

CMU-C étendue et tiers payant généralisé : des objectifs atteints par le plan pauvreté

En matière de santé et d'accès aux soins, quatrième volet du plan pauvreté, l'objectif est de réduire globalement les inégalités sociales et territoriales. En 2015, cet objectif s'est notamment concrétisé par le vote de la Loi Santé qui, dans le cadre de la garantie de l'accès aux soins, aborde la question de la généralisation progressive du tiers payant, à l'horizon 2017. La lutte contre le non-recours aux prestations sociales s'inscrit également dans le cadre du volet "santé" du plan pauvreté. Il s'agit d'augmenter le nombre de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Enfin, le plan pauvreté vise à améliorer l'accueil, l'information et la prise en charge médicale des populations précaires, et à développer l'accessibilité aux soins, notamment pour les jeunes.

Alexandre Tillatte, Insee Lorraine

Pour suivre en région le volet "santé et accès aux soins", le groupe national de travail Drees-Insee-DRJSCS chargé, notamment, de travailler à une déclinaison territoriale du tableau de bord national de suivi du PPPIS a proposé de retenir trois indicateurs :

- nombre de bénéficiaires de la CMU-C
- taux de recours à la CMU-C
- taux standardisé de recours aux soins dentaires (non disponible)

Les indicateurs retenus doivent permettre de mettre en évidence les difficultés d'accès aux soins pour une partie de la population.

CMU complémentaire : 21 % de bénéficiaires de plus en 2014

Fin 2014, en Lorraine, 162 000 personnes sont bénéficiaires de la CMU-C, soit 6,9 % de la population (*figure 1*).

En deux ans, entre décembre 2012 et décembre 2014, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 21 % dans la région, augmentation plus forte qu'à l'échelle de la France métropolitaine (+ 17 %). Cet accroissement résulte notamment du relèvement du plafond du dispositif en juillet 2013 (+ 8,3 %) et en janvier 2014 (+ 0,6 %). Ces revalorisations successives ont eu pour conséquence, conformément aux objectifs du plan, un élargissement du public éligible.

Le dispositif de la CMU-C a enregistré une hausse rapide dans tous les départements lorrains, notamment en Moselle (+ 24 %). Dans ce département, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est relativement faible (6,2 habitants sur 100). Le nombre de bénéficiaires s'est accru de 19 % en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges, et de 14 % dans la Meuse (*figures 2 et 3*).

En Alsace, 5 % des habitants bénéficient de la CMU-C, et le nombre de bénéficiaires s'est accru de 21 % entre fin 2012 et fin 2014.

En Champagne-Ardenne, l'augmentation est légèrement moins forte (+ 16 %) pour atteindre en 2014 près de 8 % de bénéficiaires parmi la population.

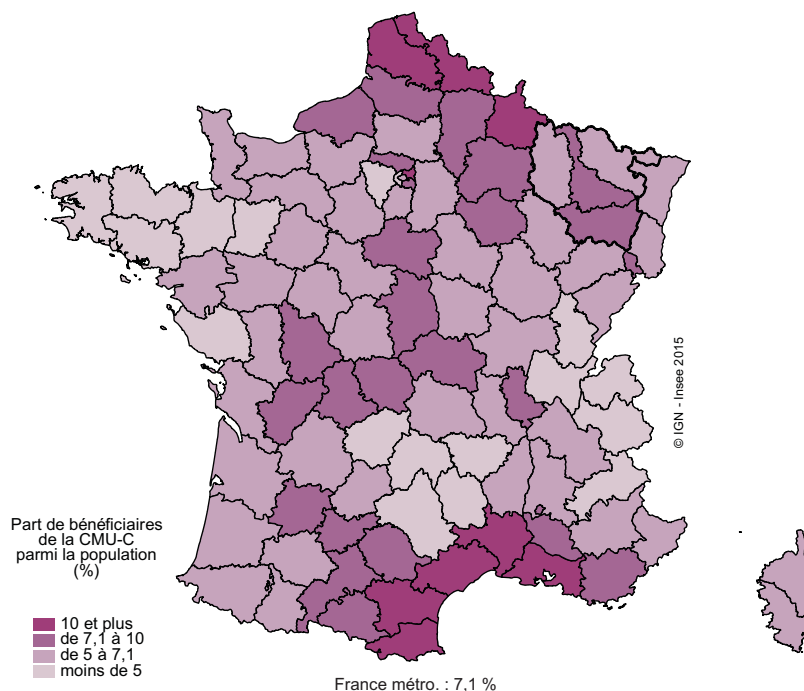
1 Plus de 160 000 Lorrains bénéficiaires de la CMU-C en 2014

Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre 2012 et 2014

	2012	2013	2014	Évolution 2012-2014 (%)
Lorraine	134 700	145 300	162 400	20,6
Alsace	89 000	96 800	107 440	20,7
Champagne-Ardenne	96 000	102 000	110 840	15,5
France métropolitaine	3 857 500	4 057 200	4 511 800	17,0

Sources : Insee, estimations de population - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) - Régime social des indépendants (RSI)

2 Forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges



Sources : Insee, estimations de population - CNAMTS - MSA - RSI

Non-recours aux droits et renoncement aux soins

Le dispositif de la CMU-C ne jouit pas d'un taux de recours maximal. Selon les dernières données de la Drees, 60 % à 72 % seulement des personnes éligibles y ont recours au plan national, un taux en légère diminution par rapport à 2012. Ainsi, près de trois millions de personnes en France ne font pas valoir leur droit.

De la même façon, il apparaît que 64 % seulement des bénéficiaires du RSA socle, qui ont accès de plein droit à la CMU-C, y ont recours.

Concernant l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), le taux de recours en 2013 est compris entre 28 % et 41 % des personnes éligibles.

Au-delà du non-recours aux droits des prestations sociales liées à la santé, les études abordent de plus en plus la notion de renoncement aux soins. À l'échelle nationale, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), fait état du caractère financier mais aussi sociologique du renoncement aux soins. Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée par cet institut en 2012, plus d'un quart des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à un soin au moins une fois pour une raison financière. Plus souvent que les personnes couvertes par la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé (souvent au-dessus du seuil qui permet l'obtention de la CMU-C) sont patemment les plus touchées par le renoncement aux soins. Ce constat illustre l'utilité pour certains ménages de bénéficier d'une aide pour une complémentaire santé (ACS), afin de lutter contre le non-recours aux soins.

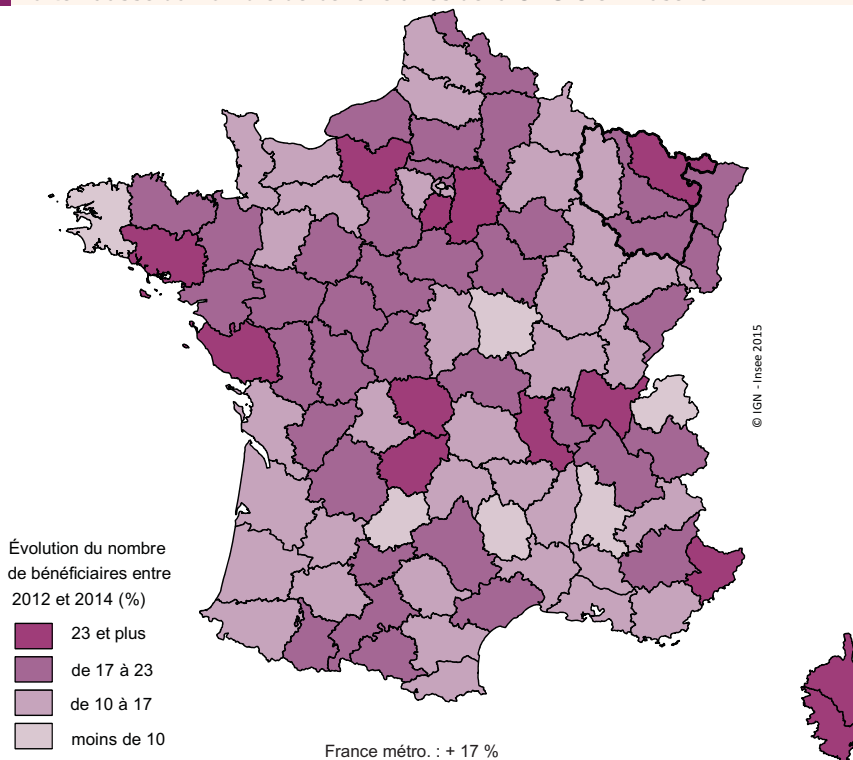
Accès aux soins des plus démunis et tiers payant généralisé

Afin de lutter contre le non-recours, certaines propositions ont été mises en avant dans le rapport établi par Aline Archimbaud. Il y est notamment préconisé de rendre automatique l'attribution de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle afin de réduire le non-recours pour ces populations les plus fragiles. Le rapport préconise également d'étendre la CMU-C aux bénéficiaires de l'allocation

adulte handicapé (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) afin de viser un public plus large.

À l'horizon 2017, la généralisation du tiers payant devrait permettre à toute la population de ne plus avancer les frais d'une consultation chez un médecin. Jusqu'alors, le tiers payant concernait principalement les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide médicale d'état (AME). Depuis juillet 2015, il est étendu aux bénéficiaires de l'ACS afin de leur faciliter l'accès aux soins.

3 Forte hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU-C en Moselle



Définitions

Les prestations sociales (ou transferts sociaux) sont des transferts versés (en espèces ou en nature) à des individus ou à des familles afin de réduire le coût que représente la protection contre divers risques.

Elles sont associées à six grandes catégories de risques :

- la vieillesse et la survie (pensions de retraite, pensions de réversion, prise en charge de la dépendance) ;
- la santé (prise en charge totale ou partielle de frais liés à la maladie, à l'invalidité, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles) ;
- la maternité-famille (prestations familiales : prestations liées à la maternité, allocations familiales, aides pour la garde d'enfants) ;
- la perte d'emploi (indemnisation du chômage) et les difficultés d'insertion ou de réinsertion professionnelle ;
- les difficultés de logement (aides au logement) ;
- la pauvreté et l'exclusion sociale (minima sociaux : revenu minimum d'insertion - RSA, minimum vieillesse, etc.).

Pour en savoir plus

- Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique, Irdes, Questions d'économie de la santé n° 169, octobre 2011
- Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, Irdes, Questions d'économie de la santé n° 170, novembre 2011
- L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité, rapport établi par Mme Aline Archimbaud
- Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?, Philippe Warin, La Vie des idées, juin 2010