour compenser leurs non-recours passés ne semble pas vérifiée empiriquement. Carré *et al.* [18] montrent ainsi que l'accès au bénéfice de la CMU-C se traduit par une augmentation de la consommation de soins stable et permanente dans le temps.

S'agissant de l'AME, les rares sources d'informations produites dans les rapports de Médecins du monde³ et de la Drees portent davantage sur l'état de santé des bénéficiaires que sur son effet sur la consommation de soins. L'étude de Marsaudon *et al.*, qui porte spécifiquement sur le lien entre AME et recours aux soins, montre que ses bénéficiaires ont une plus grande probabilité de consulter un médecin. Les auteurs indiquent également

que les bénéficiaires de l'AME vont davantage consulter un médecin dans un lieu de soin « courant » (i. e. un cabinet médical ou un centre de santé) plutôt que dans un établissement spécialisé pour les étrangers sans titre de séjour (comme peuvent l'être certaines associations ou les permanences d'accès aux soins). Par ailleurs, avoir l'AME permet aussi d'améliorer le recours aux soins préventifs puisque ses bénéficiaires ont une plus grande probabilité d'être vaccinés, d'avoir réalisé une radiographie des poumons et d'avoir fait un test de dépistage du VIH/sida ou des hépatites.

Ces différents résultats sur la CMU-C et l'AME montrent sans ambiguïté que ces dispositifs améliorent très sensiblement le recours aux soins des populations pauvres en France.

... malgré des inégalités d'accès à ces dispositifs

Si le recours à la CMU-C et à l'AME permet d'augmenter la consommation de soins, tous les éligibles à ces dispositifs ne sont en fait pas couverts. En effet, le non-recours à l'AME est estimé à 49 % et le non-recours à la CMU-C est estimé entre 35 % et 45 %⁴.

Les facteurs identifiés par la littérature expliquant le non-recours à la CMU-C et à l'AME sont relativement similaires. Un premier facteur relève du manque d'information sur l'existence des dispositifs, sur les conditions d'éligibilité ou sur les démarches à entreprendre pour les obtenir. Les personnes qui ont accès à ces informations peuvent néanmoins renoncer à adhérer à ces dispositifs par découragement devant la complexité des démarches ou par l'impossibilité à fournir des justificatifs nécessaires pour faire valoir leurs droits. Ce peut être le cas de la durée de séjour sur le territoire français pour les demandeurs de l'AME et pour le niveau de revenu pour les demandeurs de la CMU-C. Les personnes éligibles, qu'elles aient ou non des besoins de soins, peuvent également renoncer à leur droit par choix. Elles peuvent juger que le bénéfice apporté par la couverture santé est trop faible par rapport aux coûts pour l'obtenir. Le non-recours peut aussi être expliqué par peur d'une stigmatisation, de la charge négative de l'étiquette sociale de ces deux dispositifs, par le refus d'être encore une fois aidé, ou encore par la peur de subir des refus de soins [20, 28, 43, 72].

Enfin d'autres facteurs propres à chaque dispositif peuvent être mentionnés : le refus de résilier une assurance privée pour les personnes éligibles à la CMU-C ou la crainte d'être dénoncées ou expulsées pour les personnes éligibles à l'AME [20, 43].

Conclusion

La CMU-C et l'AME ont largement contribué à la généralisation de la couverture santé aux populations les plus vulnérables. En leur permettant d'accéder à des soins gratuits, elles jouent un rôle majeur dans la réduction des inégalités d'accès aux soins et des inégalités sociales de santé. Néanmoins, même après vingt ans de mise œuvre, une part importante des personnes éligibles à ces dispositifs ne font pas usage de leurs droits. Plusieurs pistes peuvent être proposées pour tenter de réduire ces inégalités d'accès à ces dispositifs. Une première, pour les personnes éligibles à la CMU-C, serait l'adhésion (et le renouvellement) automatique à la Complémentaire santé solidaire des personnes bénéficiaires de minimas sociaux sous le seuil d'éligibilité⁵. La suppression des tickets modérateurs et l'instauration de ce qu'il est d'usage d'appeler « la grande sécu » est une autre voie, plus radicale. Une seconde piste, qui pourrait bénéficier tant aux personnes éligibles à la CMU-C que celles éligibles à l'AME, serait la décentralisation de la lutte contre le renoncement aux soins. Les plateformes départementales de la Mission accompagnement santé (MAS)⁶ en sont un exemple récent. Leur but est d'identifier les personnes en situation de renoncement, de leur proposer des solutions personnalisées et de les accompagner jusqu'à ce que les soins nécessaires soient réalisés. Ce faisant, elles introduisent une nouvelle approche dans l'amélioration de l'accès aux soins en allant au-devant des personnes qui ne recourent pas à leur droit. De premiers résultats, fournis par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odénore), montrent des effets positifs du programme [66]. Bien qu'encourageants, ces résultats doivent encore être complétés par d'autres analyses afin de statuer sur l'efficacité de ces plateformes. ■

3. « Rapport de l'accès aux droits et l'accès aux soins en France ». Médecins du monde, 2015.

4. Ce non-recours est un résultat fréquemment retrouvé dans la littérature internationale portant sur l'accès aux dispositifs sociaux.

5. Depuis le premier avril 2019 le renouvellement de la CMU-C est automatisé pour les bénéficiaires du RSA.

6. Anciennement appelée Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pifidas).