# Annales

## Concours d'assistant socio-éducatif territorial

### spécialité : Conseiller en économie sociale et familiale

**Session 2001**

**Épreuve écrite**

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale
29 bd Anatole France - BP 322
90006 BELFORT CEDEX
Tél. : 03-84-57-65-65
Fax : 03-84-57-65-66
Site Internet : www.cdg90.fr

# Rédaction d'un rapport

- Sujet 2001

# CONCOURS D'ASSISTANT SOCIO-EDUCATIF TERRITORIAL

SESSION 2001

## RAPPORT ETABLI A PARTIR D'UN DOSSIER PORTANT SUR UNE SITUATION EN RAPPORT AVEC LES MISSIONS DU CADRE D'EMPLOIS ET NOTAMMENT LA DEONTOLOGIE DE LA PROFESSION

Durée 3h00
Coefficient 1

SPECIALITE : CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE

## SUJET :

Vous exercez au sein d'un Centre Communal d'Action Sociale.
Afin de préparer une réunion d'équipe relative à l'aide sociale aux familles en difficulté , votre supérieur hiérarchique vous demande de rédiger à son attention un rapport faisant le point sur la « couverture maladie universelle ».

Ce rapport devra s'attacher à présenter le dispositif et ses conséquences pour les CCAS.

A votre demande, le service de documentation vous fournit les documents suivants pour préparer votre rapport.

DOCUMENTS JOINTS :

1. « La Couverture Maladie Universelle » : commentaire de la Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 article paru dans « Actualités Sociales Hebdomadaires » n° 2129 du 20 août 1999
2. « La Couverture Maladie Universelle en pratique »
   Guide destiné aux personnes-relais 15 décembre 1999
3. « Couverture Maladie Universelle : pas de ruée vers les mutuelles territoriales »
   Article paru dans la « Gazette des communes »n° 1547 du 24 avril 2000
4. « La Couverture Maladie Universelle bouscule les CCAS et interroge les départements »
   Article paru dans la « Gazette des communes » n° 1549 du 8 mai 2000
5. « Les bénéficiaires de la Couverture Maladie universelle au 30 septembre 2000 »
   Dossier paru dans « Etudes et Résultats » décembre 2000

Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre rapport, ni votre nom, ni le nom d'une collectivité existante, ni signature, ni paraphe.

Toute note inférieure à 5/20 est éliminatoire.

## Document n° 1

La Couverture Maladie Universelle » : commentaire de la Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999
article paru dans « Actualités Sociales Hebdomadaires » n° 2129 du 20 août 1999

SÉCURITÉ SOCIALE

# La couverture maladie universelle

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 et décision du Conseil constitutionnel n° 99-416 DC du 23 juillet 1999, J.O. du 28-07-99)



**Dernier volet du dispositif législatif de lutte contre les exclusions, la loi relative à la couverture maladie universelle, du 27 juillet, vise à garantir à tous la prise en charge des soins par un régime de sécurité sociale. De plus, elle ouvre droit, pour les plus défavorisés, à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.**

Annoncée dans le cadre du plan triennal de lutte contre les exclusions (1), la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) permet à tout résident stable et régulier, qui n'a pas de droits ouverts auprès d'un régime de sécurité sociale, de bénéficier, sur seule justification de sa résidence, des prestations en nature du régime général. L'affiliation est immédiate, dès le dépôt de la demande, et automatique.

«*Plus on est modeste, plus on est précaire, plus le bénéfice d'une garantie complémentaire est essentiel. La réalité est pourtant inverse : plus vous êtes exposé moins vous êtes protégé* », déclarait Martine Aubry, le 27 avril, lors de l'ouverture de la discussion sur le projet de loi à l'Assemblée nationale. Aussi, au-delà de la couverture de base, la loi prévoit, pour les personnes répondant à une condition de ressources, la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, ainsi que des modalités de remboursement adaptées pour les prothèses, notamment en matière dentaire et optique. Ce droit est assorti de la dispense d'avance de frais.

Pour leur couverture complémentaire, les bénéficiaires peuvent choisir entre les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), l'adhésion à une mutuelle ou la souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurances.

Au total, 6 millions de personnes en situation précaire pourront se faire soigner gratuitement, pour un coût global chiffré, par le gouvernement, à 9 milliards de francs en année pleine. Le financement de cette nouvelle protection repose sur des transferts financiers consécutifs à la disparition de l'aide médicale départementale et de l'assurance personnelle, une augmentation de la participation de l'Etat et l'instauration d'une taxe nouvelle sur le chiffre d'affaires santé des mutuelles et des sociétés d'assurances.

Qualifié de « *grande avancée sociale* » par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, ce texte n'aura pourtant pas réussi à rassembler les parlementaires, bien que personne n'en ait contesté l'objectif : permettre un réel accès de tous aux soins. Pour certains élus, comme pour les associations de solidarité, l'effet de seuil institué par la loi constitue une nouvelle source d'exclusion (2). De même, le choix d'une gestion partenariale, par les CPAM et les organismes complémentaires, du volet protection complémentaire a été vivement contesté. Accusant le gouvernement de créer une « *pseudo-complémentaire* », les sénateurs de l'opposition avaient, alors, opposé à la couverture maladie universelle la création d'une allocation personnalisée à la santé. Calquée sur l'aide personnalisée au logement, cette prestation dégressive aurait permis d'aider les plus démunis à payer eux-mêmes leurs cotisations auprès des organismes de protection complémentaire.

Par ailleurs, les députés de l'opposition (groupes DL, RPR et UDF) ont saisi le Conseil constitutionnel (3), dénonçant la rupture d'égalité entre les assurés sociaux, du fait de l'effet de seuil. En outre, ils considéraient que le monopole donné aux CPAM, pour gérer le régime de base, plaçait ces dernières en situation de concurrence déloyale, vis-à-vis des mutuelles et des sociétés d'assurances, pour la gestion de la couverture complémentaire. Des arguments que le Conseil constitutionnel a rejeté, le 23 juillet. De son côté, la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles a, dès le 19 juillet, déposé 2 plaintes auprès de la Commission européenne. La première pour « *aide d'Etat non notifiée* » à la Commission et la seconde pour « *abus de position dominante* ».

L'entrée en vigueur de la CMU est fixée au 1er janvier 2000, sous réserve de certaines dispositions particulières aux dates d'effet spécifiques. Il reste donc moins de 6 mois au gouvernement pour publier l'ensemble des textes d'application et à la caisse nationale d'assurance maladie pour conclure avec les professionnels de santé les accords indispensables à sa mise en œuvre effective.

## De la sécurité sociale à la CMU

La sécurité sociale a été créée par une ordonnance du 4 octobre 1945. A l'époque, trois principes fondamentaux sont affirmés : la généralisation de la sécurité sociale à toute la population, l'unité des institutions et l'universalité des risques. Toutefois, l'affiliation à la sécurité sociale étant liée à l'exercice d'une activité professionnelle ou assimilée, la généralisation complète du système ne pourra jamais être atteinte.

La loi du 2 janvier 1978 crée l'assurance personnelle facultative. Là encore, la généralisation de la sécurité sociale reste théorique : les personnes les plus démunies demeurent en dehors du champ. En 1988, un nouveau pas est franchi : le bénéfice du RMI ouvre le droit à une affiliation automatique à l'assurance personnelle, c'est-à-dire à la sécurité sociale de base pour les allocataires non couverts par un régime obligatoire d'assurance maladie. En 1992, une réforme de l'aide médicale protège davantage les allocataires du RMI en instaurant une prise en charge à 100 % de leurs dépenses maladie, c'est-à-dire en couvrant aussi la part complémentaire.

Aujourd'hui, quelque 150 000 personnes sont toujours exclues du système. La CMU leur donne, enfin, une couverture pour leurs frais de santé. L'idée d'une assurance maladie généralisée, conforme à l'ambition proclamée en 1945, se trouve désormais concrétisée. Même si on peut encore déplorer, à l'instar de certaines associations de solidarité (1), l'effet de seuil induit par la loi, ainsi que l'exclusion des étrangers en situation irrégulière de ce nouveau dispositif.

*(1) Voir notamment ASH n° 2126 du 2-07-99, p. 5.*

*(1) Voir ASH n° 2061 du 6-03-98, p. 1*
*(2) Voir ASH n° 2126 du 2-07-99, p. 5*
*(3) Voir ASH n° 2127 du 9-07-99, p. 7*

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 19 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

LES POLITIQUES SOCIALES

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 93 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.



Enfin, sous le titre V du texte, se cache une « *miniloi portant diverses mesures d'ordre sanitaire et sociale* » *(Rap. A.N. n° 1518, tome II, Recours, page 5)*. Le calendrier parlementaire n'ayant pas permis d'inscrire un tel texte à l'ordre du jour, le gouvernement a saisi l'opportunité de rattacher diverses mesures de « modernisation sanitaire et sociale » à la CMU, pour les faire voter par le législateur. Celles-ci feront l'objet d'une étude dans un prochain numéro.

# L'accès de tous à la couverture de base

La loi garantit à tous un droit à être affilié au régime général de sécurité sociale sur critère de résidence. Cette affiliation confère à son bénéficiaire un droit immédiat et personnel à la prise en charge de ses frais de santé. Le régime facultatif de l'assurance personnelle est, par conséquent, supprimé.

## Un droit universel à l'assurance maladie

Le droit à l'affiliation au régime général est ouvert à tous, sur le seul critère de résidence stable et régulière. Les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain montant sont exonérées de cotisation.

### UN DROIT OUVERT SOUS CONDITION DE RÉSIDENCE...

Toute personne, quelle que soit sa nationalité, résidant de façon stable et régulière en France ou dans un département d'outre-mer, est obligatoirement affiliée au régime général de sécurité sociale, dès lors qu'elle n'a droit, à aucun autre titre, aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Le critère de résidence stable et régulière sera précisé par décret. Le code de la sécurité sociale exigeant une durée de résidence en France de 3 mois pour prétendre au bénéfice du régime de l'aide sociale, « *il est possible que cette durée soit celle retenue par le décret* », a indiqué Jean-Claude Boulard, rapporteur du projet de loi devant l'Assemblée nationale (1) *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 80)*.

#### Les sans domicile fixe

Les demandeurs sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par l'autorité administrative ou d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

Les modalités d'application de cet article sont renvoyées à un décret.

#### Les pupilles de l'Etat

Les pupilles de l'Etat qui, jusqu'à présent, relevaient de l'aide médicale, sont affiliés au régime général sur critère de résidence.

#### Les personnes exclues du dispositif

Bien qu'elles résident ou séjournent en France, certaines personnes n'ont pas vocation à être affiliées au régime général sur critère de résidence.

Il s'agit, outre des membres du corps diplomatique ou consulaire, des personnes en séjour sur le territoire national pour suivre un traitement médical ou une cure, dont la prise en charge relève du système de protection sociale de leur pays, et des travailleurs frontaliers résidant en France. Ces derniers peuvent, en effet, choisir d'être affiliés dans le pays où ils travaillent.

Par ailleurs, le législateur a également expressément exclu de la CMU :

- les étudiants. Les étudiants de l'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et des classes du second degré préparatoires à ces écoles, « qui ne sont ni assurés sociaux ni ayants droit d'assuré social demeurent affiliés obligatoirement à leurs régimes d'assurance sociale spécifiques et ce, même s'ils sont ayants droit d'une personne affiliée au régime général sur la base du nouveau critère de résidence » ;
- les ministres des cultes ;
- et les membres des congrégations et collectivités religieuses.

Ces trois catégories de personnes conservent leurs régimes spécifiques. Afin d'harmoniser leur situation avec celle des bénéficiaires de la CMU, la loi supprime le lien existant entre le versement des prestations et le paiement régulier des cotisations.

### ...GRATUIT POUR LES PLUS DÉMUNIS

Les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond, qui sera fixé par décret, seront affiliées gratuitement au régime général.

#### Le débat sur l'effet de seuil

Ce plafond devrait, selon les indications données par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité aux parlementaires *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 84)*, s'établir à :

- 3 500 F par mois pour une personne isolée ;
- 5 200 F pour 2 personnes ;
- 6 300 F pour 3 personnes ;
- 7 700 F pour 4 personnes ;
- et 1 400 F en plus par personne supplémentaire.

Il sera révisé chaque année, pour tenir compte de l'évolution des prix.

## La résiliation des contrats d'assurance antérieurs

Les contrats d'assurance privés souscrits par les personnes qui, n'étant pas couvertes par un régime obligatoire, n'avaient pas fait le choix de l'assurance personnelle, seront résiliés de plein droit à compter de la date d'affiliation au régime général. Les cotisations ou primes seront remboursées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Si la garantie offerte par ces contrats est supérieure à celle qu'assure le régime général, le contrat pourra être maintenu en vigueur par un avenant et avec une réduction de prime.

Selon le rapporteur du projet de loi, Jean-Claude Boulard, en 1995, 61 000 personnes avaient souscrit une assurance au premier franc, dont 61 % de frontaliers et 6,3 % d'expatriés.

*(1) Le député Jean-Claude Boulard (PS, Sarthe) avait été chargé par le gouvernement d'une mission sur la mise en place d'une couverture maladie de base et complémentaire. La loi sur la CMU est inspirée des conclusions de son rapport. Voir ASH n° 2085 du 18-09-98, p. 5.*

En revanche, les intéressés dont les ressources sont supérieures à ce seuil devront acquitter une cotisation. Son montant sera fixé en pourcentage des revenus, en prenant pour référence le mode de calcul utilisé pour l'appréciation du seuil déclenchant l'exonération du paiement de la CSG. Un décret déterminera le taux et les modalités de calcul de cette cotisation, ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

La question de l'effet de seuil a fait l'objet de vives polémiques, autant au Parlement que dans la société civile. Rappelons que, dans un premier temps, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait adopté un amendement destiné, d'une part, à relever le seuil à 3 800 F pour une personne seule (qui est le seuil de pauvreté fixé par l'INSEE) et, d'autre part, à instaurer une cotisation dégressive jusqu'au SMIC. Cette mesure aurait permis d'étendre le dispositif à 2 millions de personnes supplémentaires. Son coût a été chiffré par le gouvernement à 2 milliards de francs.

Saisi par les députés de l'opposition, qui dénonçaient l'effet couperet induit par le plafond de ressources, le Conseil constitutionnel a indiqué dans un communiqué en date du 23 juillet que « *eu égard au but que s'est fixé le législateur – assurer la prise en charge intégrale des dépenses de santé des personnes disposant de faibles ressources et les dispenser d'avance de frais – il lui était loisible de fixer le principe d'un plafond de ressources pour déterminer les bénéficiaires du nouveau régime* ». Toutefois, cette instance a émis une réserve quant aux montants des plafonds de ressources qui seront fixés par décret. Ceux-ci devront, en effet, « *respecter les dispositions du préambule de la Constitution de 1946* » (1).

A noter : les personnes handicapées, titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (3 540,41 F/mois), ne sont pas concernées par l'effet de seuil. Elles bénéficient, en effet, des prestations maladie et maternité au titre de l'article L. 381-27 du code de la sécurité sociale. En outre, les personnes prises en charge à 100 % en raison d'une affection de longue durée, continueront à bénéficier de la gratuité des soins pour cette pathologie.

## La suppression de l'assurance personnelle

Désormais sans objet, le chapitre du code de la sécurité sociale relatif à l'assurance personnelle est abrogé. Créée par la loi du 2 janvier 1978, cette assurance concerne les personnes résidant en France dans des conditions régulières depuis 3 mois et susceptibles de n'être couvertes par aucun des régimes obligatoires existants. L'affiliation est facultative. Elle ouvre droit aux prestations du régime général, moyennant le paiement d'une cotisation (1). Les cotisations des personnes dont les ressources se situent au-dessous d'un plafond peuvent être prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse (pour les personnes âgées), par les caisses d'allocations familiales ou, en dernier ressort, par l'aide médicale de l'Etat ou des départements.

Toutefois, ces dispositions demeurent en vigueur pour la répartition du solde des opérations de recettes et de dépenses du régime de l'assurance personnelle afférent à l'exercice 1999.

*(1) Voir ASH n° 2128 du 16-07-99, p. 15.*

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

qui feront le recouvrement et la récupération



### Des prestations non liées à l'obligation de cotiser

Le versement des prestations n'est plus subordonné à l'acquittement des cotisations. En conséquence, les dispositions du code de la sécurité sociale liant le paiement des cotisations à l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées.

Cependant, il est prévu « qu'en cas de mauvaise foi du bénéficiaire », le versement des prestations en nature de l'assurance maladie pourra être suspendu, dans des conditions qui seront fixées par décret. Néanmoins, est-il précisé, « cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi ». Selon Jean-Claude Boulard, « *cette disposition, qui déroge au schéma général de la loi, répond à la situation particulière des régimes telles la CANAM et la MSA, qui sont confrontés à des campagnes d'appel au refus de cotiser* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 96).*

## Un droit immédiat aux prestations du régime général

Toute personne qui s'adresse à une caisse de sécurité sociale peut, sur justification de sa résidence et de son identité, prétendre immédiatement aux prestations en nature du régime général.

### UNE AFFILIATION AUTOMATIQUE

Toute personne déclarant, auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, ne pas bénéficier des prestations en nature d'un régime de maladie et de maternité est immédiatement affiliée au régime général. Cette affiliation est conditionnée par le critère de résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans un DOM et par la production d'un document faisant foi de l'identité du demandeur.

L'affiliation est immédiate puisque le bénéfice des prestations en nature est ouvert dès le dépôt de la demande. La caisse pressentie ne recherche qu'a posteriori si la personne concernée est susceptible de relever d'un autre régime existant. Une disposition qui « *répond à la situation de personnes se trouvant en position d'extrême précarité et ignorantes de leur situation au regard de l'assurance maladie ou trop marginalisées pour entreprendre certaines démarches à caractère administratif* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 89).*

A noter : la loi ne vise que les prestations en nature du régime général.

L'automaticité résulte, notamment, de l'implication, dans le dispositif, des associations et des acteurs institutionnels. A ce titre, le texte prévoit la possibilité pour les services sociaux, les associations ou les organismes à but non lucratif agréés par le préfet et les établissements de santé d'accompagner les personnes dans leurs démarches d'affiliation au régime général. Ceux-ci sont également habilités à transmettre les documents à l'organisme compétent, avec l'accord de l'intéressé.

*(1) Le préambule de la Constitution de 1946 « garantit à tous, notamment, à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».*

LES POLITIQUES SOCIALES

22

## Les ayants droit autonomes

La loi crée le statut d'ayant droit autonome, qui permet aux ayants droit de l'assuré social d'être personnellement remboursés de leurs frais de santé. Désormais, dès l'âge de 16 ans et non plus de 18 ans, les enfants d'un assuré social peuvent devenir ayants droit autonomes. Le législateur répond ainsi à la situation des jeunes vivant chez leurs parents et qui souhaitent avoir accès à certains soins ou actes de prévention, de façon autonome, et à ceux en rupture de liens familiaux. Sont visés les enfants non salariés à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis, et :

- placés en apprentissage, jusqu'à 18 ans ;
- qui poursuivent leurs études, jusqu'à 20 ans ;
- qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié, jusqu'à 20 ans.

En outre, sauf refus exprès de leur part, les conjoints et ascendants de personnes affiliées au régime général acquièrent automatiquement le statut d'ayant droit autonome. Il s'agit :

- du conjoint de l'assuré ;
- de l'ascendant, du descendant, du collatéral jusqu'au troisième degré ou de l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le même toit que celui-ci et se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants à charge de l'assuré ;
- de la personne qui vit maritalement avec un assuré social et se trouve à sa charge effective, totale et permanente. A cet égard, la proposition de loi relative au pacte civil de solidarité (PACS) (1) reconnaît les mêmes droits aux personnes liées à un assuré social par un PACS ;
- de la personne qui vit de façon non maritale avec l'assuré social depuis 12 mois consécutifs et se trouve à sa charge effective, totale et permanente.

Par ailleurs, les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la demande des personnes ou établissements qui en assument l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent alors les prestations en nature pour le compte de ce dernier.

Dans tous les cas, les personnes concernées demeurent ayants droit, mais peuvent être personnellement remboursées de leurs dépenses de santé, sans avoir à passer par le compte de l'assuré social dont elles relèvent. *« Le lien qui lie l'ayant droit autonome au régime maladie et maternité demeure la première affiliation de l'assuré social. Il n'y a donc pas lieu, au plan administratif, de procéder à une affiliation et une immatriculation nouvelle ; ce dispositif dispense les intéressés de démarches souvent vécues comme dissuasives et ne crée pas de surcharge de gestion de dossiers pour les caisses »*, a expliqué Jean-Claude Boulard *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 100)*.

*(1) Voir ASH n° 2114 du 9-04-99, p. 7.*

### LE PRINCIPE DE LA CONTINUITÉ DES DROITS

La continuité des droits constitue, après l'immédiateté et l'automaticité, le troisième principe posé par le législateur. Il est défini a contrario, puisque la loi précise qu'« une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence ou si elle est présumée absente *(au sens du code civil)* » (1).

S'il s'avère que l'assuré relève en fait d'un autre régime d'assurance maladie que celui versant les prestations, ce dernier ne peut interrompre ses versements tant que l'organisme compétent ne s'est pas effectivement substitué à lui. Le législateur a voulu, ainsi, éviter toute possibilité de rupture ou d'interruption de prise en charge.

## La protection complémentaire

Les personnes résidant de manière stable et régulière en France métropolitaine ou dans un DOM et dont les revenus sont inférieurs à un plafond de ressources bénéficient également d'une couverture complémentaire en matière de santé et de la dispense d'avance de frais. Elles peuvent s'adresser à la CPAM dont elles dépendent, à une mutuelle ou une société d'assurances.

### Une couverture réservée aux plus démunis...

La loi pose le principe du droit à une couverture complémentaire gratuite en matière de santé, pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles. Le plafond de ressources, qui sera révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

### LES BÉNÉFICIAIRES

Les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond, fixé par décret, ont droit à une couverture complémentaire en matière de santé. Son montant devrait s'établir à :

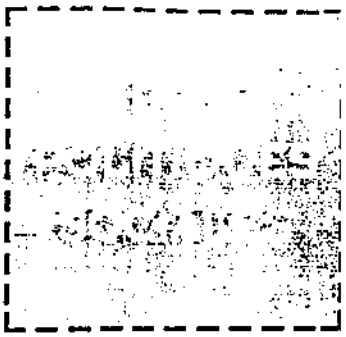
- 3 500 F par mois pour une personne isolée ;
- 5 200 F pour 2 personnes ;
- 6 300 F pour 3 personnes ;
- 7 700 F pour 4 personnes ;
- et 1 400 F en plus par personne supplémentaire.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C

Selon l'étude d'impact, le plafond de ressources permet de couvrir :

- les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'allocation d'insertion, dès lors qu'ils ne cumulent pas cette prestation avec d'autres ressources ;
- les bénéficiaires de l'allocation de parent isolé, dès lors qu'ils ne perçoivent plus l'allocation pour jeune enfant ;

*(1) La constatation de la présomption de l'absence, au sens de l'article 112 du code civil, permet au juge de procéder aux actes nécessaires à la représentation de la personne présumée disparue, à l'entretien de la famille ou aux charges du mariage, notamment.*





■ la plupart des ménages composés de plusieurs personnes dont les ressources sont constituées par le minimum de l'allocation unique dégressive à taux plein ;

■ les actifs isolés : sans enfants, percevant au plus 60 % du SMIC ; avec un enfant, percevant au plus 87 % du SMIC ; avec deux enfants de moins de 10 ans, percevant au plus 73 % du SMIC ; avec deux enfants de plus de 10 ans, percevant au plus 91 % du SMIC ;

■ les couples actifs : sans enfants, percevant au plus 87 % du SMIC ; avec un enfant, percevant au plus 103 % du SMIC et pas d'allocations familiales ; avec deux enfants de moins de 10 ans, percevant au plus 92 % du SMIC ; avec deux enfants de plus de 10 ans, percevant au plus 110 % du SMIC.

En revanche, seront exclus du champ de la couverture complémentaire : les bénéficiaires du minimum vieillesse et les personnes seules titulaires de l'allocation aux adultes handicapés. Tout en considérant que leur situation pose un réel problème, Jean-Claude Boulard s'est *« opposé à un relèvement du seuil au niveau de ces minima sociaux »*.

Les conditions d'âge, de domicile et de ressources permettant de déterminer si une personne est à la charge d'un foyer sont renvoyées à un décret.

### Les mineurs de 16 ans

La loi ouvre un droit personnel à la couverture complémentaire aux mineurs de 16 ans ou plus en situation de rupture familiale, qui en font expressément la demande. Ils bénéficieront ainsi de cette couverture en leur nom propre. Toutefois, pour éviter les fraudes et les abus, l'organisme prestataire choisi par le mineur a la faculté d'exercer une action en récupération à l'encontre des parents qui disposent de ressources supérieures au plafond.

*« Il conviendra par ailleurs que le décret d'application de cette disposition précise la notion de "rupture familiale" qui doit être mieux définie pour être pleinement applicable »*, a souligné Jean-Claude Boulard *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 31)*.

### Les allocataires du RMI

Les allocataires du RMI ont, d'office, droit à la protection complémentaire en matière de santé. Il ne s'agit pas d'un avantage supplémentaire accordé à ces personnes, qui bénéficient d'ailleurs déjà de l'aide médicale gratuite, *« mais plutôt d'une disposition pragmatique qui permettra d'accélérer les demandes d'ouverture au droit à la couverture complémentaire CMU » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 133)*.

### Les titulaires de l'aide médicale

Les titulaires de l'aide médicale au 1er janvier 2000 (date d'entrée en vigueur de la CMU) ont accès, de plein droit, à la couverture complémentaire, jusqu'à l'expiration de leur droit à l'aide médicale et, en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000.

Ces délais permettront de *« mieux gérer la transition entre l'ancien régime de l'aide médicale et celui de la CMU »*. Pour renseigner les personnes concernées par l'un ou l'autre de ces régimes, *« des campagnes d'information seront menées en leur direction, à l'initiative, notamment, des caisses d'assurance maladie et des conseils généraux » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 170)*.

## L'APPRÉCIATION DES RESSOURCES

Les caisses primaires d'assurance maladie sont chargées d'apprécier les ressources du postulant à la protection complémentaire en matière de santé.

### Les ressources prises en compte

L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la complémentaire, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires. Sont toutefois exclues : certaines prestations à objet spécialisé et tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle, lorsque celles-ci ont été interrompues.

La liste des prestations et des rémunérations, les périodes de référence et les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée seront précisées par décret. *« Celui-ci pourrait reprendre les règles actuellement applicables pour apprécier le droit au revenu minimum d'insertion »*, a précisé Jean-Claude Boulard *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 132)*. Ainsi, seraient exclues des ressources à prendre en compte : l'allocation parentale d'éducation, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation pour jeune enfant ou encore la majoration pour tierce personne. Les aides forfaitaires au logement seraient, pour leur part, évaluées à un taux forfaitaire identique à celui prévu pour l'attribution du RMI.

### Le contrôle des indemnités chômage auprès des Assedic

Les caisses d'assurance maladie, saisies d'une demande de couverture complémentaire, peuvent contrôler le niveau de ressources du demandeur auprès des Assedic, afin de vérifier que l'indemnité chômage, éventuellement perçue, ne place pas celui-ci au-dessus du plafond de ressources.

Les informations demandées doivent être strictement limitées aux données nécessaires à l'accomplissement de cette mission, les personnes intéressées devant être informées de la possibilité de ces échanges d'information.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## ...gratuite et à caractère subsidiaire

Les personnes qui remplissent les conditions requises ont droit à une protection complémentaire gratuite en matière de santé. La prise en charge des dépenses, au titre de cette couverture, n'intervient que d'une façon subsidiaire.

Les bénéficiaires de la protection en matière de santé, affiliés au régime général sur critère de résidence, sont expressément exonérés de cotisation. La question de la rupture du lien entre cotisation et droit aux prestations a fait l'objet de nombreux débats. *« Devant le coût du recouvrement d'une cotisation de faible montant et la difficulté de sanctionner le non-versement de cette cotisation par la fermeture des droits sociaux ouverts, le choix a été fait de la gratuité en dépit de l'avantage que pourrait présenter une contribution modeste »*, a expliqué Jean-Claude Boulard. Toutefois, a-t-il reconnu, *« celle-ci correspondrait sans doute mieux à une logique d'insertion,*

LES POLITIQUES SOCIALES

Reproduction effectuée par Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite autorisation préalable



*tout en rapprochant les bénéficiaires de la CMU du droit commun » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 133).*

La couverture complémentaire est définie comme un droit qui s'exerce « sans contrepartie contributive ». Elle joue sous réserve de l'application des dispositions plus favorables dont certaines personnes sont susceptibles de bénéficier (régimes spéciaux, régime local d'Alsace-Moselle, certains accords obligatoires de prévoyance d'entreprise, règles relatives aux affections de longue durée...).

## Les prestations couvertes

La protection complémentaire ouvre droit gratuitement à la prise en charge :

- du ticket modérateur, dans la limite des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
- du forfait hospitalier exigé des personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, sans limitation de durée ;
- des frais concernant les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ;
- et des dispositifs médicaux (1). Les conditions de prise charge de ces frais (liste des dispositifs et limite du montant des frais pris en charge) seront précisées par arrêtés. Ces textes *« devront "cibler" les soins et les dispositifs les plus essentiels à l'amélioration de l'état de santé de ces personnes » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 137).*

## La dispense d'avance de frais

Pour permettre un accès effectif aux soins, les bénéficiaires de la protection complémentaire sont dispensés de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité, ainsi que pour les frais énumérés ci-dessus.

Un décret déterminera les modalités de cette dispense de frais, c'est-à-dire les conditions de remboursement, par les organismes d'assurance maladie, des honoraires et des frais de santé aux professionnels et établissements de soins.

### L'évaluation de la loi

Le gouvernement doit présenter au Parlement, tous les 2 ans, un rapport d'évaluation de la loi sur la CMU. Il devra s'appuyer, notamment, sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, présidé par Marie-Thérèse Join-Lambert (1), et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (2), dont Jean-Claude Boulard assure la présidence. Rappelons que ces deux instances ont été créées par la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

*(1) Voir ASH n° 2124 du 18-06-99, p. 37.*
*(2) Voir ASH n° 2124 du 18-06-99, p. 8.*

En outre, la dispense d'avance de frais s'étend aux personnes recourant à un médecin référent ou à un médecin spécialiste « correspondant » de ce dernier. Il s'agit, selon le rapporteur, *« d'une première réponse aux problèmes posés par l'introduction d'un seuil pour le bénéfice de la CMU, car le mécanisme du tiers payant est de nature à en atténuer les effets » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 138).*

## La fixation des tarifs des actes médicaux

La loi met en place des mécanismes destinés à permettre aux bénéficiaires de la couverture complémentaire de ne pas se voir facturer les dépassements des tarifs de sécurité sociale. Des accords en ce sens devront être conclus entre les différents professionnels de santé concernés.

### LA LIMITATION DES HONORAIRES MÉDICAUX

Le texte prévoit l'impossibilité, pour les médecins conventionnés, quel que soit leur secteur (I et II), de pratiquer un dépassement de tarif de leurs honoraires, rémunérations et frais accessoires, à l'égard des bénéficiaires de la CMU.

Toutefois, cette impossibilité pourra être levée, « en cas d'exigence particulière du patient » (supplément d'honoraires pour des visites à domicile ou de nuit, par exemple).

### LES ACCORDS SUR LES BIENS MÉDICAUX

La loi donne la possibilité aux organismes d'assurance maladie, ainsi qu'aux mutuelles, aux institutions de prévoyance et aux sociétés d'assurances, de conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués et les modalités de dispense d'avance des frais.

*« Il pourra s'agir d'accords avec tout distributeur de ces dispositifs, tels que le pharmacien, mais aussi l'opticien pour une paire de lunettes ou le vendeur spécialisé de chaise roulante, au profit de l'ensemble des assurés »*, a précisé le rapporteur du projet de loi devant l'Assemblée nationale *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 156).* Cependant, s'est-il interrogé, *« on peut se demander comment pourront se concilier des accords locaux avec des accords nationaux. Il en résultera vraisemblablement des situations inégales par région ou par département en fonction de l'existence, ou de l'inexistence, de tels accords » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 156).*

Le contenu obligatoire de ces accords qui devront comporter des « dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé » est défini. Ainsi, concernant les dispositifs médicaux pour lesquels un arrêté interministériel aura fixé un prix maximal de remboursement, les accords devront prévoir :

- soit l'obligation du distributeur de proposer un dispositif à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge ;
- soit le montant maximal pouvant être facturé au bénéficiaire.

En l'absence d'accord ou lorsque ses dispositions ne répondent pas aux conditions définies par la loi, l'Etat se substitue aux parties. Il fixe alors, par arrêté, les prix ou les plafonds de coût de ces dispositifs.

*(1) Les dispositifs médicaux à usage individuel sont des produits destinés à des fins de diagnostic, de prévention ou de traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap.*

### LES TARIFS DES SOINS DENTAIRES

Pour les soins dentaires ou d'orthopédie dento-faciale, dont les tarifs, honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes peuvent faire l'objet d'un dépassement, la convention passée, chaque année, entre les caisses d'assurance maladie et les dentistes devra obligatoirement prévoir un plafonnement pour les bénéficiaires de la CMU.

Là encore, à défaut de disposition conventionnelle, les plafonds seront fixés par arrêté.

## Les modalités de gestion

Le service de la prestation complémentaire est assuré, au choix du bénéficiaire, par sa CPAM, par une mutuelle ou par une entreprise d'assurances ayant déclaré vouloir participer à ce dispositif. Le droit à la protection complémentaire est ouvert pour une durée de un an renouvelable.

### LA PRISE EN CHARGE

La loi offre aux bénéficiaires de la couverture complémentaire le choix de leur organisme d'affiliation ou d'adhésion. Il peut s'agir :

- d'une caisse primaire d'assurance maladie, gestionnaire de ces prestations pour le compte de l'Etat. Concrètement, les dépenses engagées seront prises en charge intégralement par l'Etat et non par la sécurité sociale ;
- ou d'un organisme complémentaire : mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurances.

Le principe de ce choix a fait l'objet d'un vaste débat. D'aucuns considèrent que les caisses d'assurance maladie ne doivent pas intervenir dans le champ de la protection complémentaire. D'autres, au contraire, estiment que le choix ainsi laissé aux bénéficiaires de la CMU garantit l'application effective de cette couverture, en raison de la simplicité que présente l'affiliation à une caisse unique.

### Des protocoles entre la CNAM et les organismes complémentaires

Soucieuses d'éviter une concurrence *« sur leurs terrains respectifs »*, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la Fédération nationale de la mutualité française et la Fédération française des sociétés d'assurances ont conclu un protocole d'accord définissant les règles communes qu'elles entendent appliquer pour la mise en œuvre de la couverture complémentaire CMU (1). Aux termes de celui-ci, les caisses primaires d'assurance maladie s'engagent à n'intervenir *« qu'en cas de carence constatée »* des organismes de protection complémentaire. En outre, un second protocole, également signé par la Fédération des mutuelles de France, a défini le « panier de biens et services éligibles au remboursement » (2).

Un document vivement critiqué par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, qui, s'il est appliqué par les institutions signataires, risque fort, sur le terrain, de compliquer la mise en œuvre effective de la protection.

*(1) Voir ASH n° 2107 du 19-02-99, p. 7.*
*(2) Voir ASH n° 2125 du 25-06-99, p. 8.*

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 99 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

### Le dépôt de la demande

La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur, est faite auprès de la caisse de son régime d'affiliation. Ce principe dit du « guichet unique » doit permettre de simplifier la démarche d'ouverture des droits. A charge pour la CPAM d'informer l'organisme complémentaire sélectionné par l'intéressé.

Une disposition permet aux services sociaux, aux associations ou organismes à but non lucratif agréés par le préfet et aux établissements de santé d'informer les personnes désirant bénéficier de la couverture complémentaire et de les accompagner dans leurs démarches, si elles le souhaitent.

### La décision d'admission

La décision d'admission est prise par le préfet. Il peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse locale d'assurance maladie du régime général, de la mutualité sociale agricole ou des professionnels non salariés non agricoles. *« Les critères d'attribution devant être contrôlés par les caisses, celles-ci seront les véritables autorités chargées d'examiner les demandes et d'y répondre » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 143).*

La décision doit être notifiée à l'intéressé dans un délai qui sera fixé par décret. Elle est susceptible d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions d'admission à la couverture de base et à la couverture complémentaire. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre que les conditions ne sont pas remplies.

La réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire à fournir les informations requises, ou la fausse déclaration intentionnelle, entraîne la nullité de l'adhésion et du contrat.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est passible d'une peine de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.

De plus, les infractions aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 sont punies d'une amende de 100 000 F.

Les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite, sur décision de l'autorité administrative compétente.

Les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux règles de prescription sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux caisses primaires, ainsi qu'aux organismes de protection complémentaire.

LES POLITIQUES SOCIALES

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 99 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## 26 LES OBLIGATIONS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

### Une participation active

Les mutuelles, compagnies d'assurances et institutions de prévoyance qui souhaitent participer à la CMU doivent en manifester leur intention par une déclaration, dont le modèle sera fixé par arrêté.

L'ensemble des organismes parties prenantes à la CMU sont inscrits sur une liste établie et diffusée par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Elle devra être communiquée aux « associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé ». Sur ce point, le Conseil constitutionnel a décidé que les CPAM ont l'obligation « d'informer les assurés de la possibilité de choix qui s'offre *[aux bénéficiaires]* et de leur communiquer, à cette fin, la liste des organismes de protection sociale complémentaire ayant déclaré vouloir participer à ce dispositif ».

En cas de manquement d'un organisme complémentaire à ses obligations – refus d'inscription d'un bénéficiaire de la CMU ou non-respect des obligations relatives au contenu de la couverture complémentaire –, le préfet a la possibilité de le retirer de la liste. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie seront fixés par décret.

### La non-sélection des assurés

Un organisme complémentaire ayant choisi de participer au dispositif de la CMU ne peut, en aucun cas, refuser l'inscription ou l'adhésion d'une personne bénéficiaire de la couverture complémentaire qui l'aurait choisi lors du dépôt de sa demande. « *Cette disposition affirme donc fortement l'impossibilité totale de tout procédé de sélection des bénéficiaires de la CMU par un organisme complémentaire* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 149).*

### La résiliation ou la transformation des contrats antérieurement souscrits

Les personnes qui, avant d'être admises au bénéfice de la protection complémentaire, étaient titulaires d'un contrat de droit commun, peuvent obtenir de plein droit la résiliation de la garantie souscrite auprès de cet organisme, et en choisir un autre, ou préférer leur caisse d'assurance maladie. Elles peuvent aussi exiger du même organisme qu'il gère, pour leur compte, leur couverture complémentaire CMU dans les conditions prévues par la loi.

De fait, une mutuelle sera obligée de participer au dispositif, même si elle n'est pas inscrite sur la liste. Dans ce deuxième cas, l'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie des contrats initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée du contrat restant à courir.

A noter : ces dispositions ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise.

### LA DURÉE DU DROIT À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

La durée d'attribution des droits à la protection complémentaire est fixée à un an, renouvelable, aussi longtemps que les critères d'attribution sont remplis. En conséquence, « *la situation du bénéficiaire, s'agissant tant de sa résidence que du niveau de ses ressources, peut donc évoluer, au cours de l'année où les droits ont été reconnus, et ne plus correspondre aux critères d'attribution sans que ses droits lui soient retirés* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 143).*

La loi prévoit que les organismes d'assurance maladie qui auront été choisis par les bénéficiaires de la couverture complémentaire sont tenus d'assurer, pour leur compte, la gestion des prestations en nature auxquelles ils ont droit. En effet, ceux-ci « ne peuvent refuser cette prise en charge ». Laquelle prend effet à la date de la décision du préfet ou du directeur de la caisse d'assurance maladie.

La couverture complémentaire, pour les bénéficiaires ayant opté pour un organisme complémentaire, est effective dès réception, par ce dernier, du document attestant de l'ouverture de leur droit.

### LE DROIT AU MAINTIEN PENDANT UN AN

Si, à l'issue de la période de un an, l'assuré dépasse le plafond de ressources, l'organisme complémentaire choisi est tenu de lui proposer de prolonger sa couverture, pour une nouvelle période de un an, à un tarif n'excédant pas un plafond fixé par arrêté. Ainsi, « *le "sortant" du dispositif CMU aura la possibilité de rentrer progressivement dans le droit commun. Il se verra en effet ouvrir un tarif spécial pendant un an* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 152).*

Cette possibilité n'est offerte qu'aux personnes qui ont décidé d'adhérer à une mutuelle ou une société d'assurances. Les bénéficiaires de la CMU sont donc incités « *à choisir une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurances pour gérer leur couverture complémentaire* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 152).*

### La négociation collective

La loi étend le contenu des clauses obligatoires des négociations collectives d'entreprise à l'obligation d'engager, chaque année, des négociations en vue de la création d'un régime de prévoyance maladie par accord de branche ou d'entreprise, lorsque les salariés de l'entreprise concernée ne sont pas couverts par un tel accord.

En outre, une clause relative à l'accès à un régime de prévoyance maladie doit obligatoirement figurer dans les conventions collectives nationales de branche pour que celles-ci puissent être étendues.

## Le financement du dispositif

Le financement de la couverture maladie de base est assuré par des transferts financiers liés à la suppression de l'assurance personnelle et de l'aide médicale départementale. Celui de la protection complémentaire provient d'une participation de l'Etat et de l'instauration d'une nouvelle taxe, due, par les mutuelles et les sociétés d'assurances, sur leur chiffre d'affaires santé.

## Le financement de la couverture de base

La couverture maladie de base est financée par différents transferts financiers.

### LES TRANSFERTS FINANCIERS

La disparition de l'assurance personnelle entraîne la suppression des cotisations versées, à ce titre, par :

- le fonds de solidarité vieillesse (FSV). A ce titre, la part du produit des droits sur les alcools, perçus par cet organisme, est diminuée de 5 % ;
- la caisse nationale des allocations familiales (CNAF). La part du produit des prélèvements sociaux opérés sur les revenus du patrimoine et affectée à la CNAF est ramenée de 50 % à 22 %. Il en va de même pour les prélèvements sociaux assis sur les produits du patrimoine (réduits de 50 % à 22 %). Cela constitue, selon Jean-Claude Boulard, un manque à gagner de 200 à 300 millions de francs par an pour la CNAF. Mais, estime-t-il, *« cette perte de recette correspond, en fait, à une mise en conformité des charges réelles de la CNAF avec les compétences qui devaient lui incomber » (Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 104).*

L'assurance maladie perçoit donc :

- une fraction du produit des droits sur les tabacs, dans des conditions qui seront fixées par la loi de finances pour 2000 ;
- les 5 % des droits de consommation sur les alcools qui étaient auparavant affectés au FSV ;
- les 28 % des prélèvements sur les produits du patrimoine, qui étaient jusqu'à présent attribués à la CNAF.

En outre, la cotisation due par les personnes assurant leur véhicule automobile est désormais perçue au profit de la seule CNAM. Auparavant, ces prélèvements étaient répartis entre les différents régimes, dont les régimes spéciaux.

### LA RÉDUCTION DE LA DOTATION GÉNÉRALE DE DÉCENTRALISATION

Les départements n'ayant plus à supporter les charges d'aide médicale et du fait du transfert à l'Etat de compétences qui résultent de la mise en place de la couverture maladie universelle, la dotation générale de décentralisation (DGD) est diminuée.

Evaluée à environ 15 milliards de francs par an, elle est réduite d'un montant égal à l'allégement de charges provenant des dépenses réalisées au titre de l'aide médicale départementale pour 1997 (1), diminué de 5 % (pour tenir compte des charges indues). La réduction de la DGD est ensuite individualisée par département, après avis de la commission consultative sur l'évaluation des charges résultant des transferts de compétences.

En outre, comme les crédits correspondant à l'aide médicale des bénéficiaires du RMI sont désormais inscrits dans la CMU, les sommes que les départements doivent consacrer à l'insertion des allocataires du RMI passent de 20 % à 17 %, pour la métropole (16,5 % dans les DOM), du montant des crédits versés par l'Etat au titre de l'allocation dans le département.



### LA SUPPRESSION DES CONTINGENTS COMMUNAUX D'AIDE SOCIALE

La loi supprime les contingents communaux d'aide sociale. En contrepartie, chaque commune verra sa dotation forfaitaire diminuer. Les sommes ainsi dégagées viendront abonder la dotation globale de fonctionnement du département. Rappelons que les contingents communaux d'aide sociale représentent la participation financière des communes aux dépenses d'aide sociale des départements.

Actuellement, cette participation s'effectue sur la base des besoins des départements, de leur potentiel fiscal et des dépenses d'aide sociale. La contribution de chaque commune, au-delà d'un élément fixe qui correspond à la contribution versée en 1984, comprend un élément pouvant varier en fonction de critères fondés sur :

- la situation de la commune au regard de sa dotation globale de fonctionnement ou de son potentiel fiscal ;
- le nombre de bénéficiaires des prestations d'aide sociale ou d'admissions à l'aide sociale ;
- la structure de la population par classe d'âge ou la situation de l'emploi.

De ce fait, les taux de participation des communes aux dépenses d'aide sociale s'avèrent très variables.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 93 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## Le financement de la protection complémentaire

Un « fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » est créé. Il prend la forme juridique d'un établissement public à caractère administratif.

### LA COMPOSITION DU FONDS

La composition de son conseil d'administration et de son conseil de surveillance est renvoyée à un décret. Toutefois, le législateur a prévu la participation au conseil de surveillance de représentants :

- du Parlement ;

### Le fonds d'accompagnement à la protection complémentaire

Pour atténuer l'effet de seuil (voir page 22), les parlementaires ont adopté un amendement prévoyant la possibilité, pour les organismes complémentaires, de créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond. Il sera alimenté par des contributions volontaires des organismes complémentaires.

*(1) Sont exclus des dépenses d'aide médicale : les crédits de personnel, certains crédits sanitaires, comme ceux destinés à la lutte contre la tuberculose et des crédits de dépenses sociales, en particulier les crédits d'insertion du RMI.*

LES POLITIQUES SOCIALES



■ d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies ;

■ des régimes obligatoires d'assurance maladie ;

■ et des organismes de protection sociale complémentaire.

Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds seront également fixées par décret.

### LES DÉPENSES DU FONDS

Les dépenses du fonds sont constituées par :

■ le remboursement intégral aux organismes de sécurité sociale des dépenses engagées au titre de la couverture complémentaire. Il s'agit d'un calcul forfaitaire, tenant compte du coût moyen que représente un affilié multiplié par le nombre de personnes prises en charge ;

■ le remboursement, dans la limite de 1 500 F par an (soit 375 F par trimestre) et par assuré, aux mutuelles et assurances des sommes qu'elles consacrent à la prise en charge des bénéficiaires de la couverture complémentaire. Elles obtiendront un crédit d'impôt (voir ci-après).

■ les frais de gestion administrative du fonds.

### LES RECETTES DU FONDS

Elles sont constituées par :

■ une dotation d'équilibre de l'Etat ;

■ une contribution à versements trimestriels de 1,75 % des organismes de protection sociale complémentaire, assise sur le montant hors taxes des cotisations et primes afférentes à la couverture des risques liés aux frais de santé, recouvrées au cours d'un trimestre civil, au titre de leur activité réalisée en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer.

Concrètement, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances déduisent, chaque trimestre, du montant de la contribution qu'elles doivent acquitter, une somme égale au produit de 375 F par le nombre de bénéficiaires de la couverture complémentaire. Lorsque le montant de la contribution due est inférieur à celui de la déduction, les organismes demandent au fonds le versement de cette différence.

Pour le Conseil constitutionnel, « s'il est vrai que les conditions de compensation des dépenses engagées [...] ne sont pas les mêmes selon que le choix des intéressés se porte sur un organisme de protection sociale complémentaire », cette situation est justifiée par le fait que « les organismes d'assurance maladie ont l'obligation de prendre en charge [...] la couverture complémentaire *(alors que)* en revanche les organismes de protection sociale complémentaire ont la simple faculté de participer au dispositif et la liberté de s'en retirer ».

Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul. ■

Sophie Courault

Reproduction effectuée par le Centre de [illegible] autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## Les étrangers en situation irrégulière

La loi refonde le titre du code de la famille et de l'aide sociale relatif à l'aide médicale de l'Etat. Les dispositions concernant l'aide médicale départementale sont supprimées.

Les étrangers résidant en France de manière irrégulière et dont les ressources ne dépassent pas le plafond de ressources prévu par la loi CMU ont droit à l'aide médicale de l'Etat. Cette exception à la régularité du séjour répond à « *l'obligation de porter secours en cas de besoin urgent ou pour des raisons humanitaires à tout individu en situation de détresse* » *(Rap. A.N. n° 1518, Boulard, page 173)*. Les étrangers en situation irrégulière sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé ou auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

Le plafond de ressources en deçà duquel le droit à l'aide médicale sera ouvert est identique à celui retenu pour bénéficier d'une couverture médicale gratuite. L'aide médicale couvre également les ayants droit. Elle concerne, comme précédemment, les soins hospitaliers, y compris les consultations externes, et, pour les personnes justifiant d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins 3 ans, les soins de ville.

De même, toute personne non résidente, présente sur le territoire français et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat. Cette disposition recouvre deux hypothèses : des opérations humanitaires liées à des conflits et des cas individuels de Français n'ayant plus de liens avec la France, rapatriés de façon urgente.

La demande d'aide médicale peut, comme auparavant, être déposée auprès d'un organisme d'assurance maladie ; d'un centre communal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ; des services sanitaires et sociaux du département de résidence ; des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.

L'organisme, auprès duquel la demande a été déposée, établit un dossier et doit le transmettre, dans les 8 jours, à la caisse d'assurance maladie, qui en assure l'instruction pour le compte de l'Etat. L'admission à l'aide médicale de l'Etat est décidée par le préfet, pour une durée de un an, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie. Auparavant cette compétence appartenait au président du conseil général.

Les demandeurs, dont la situation l'exige, sont admis immédiatement au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat.

Les prestations prises en charge par l'aide médicale de l'Etat peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette aide. Les demandeurs sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire. Les dispositions de l'article 144 du code de la famille et de l'aide sociale ne sont pas applicables.

## Document n° 2

« La Couverture Maladie Universelle en pratique »
Guide destiné aux personnes-relais 15 décembre 1999

# La couverture maladie universelle en pratique

*Guide destiné aux personnes-relais*

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

*Ce guide s'adresse aux personnes-relais concernées par la couverture maladie universelle (CMU) : travailleurs sociaux, personnels administratifs des CCAS ou des établissements de santé, responsables associatifs, ainsi qu'à toute personne en situation de renseigner, d'informer, d'aider ou d'accompagner une personne susceptible de demander la CMU, pour sa couverture obligatoire ou sa couverture complémentaire.*

*Ce guide est à jour des informations réglementaires et pratiques disponibles au 10 décembre 1999. Il fera l'objet de compléments réguliers.*

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 93 avec l autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation prealable du C.F.C.

# SOMMAIRE

**L'essentiel sur la couverture maladie universelle (CMU)**

a. Qu'est ce que la CMU ?
b. Qui a droit à la CMU ?
c. Quels droits ouvre la CMU ?
d. Qui fait quoi en matière de CMU ?

**Informations préalables**

e. La condition de résidence pour bénéficier de la CMU
f. La domiciliation des personnes sans domicile fixe

---

Chapitre 1 La couverture maladie universelle complémentaire (CMU complémentaire)

**1.1 L'ouverture des droits à la CMU des bénéficiaires RMI, futurs et actuels**

Dispositions générales pour les futurs bénéficiaires du RMI
Dispositions particulières pour les bénéficiaires actuels du RMI

**1.2. La passage de l'aide médicale à la CMU complémentaire et les droits à la CMU des publics de l'aide sociale à l'enfance**

Période de bénéfice automatique de la CMU complémentaire
Modalités de réexamen des droits
Droits à la CMU des publics de l'ASE

**1.3. La demande de CMU complémentaire avec examen de ressources**

1.3.1. La composition du foyer

1.3.2. L'appréciation des ressources
Conditions générales
Travailleurs indépendants

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

Non salariés agricoles

**1.4 L'exercice du droit d'option**

**1.5. Les droits ouverts par la CMU complémentaire**
1.5.1 Ouverture immédiate du droit à la CMU complémentaire
1.5.2 Garanties offertes par la CMU complémentaire
1.5.3. Notification des droits et attestations
1.5.4. Recours et dispositifs pour les personnes ne pouvant bénéficier de la CMU complémentaire

## Chapitre 2 L'affiliation au régime général (CMU de base)

**2.1. Principes fondamentaux**

**2.2. Passage de l'assurance personnelle à la CMU**

**2.3. Demande d'affiliation au régime général**
Composition du dossier
Calcul de la cotisation

**Annexes**

Texte de la loi
Formulaires de demande

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 99 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

# L'ESSENTIEL SUR LA CMU

Reproduction [illegible] par le
Centre de [illegible]
du C.F.C. Toute [illegible]
nécessite l'autorisation [illegible]

## a. Qu'est ce que la CMU ?

**La couverture maladie universelle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Elle vise à faire disparaître les obstacles et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes résidant en France dans l'accès aux soins et à la prévention, dont on sait qu'il était très inégalement assuré par le dispositif de l'aide médicale.**

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle met en place à compter du 1er janvier 2000 deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

- un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM,

- un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (" tiers-payant ").

**Le premier volet de la réforme**, pour la couverture de base, améliore l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion, mais aussi de nombreuses personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance-maladie. Leur nombre est estimé à 150.000 personnes en France.
La réforme simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national.

Par ailleurs, la suppression de l'assurance personnelle, et sa transformation par la loi CMU en affiliation au régime général sur critère de résidence, concerne environ 600.000 personnes. Dans 90% des cas, leur cotisation était prise en charge, soit par l'aide médicale, soit par la CNAF et les caisses de MSA, ou le Fonds de solidarité vieillesse.

La loi sur la CMU prévoit pour ces personnes une affiliation au régime général sur critère de résidence. Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil, fixé à 42.000 F par an, paieront une cotisation, au taux de 8% calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion FO avec l'autorisation C.F.C. Toute nouvelle reproduction sans l'autorisation préalable du C.F.C.

**Le second volet de la réforme**, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touchera les 10% les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence. D'importantes

barrières financières seront ainsi levées pour environ 6 millions de personnes soit 3 millions de foyers, modifiant en profondeur l'accès aux soins dans notre pays. La pleine réussite de cette réforme suppose des modifications fortes dans les comportements des usagers, des professionnels de santé et des organismes et des services sociaux.

**La réforme introduite par la CMU**

- instaure un droit fondé sur la solidarité nationale, plutôt que sur la législation de l'aide sociale qui reste, par nature, largement discrétionnaire ;
- évite les conflits de compétence entre collectivités locales ou avec l'Etat;
- vise un public deux fois plus important que celui de l'aide médicale;
- prévoye une gestion de droit commun tant pour l'assurance maladie obligatoire que pour la protection complémentaire ;
- améliore considérablement la prise en charge pour le dentaire et l'optique.

La CMU est une prestation de l'Etat, dont l'attribution est confiée à l'assurance maladie. Elle est financée au nom de la solidarité nationale par des dotations de l'Etat et des organismes complémentaires, et ainsi ne constitue pas une charge supplémentaire pour les régimes sociaux. Sa mise en oeuvre est sous la responsabilité des préfets de départements et de région. Les préfets de régions, et les DRASS, interlocuteurs habituels des organismes d'assurance-maladie et des organismes complémentaires, ont en outre la responsabilité d'inscrire sur la liste les organismes complémentaires participant à la CMU.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 29 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## b. Qui a droit à la CMU ?

### L'Assurance-maladie :

### affiliation au régime général sur critère de résidence

➢elle est ouverte à tout résident en situation stable et régulière ne disposant pas de droits ouverts à un régime obligatoire d'assurance maladie.

### La CMU complémentaire

➢elle est ouverte à tout résident en situation stable et régulière dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret.

Le seuil de ressources applicable au 1er janvier 2000 pour une personne seule est de 3 500 F par mois. Il atteint 5 250 F pour un couple, 6 300 F pour trois personnes, 7 350 F pour quatre personnes. A partir de cinq personnes, il est majoré de 1 400 F par personne supplémentaire.

*Certaines prestations perçues visant à compenser une charge particulière n'entrent pas dans le calcul des ressources (ex : allocation pour jeune enfant...), et les allocations logement ne sont prises en compte qu'à hauteur d'un forfait (306 F pour une personne seule, pour des allocations s'élevant en moyenne à 1000 F).*

La demande de CMU complémentaire est examinée pour un foyer, en fonction des personnes qui le composent. Les ressources prises en compte sont celles du foyer pour les 12 mois précédant la demande.

Le barème est le même pour les artisans, les commerçants, les professions libérales et les exploitants agricoles, mais des conditions particulières d'examen des ressources sont prévues.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 62 avec l'autorisation du C.F.C. Toute autre reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## c. Quels droits ouvre la CMU ?

La protection complémentaire CMU couvre intégralement le **ticket modérateur et le forfait hospitalier** ainsi que les **dépassements pratiqués sur certains actes dentaires et biens ou produits médicaux**. Dans la plupart des cas, les bénéficiaires de la CMU n'ont rien à payer lors d'une consultation médicale, ainsi que pour les soins et produits médicaux prescrits, dès lors qu'ils sont remboursables par l'assurance maladie (pharmacie, biologie, lunettes...). En particulier, la loi interdit désormais, pour les bénéficiaires de la CMU, et sauf exigence particulière de leur part, la facturation par les médecins à honoraires libres (dits en « secteur 2 ») de dépassements d'honoraires, au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

Seules restent en négociation, d'ici la fin de l'année 1999, les limites qui seront fixées pour les honoraires libres des chirurgiens-dentistes, les « dépassements » en matière de prothèse dentaire et d'orthodontie, et pour certains dispositifs médicaux (TIPS), notamment l'optique.

*Le résultat de ces négociations, ou, à défaut, l'arrêté de subtitution prévu par la loi CMU, seront publiés avant la fin de l'année.*

Pour les prestations prises en charge par la CMU, les personnes couvertes par la CMU bénéficient de la dispense d'avance de frais pour l'intégralité de leurs dépenses remboursables - part assurance maladie obligatoire et part couverture complémentaire (« tiers-payant » intégral).

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## d. Qui fait quoi en matière de CMU ?

La pleine réussite de cette réforme suppose une participation forte des professionnels sociaux et associatifs. Ceux-ci se voient confier par la loi la mission d'accompagner les demandeurs de la CMU qui s'adresseront à eux dans les CCAS, les autres services sociaux, les associations agréées ou les établissements de santé.

1 Qui peut affilier sur critère de résidence (CMU « de base ») ?

les CPAM, et les CGSS dans les DOM.

2 Qui peut ouvrir les droits à la CMU complémentaire ?

les caisses d'assurnace-maladie de tous les régimes, c'est-à-dire les CPAM, les caisses maladie régionales, les caisses de mutualité sociale agricole (ou le GAMEX), les CGSS (DOM), les caisses maladie des régimes spéciaux.

3 Qui peut domicilier les demandeurs de CMU sans domicile fixe ?

les CCAS, et les associations agréées

4 Qui peut aider les demandeurs à constituer leurs dossiers, recevoir leurs demandes (CMU de base ou complémentaire) et les transmettre aux caisses d'assurance maladie ?

les caisses d'assurance maladie sont bien entendu organisées pour aider tout demandeur se présentant directement à elles afin de constituer son dossier.

les CCAS, les services sociaux, les associations agréées, les établissements de santé (services sociaux, services d'admission ou de consultation, ou permanences d'accès aux soins de santé) sont habilités par la loi à recevoir les demandes et à les transmettre aux caisses qui ouvrent les droits (cf n°2 *supra*).

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation prealable du C.F.C.

## 5 Qui peut informer les demandeurs de CMU ?

tous les organismes cités ci-dessus, ainsi que les organismes complémentaires, mutuelles, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance.

Reproduction effectuée par le
Centre de Gestion 93 avec l'autorisation
du C.F.C. Toute nouvelle reproduction
nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

# INFORMATIONS PREALABLES

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

# La condition de résidence pour bénéficier de la couverture maladie universelle

## Pour bénéficier de la CMU de base et complémentaire une personne doit être en situation stable sur le territoire français. Elle doit de plus pouvoir justifier de sa situation régulière si elle est de nationalité étrangère.

**1. La condition de stabilité** est remplie si la personne prouve par tout moyen qu'elle réside en France métropolitaine ou dans un des départements d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

**Toutefois, ce délai de trois mois ne s'applique pas :**

-aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d' accords de coopération ;

-aux bénéficiaires des prestations familiales prévues par l'article L. 511-1 et le chapitre V du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale (CSS) :

- allocation pour jeune enfant
- allocations familiales
- complément familial
- allocation de logement
- allocation d'éducation spéciale
- allocation de soutien familial
- allocation de rentrée scolaire
- allocation de parent isolé
- allocation parentale d'éducation
- allocation d'adoption

- aux bénéficiaires d'aides à l'emploi pour la garde d'enfants prévues par le titre IV du livre VIII du CSS :

- allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)
- allocation à la famille pour l'emploi d'une assistance maternelle agréée (AFEAMA)

- aux bénéficiaires d'allocations aux personnes âgées prévues au titre Ier du livre VIII du CSS :

- allocation aux vieux travailleurs salariés
- allocation aux vieux travailleurs non salariés
- allocation aux mères de famille

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

- allocation spéciale
- allocations supplémentaires

- aux bénéficiaires de l'allocation de logement prévues par l'article L. 831-1 du CSS et de l'aide personnalisée au logement prévue par l'article L. 351-1 du code la construction et de l'urbanisme.

- aux bénéficiaires des prestations d'aide sociale visées au titre III du code de la famille et de l'aide sociale :

- aide sociale aux familles
- aides à domicile pour les personnes âgées
- aide sociale aux personnes handicapées

- aux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion

-aux demandeurs d'asile et aux personnes reconnues réfugiées.

**En outre, ce délai de trois mois ne s'applique pas aux demandeurs de la CMU <u>complémentaire</u> s'ils sont :**

- affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, dont ils peuvent attester par tout moyen qu'elle doit excéder une durée de trois mois ;

- inscrits à un stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail pour une durée supérieure à trois mois ;

- bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ;

- bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail :

- allocations chômage de l'UNEDIC
- allocation de solidarité spécifique
- allocation d'insertion
- indemnisations des régimes particuliers prévues à la section III du code du travail

**2. La condition de régularité** est remplie si un ressortissant étranger peut justifier qu'il est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. L'ensemble des justificatifs doit être pris en considération , notamment un titre de séjour, quelle qu'en soit la durée, un récépissé de première demande de titre de séjour ou de demande d'asile, ou une convocation à un rendez-vous en préfecture.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

*NB : toute personne résidant en France en situation irrégulière peut demander l'aide médicale Etat auprès d'un centre de sécurité sociale (d'une caisse primaire d'assurance maladie ou d'une CGSS).*
***(une fiche sur l'aide médicale Etat vous sera adressée ultérieurement)***

# La domiciliation des personnes sans domicile fixe

La procédure de domiciliation permet aux personnes sans domicile fixe, en habitat mobile ou en habitat très précaire, d'avoir une adresse administrative pour faire valoir leurs droits sociaux et pour remplir leurs obligations. La domiciliation permet de regrouper à une même adresse le suivi des différents droits sociaux : sécurité sociale ou aide médicale selon les cas, revenu minimum d'insertion, prestations familiales, etc. Les organismes domiciliataires se chargent de suivre les personnes dans leurs déplacements pour leur faire parvenir les courriers. Une attestation de domiciliation est remise à la personne domiciliée.

## 1. Les CCAS ont l'obligation de procéder aux domiciliations

Les CCAS gardent un rôle important, dans le cadre de leurs obligations de service social public, pour la domiciliation en matière de CMU et d'aide médicale de l'Etat. Aucun agrément n'est nécessaire pour les CCAS (article 43-6 du décret du 2/09/1954 modifié).

## 2. L'agrément donné aux organismes agréés pour faire élection de domicile pour le RMI est étendu à la CMU.

Aucune demande d'agrément pour la domiciliation au titre de la CMU n'est à effectuer pour les organismes agréés au titre du RMI.

## 3. La procédure d'agrément pour la domiciliation pour une demande de CMU obéit aux mêmes règles que pour le RMI

Les modalités d'agrément des nouveaux organismes pour la domiciliation au titre de la CMU sont celles prévues par le décret d'application de la loi RMI[1]. Toutefois, la compétence pour agréer est du seul ressort du préfet, conformément à la loi CMU.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

[1] Décret n° 88-1114 du 12 décembre 1988, relatif aux conditions d'élection de domicile des personnes sans résidence stable demandant le bénéfice de l'allocation de revenu minimum d'insertion.

## Chapitre 1 La couverture maladie universelle complémentaire (CMU complémentaire)

**La loi sur la couverture maladie universelle a créé une couverture maladie complémentaire dont le droit est ouvert sur critères de résidence et de ressources par les caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire désigne pour la gérer soit un organisme d'assurance maladie, soit un organisme complémentaire.**

**Avant de constituer et de renseigner intégralement un dossier pour la CMU complémentaire, notamment pour ce qui concerne sa partie « ressources », il est utile de vérifier la situation du demandeur :**

**- les personnes qui avaient des droits ouverts à l'aide médicale sont couvertes automatiquement par la CMU complémentaire au moins jusqu'au 30 juin 2000. Une fiche vous présente les modalités du passage de l'aide médicale à la CMU complémentaire ;**

**- les allocataires du RMI bénéficient de plein droit de la CMU complémentaire. Une fiche explique les modalités d'ouverture des droits à la CMU complémentaire des bénéficiaires du RMI.**

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 93 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C

# 1.1. Ouverture automatique des droits à la CMU complémentaire des bénéficiaires du RMI

## 1. Dispositions générales pour les futurs bénéficiaires du RMI

Les bénéficiaires du RMI ont droit de façon automatique à la CMU complémentaire

- **pour une durée d'un an, qu'ils gardent ou non le bénéfice du RMI pendant cette période**
- **la déclaration de ressources au titre du RMI suffit pour ouvrir le droit à la CMU complémentaire.**

L'attribution du RMI est soumise à une condition de ressources inférieure à celle de la CMU (2 500 F pour une personne seule) ; elle est en outre assez rapide – 3 semaines en moyenne – en dehors du cas particulier des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles.

Pour simplifier les démarches des demandeurs du RMI dès le 1er janvier 2000, toute demande du RMI déposée auprès d'un organisme habilité (CCAS, service social, association agréée) entraînera **la présomption de droit à la CMU complémentaire** :

- le droit est attribué par la caisse dès qu'elle est avisée du dépôt d'une demande de RMI, soit par courrier, soit par télécopie en cas d'urgence
- dans un délai de 8 jours, la caisse adresse au bénéficiaire, à son domicile, une attestation de prise en charge au titre de la CMU complémentaire
- en cas d'urgence, cette attestation peut-être envoyée immédiatement par télécopie au service qui a constitué et signalé la demande de RMI
- si l'attribution du RMI est refusée par la CAF, celle-ci en informe la caisse d'assurance maladie. Le bénéfice de la CMU complémentaire reste acquis, sauf si exceptionnellement la vérification des ressources de la personne fait apparaître qu'il ne remplit pas la condition d'octroi de la CMU.

*Nb : Les cas particuliers des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles donneront lieu à décision au cas par cas par les caisses concernées.*

Par ailleurs, le foyer au sens du RMI étant plus restreint que le foyer au sens de la CMU complémentaire, seront bénéficiaires de la CMU complémentaire toutes les personnes relevant du foyer au sens de la CMU complémentaire, c'est à dire, outre le foyer au sens du RMI :

- les jeunes de 18 à 25 ans ne vivant pas sous le toit de leurs parents mais rattachés fiscalement ou recevant une pension alimentaire déductible fiscalement.
- les jeunes de 18 à 25 ans vivant sous le toit de leurs parents dont les ressources sont supérieures à 1 000 F (la part supplémentaire du barème RMI), et non rattachés à ce titre au foyer RMI.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

Le formulaire de demande de CMU complémentaire (volet d'identification) sera utilisé pour faire connaître ces personnes aux caisses maladie afin qu'elles bénéficient de la CMU complémentaire.

## 2. Dispositions particulières pour les bénéficiaires actuels du RMI

Les personnes qui bénéficient du RMI au 31 décembre 1999 ont un droit automatique à la CMU complémentaire jusqu'au 31 décembre 2000.

1) **les bénéficiaires du RMI déjà connus des caisses d'assurance maladie recevront mi-décembre un courrier accompagné d'une attestation qui précisera leurs droits à la CMU complémentaire et les invitera à contacter leur caisse pour une mise à jour de leur carte VITALE.**

*Précision pour les assurés du régime des professions indépendantes : la carte VITALE sera délivrée en janvier 2000. Dans cette attente, une attestation papier sera jointe à la lettre adressée courant décembre aux bénéficiaires du RMI.*

*Précision pour les assurés du régime agricole : leur caisse gérant également le RMI les contactera à partir de janvier pour l'ouverture du droit à la CMU complémentaire.*

**Attention** : si la personne a déjà un contrat avec un organisme complémentaire privé, elle doit rapidement contacter son organisme complémentaire et sa caisse pour transformer son contrat en CMU complémentaire, ou le résilier si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste CMU.
Dès le mois de mars 2000, tous les allocataires du RMI dont la CMU complémentaire est gérée par une caisse d'assurance maladie seront informés qu'ils pourront choisir, s'ils le souhaitent, un organisme complémentaire pour gérer leurs prestations CMU complémentaire.

2) **pour les bénéficiaires du RMI qui ne sont pas connus des caisses d'assurance maladie, l'ouverture des droits pour un an à la CMU « de base » et à la CMU complémentaire se fait sur simple présentation d'une attestation de RMI, sans déclaration de ressources.**

Ces personnes n'auront qu'à indiquer l'organisme, d'assurance maladie ou complémentaire, qu'ils choisissent pour gérer leur prestation.

*En effet, on estime que 30% des allocataires du RMI, en moyenne nationale, n'avaient pas demandé le bénéfice de l'aide médicale, et n'étaient pas connus en tant que tels des caisses maladie. Au fur et à mesure des rapprochements de fichiers entre CAF et caisses maladie et dès mars 2000, ou auparavant sur demande de leur part auprès d'une caisse maladie, ces bénéficiaires du RMI se verront automatiquement attribuer le droit à la CMU complémentaire.*

Dès le mois de janvier 2000, toute demande de RMI donnera lieu à une demande simultanée de CMU complémentaire : le dossier de demande de RMI (transmis par l'organisme à la CAF) sera complété d'un dossier simplifié de demande de CMU complémentaire :

- **formulaire de choix de l'organisme chargé de la complémentaire rempli et signé**

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 13 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

- **dans la demande de prise en charge pour la protection complémentaire ne remplir que le cadre intitulé " SI VOUS BENEFICIEZ OU ALLEZ BENEFICIER DU RMI " dater et signer.**

**Cette demande de CMU complémentaire sera transmise à la caisse d'assurance maladie avec mention ou référence de la demande de RMI transmise à la CAF.**

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## 1.2. Passage de l'aide médicale à la CMU complémentaire

Jusqu'en 1999, les personnes à revenus modestes pouvaient être prises en charge à 100% par l'aide médicale et bénéficier de la dispense d'avance de frais. C'était notamment le cas pour la plupart des assurés personnels et les bénéficiaires du RMI. A partir du 1er janvier 2000, l'aide médicale départementale (ou carte santé) et l'aide médicale d'Etat (dont bénéficiaient les personnes sans résidence stable) sont remplacées par la CMU complémentaire. La loi CMU a prévu que les personnes qui bénéficiaient de l'aide médicale ont droit à la CMU complémentaire. Ce droit automatique est valable jusqu'à la date d'expiration de leur droit à l'aide médicale et au moins jusqu'au 30 juin 2000[2].

La caisse notifie ce changement aux personnes concernées en décembre par courrier : lettre et attestation (voir modèle joint).

### Période de bénéfice automatique de la CMU complémentaire

* **au 1er janvier 2000, et pour éviter les ruptures de droits entre l'aide médicale et la CMU**, la caisse prend en charge, automatiquement et à titre conservatoire, la gestion de la CMU complémentaire, sauf indication d'un organisme complémentaire antérieur.

En effet, si la personne bénéficiait déjà, en plus de l'aide médicale, d'une couverture santé après d'un organisme complémentaire[3], l'intéressé doit rapidement prendre contact avec ce dernier. Si cet organisme participe à la CMU, le contrat préexistant est transformé en CMU complémentaire, et la cotisation est supprimée ou adaptée si elle couvrait d'autres risques que le risque maladie. Si l'organisme complémentaire ne figure pas sur la liste CMU, le bénéficiaire de l'aide médicale doit s'assurer que son contrat est résilié et doit choisir une caisse ou un autre organisme complémentaire qui assurera sa CMU complémentaire.

***Nb** : dans une même famille, toutes les personnes ne bénéficient pas forcément de l'aide médicale. Vérifiez bien l'attestation pour chacun des membres de la famille.*

* **Dans le courant du premier trimestre 2000** :

les personnes dont la gestion de la CMU complémentaire a été automatiquement prise en charge par une caisse d'assurance maladie pourront désigner s'ils le souhaitent un autre organisme pour sa gestion.

### Modalités de réexamen des droits

* **Dans le courant du second trimestre 2000** :

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

[2] Articles 28 et 72 de la loi du 27 juillet 1999.
[3] Article 23 de la loi du 27 juillet 1999.

la caisse d'assurance maladie contactera les bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits automatiques à la CMU prennent fin au 30 juin 2000. La caisse examinera leurs ressources en vue d'une prolongation de leurs droits à la CMU complémentaire. Si les ressources de la personne le permettent, les droits à la CMU complémentaire seront ouverts pour un an à compter du 1er juillet 2000, avec choix de l'organisme servant les prestations complémentaires.

*Pour toutes les questions relatives aux conditions de choix de l'organisme gestionnaire de la CMU complémentaire, voir la fiche Droit d'option*

**Attention** : il est important de s'assurer que les personnes couvertes par l'aide médicale ont bien reçu et conservé l'attestation jointe au courrier envoyé par la caisse mi-décembre, qui porte la mention des droits à la CMU complémentaire pour le bénéficiaire et ses ayants droit. Si la personne n'a pas reçu le courrier, ou si les informations figurant sur l'attestation sont erronées, contactez la Caisse du demandeur afin de faire établir une attestation conforme à ses droits. Toutefois, comme pour l'assurance personnelle, les justificatifs valables en 1999 pour l'aide médicale seront toujours acceptés par les professionnels de santé dans les premiers mois de l'année 2000.

***Précision pour les assurés dépendant du régime général et du régime agricole :*** *le courrier invite les nouveaux affiliés à la CMU à mettre à jour leur carte VITALE en contactant leur caisse d'assurance maladie dans les premiers mois de l'année 2000, et avant le 30 juin.*

***Précision pour les assurés du régime des professions indépendantes :*** *la carte VITALE sera délivrée en janvier 2000. Dans cette attente, une attestation papier sera jointe à la lettre adressée courant décembre aux bénéficiaires de l'aide médicale.*

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

# Point sur l'ouverture du droit à la CMU des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

**Trois dispositions de la loi CMU permettent de répondre à certaines situations seulement :**

- **l'article 7 prévoit le statut d'ayant droit autonome pour les enfants pris en charge par l'ASE,**
- **le dernier alinéa de l'article L861-1 prévoit un droit à titre personnel à la CMU complémentaire pour les mineurs de plus de 16 ans dont les liens avec la vie familiale sont rompus,**
- **l'article 17 prévoit l'affiliation au régime général sur critère de résidence des pupilles de l'Etat.**

**Par assimilation, une circulaire ministérielle précise qu'il convient d'assurer l'accès à titre personnel à l'affiliation au régime général et à la CMU complémentaire des enfants confiés à l'ASE ou à la PJJ.**

1) lorsque le service de l'ASE ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) exerce l'autorité parentale détenue par le préfet (pupilles de l'Etat, à titre provisoire ou définitif) ou le président du conseil général (délégations d'autorité parentale pour des mineurs de plus de 16 ans, et tutelles déférées par le juge des tutelles), l'autorité responsable (le président du conseil général ou le directeur de l'établissement relevant de la PJJ selon les cas) peut déposer au nom de l'enfant une demande de CMU complémentaire. Elle sera suivie d'une décision favorable immédiate de la caisse, l'enfant étant présumé remplir les conditions de ressources, et sa situation exigeant une couverture immédiate (complémentaire et base si nécessaire, les pupilles de l'Etat étant par ailleurs affiliées au régime général sur critère de résidence, en application de l'article 17 de la loi CMU).

2) Lorsque le mineur confié au service de l'ASE, par extension à celui de la PJJ, a plus de 16 ans, et a fortiori s'il s'agit d'un jeune majeur ou émancipé, ce jeune peut bénéficier à titre personnel de la CMU complémentaire (article L.861-1 du code de la sécurité sociale). Là aussi, la réponse de la caisse sera favorable et immédiate, si la situation l'exige et si le jeune peut être présumé remplir les conditions de ressources.

3) Lorsque le service de l'ASE ou celui de la PJJ ne détient pas l'autorité parentale sur un mineur de moins de 16 ans, et qu'il estime difficile ou impossible de recueillir la coopération des parents pour déposer une demande de CMU complémentaire pour la famille, couvrant cette enfant, l'autorité responsable du service peut faire attribuer le statut d'ayants droit autonome à cet enfant. La famille ne peut s'opposer à cette démarche du service et à l'action de la caisse, qui ne requiert aucune coopération ou accord de la famille. La même autorité peut déposer au nom de l'enfant une demande de CMU complémentaire. Instruction est également donnée aux caisses dans le même contexte de réserver une suite favorable et immédiate à ces demandes, la situation l'exigeant et l'enfant mineur étant présumé remplir les conditions de ressources et de résidence.

Cette instruction permet de résoudre à la fois les cas nouveaux qui se présenteraient au premier semestre 2000, et les situations des enfants qui bénéficiaient de l'aide médicale au 31/12/1999, seront à la CMU complémentaire au 1er semestre 2000, et dont le droit pourra être renouvelé sur cette base au 2è semestre 2000.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## 1.3. La demande de CMU complémentaire

**Après vérification du statut antérieur de la personne au titre de la couverture maladie complémentaire (préexistence d'une aide médicale ou statut de bénéficiaire du RMI), vous pouvez ouvrir un dossier de demande de CMU complémentaire qui comprendra :**

- **la demande de prise en charge**
- **la déclaration de ressources annuelles**
- **le(s) formulaire(s) de choix de l'organisme gestionnaire**

### 1.3.1. La composition du foyer

L'accès à la CMU complémentaire en matière de santé est ouvert automatiquement aux RMistes ou sous condition de ressources. Le foyer se compose :

- du demandeur ;
- de son conjoint (sauf s'il n'est pas soumis à une imposition commune), de son concubin ou de son partenaire au titre d'un pacte civil de solidarité ;
- des enfants et personnes à charge de moins de 25 ans rattachées au foyer fiscal du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS).
- des enfants de moins de 25 ans du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS) vivant sous le même toit que le demandeur mais ayant établi une déclaration fiscale en leur nom propre.
- des enfants majeurs de moins de 25 ans du demandeur (ou de son conjoint, concubin, partenaire PACS) ne vivant pas sous le même toit que le demandeur mais percevant de sa part une pension qu'il déduit à l'occasion de sa déclaration annuelle de revenus et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

**Les jeunes de moins de 25 ans** ne peuvent bénéficier automatiquement de la CMU complémentaire en tant que demandeurs du RMI (dont le droit n'est ouvert qu'à partir de 25 ans), toutefois ils peuvent en bénéficier s'ils appartiennent au foyer, au sens de la CMU, d'un demandeur de RMI. Dans ce cas, leurs ressources propres ne seront pas examinées.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 99 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

En application des articles R 861-2 et R.861-16 du code de la sécurité sociale (décret n°99-1004 JO du 2/12/1999 et décret à paraître), les demandes effectuées par les jeunes majeurs de 18 à 25 ans, au titre de leurs propres ressources, sont recevables :

- s'ils n'habitent pas chez leurs parents au moment de la demande (ils peuvent habiter chez un autre membre de leur famille) (R.861-2) ;
- s'ils ont procédé personnellement à une déclaration de revenus (R.861-2), ou s'ils s'engagent par une déclaration sur l'honneur à établir une déclaration en nom propre pour l'année à venir (R.861-16) ;
- s'ils n'ont pas perçu pendant l'année couverte par la dernière déclaration fiscale une pension alimentaire ayant fait l'objet d'une déduction (R.861-2), ou s'ils attestent par une déclaration sur l'honneur qu'ils ne la perçoivent plus à la date à laquelle ils effectuent leur demande à titre personnel (R.861-16).

Enfin, les mineurs ayant atteint l'âge de 16 ans dont les liens avec la vie familiale sont rompus, ont également droit à titre personnel à la CMU complémentaire, en s'adressant à n'importe quelle caisse d'assurance-maladie.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## Document n° 3

« Couverture Maladie Universelle : pas de ruée vers les mutuelles territoriales »
Article paru dans la « Gazette des communes »n° 1547 du 24 avril 2000

Utiliser le bouton "imprimer" de votre navigateur pour imprimer cet article

**Article paru dans la Gazette n° 1547 du 24/04/2000 ( page : 75 )**

# *Couverture maladie universelle : pas de ruée vers les mutuelles territoriales*

Trois mois après le lancement de la **couverture** médicale **universelle** (CMU), les mutuelles territoriales n'accueillent qu'un nombre limité de bénéficiaires. Ces derniers choisissent, majoritairement, d'être couverts par les caisses primaires d'assurance **maladie** (CPAM).

La création de la CMU, au 1er janvier 2000, n'a pas provoqué l'arrivée massive d'ayants droit aux guichets des mutuelles territoriales. Conformément à l'esprit mutualiste, la plupart d'entre elles ont décidé de fournir cette prestation nouvelle. Mais huit bénéficiaires de la CMU sur dix ont choisi, comme c'était prévisible, d'être couverts par la caisse primaire d'assurance **maladie** (CPAM) pour la totalité de leur dossier, partie assurance **maladie** complémentaire comprise.
Ainsi, début mars, 300 000 personnes s'étaient inscrites auprès des caisses primaires d'assurance **maladie**. Par ailleurs, sur les 6 millions de bénéficiaires potentiels de la **couverture maladie universelle**, 3,14 millions de personnes, qui bénéficiaient déjà d'une **couverture** sociale, ont simplement changé de catégorie au sein de leur organisme, où ils relèvent désormais de la CMU, et à laquelle ils ont été affiliés d'office. 60 000 à 80 000 agents titulaires et non titulaires des collectivités locales seraient susceptibles de bénéficier de la CMU. Mais très peu d'entre eux se sont adressés aux mutuelles territoriales.
Toutes les mutuelles territoriales qui ont décidé de fournir cette prestation ne sont d'ailleurs pas forcément prêtes à prendre en charge les personnes qui en feraient la demande. C'est le cas, par exemple, de la Mutuelle générale des préfectures et de l'administration territoriale. « Nous avons choisi d'attendre notre assemblée générale, en mai, pour nous prononcer », note Paul Dalifard, président de la MGPAT. « Le conseil d'administration présentera alors un rapport. Mais nous n'accueillerons pas de bénéficiaires de la CMU en 2000 » Nous supportons néanmoins, depuis le 1er janvier 2000, la contribution obligatoire de 1,75 % des cotisations », précise-t-il.
L'union Mutame est partagée. La majorité des mutuelles qui la composent a lancé les procédures pour être légalement en mesure d'assurer les « CMUistes ». Mais certaines ont préféré s'abstenir. « La mise en place est complexe et certains aspects sont incertains, justifie Eric Green, président de la Mutame. Aussi, quelques mutuelles, comme la Mutame Normandie, ne sont pas entrées dans le dispositif. Elles font l'impasse pour cette année. Et elles reverront leur position l'année prochaine. »
« Nous sommes officiellement sur la liste des mutuelles qui peuvent accueillir des bénéficiaires de la CMU, depuis le 1er mars. Mais nous n'avons encore que quelques dossiers. C'est maintenant aux CPAM de faire savoir que nous existons... », indique Alain Pouchol, à la tête de la Mutuelle nationale des fonctionnaires de collectivités territoriales (MNFCT). Quant à la Mutuelle nationale territoriale (MNT), elle était dans les starting-blocks avant le 1er janvier 2000. Aujourd'hui, elle totalise plusieurs centaines d'adhérents au titre de la CMU. « Nous avons été l'une des premières mutuelles à avoir modifié nos statuts pour pouvoir entrer dans ce dispositif. Dès le 3 janvier, nous avons enregistré les demandes de bénéficiaires éventuels. Notre objectif est d'assurer à terme 30 000 CMUistes », prévoit Jean-Manuel Petit, secrétaire général de la MNT.
Par ailleurs, plusieurs phénomènes rendent difficile l'estimation du nombre de bénéficiaires effectifs pour les mutuelles. D'une part, un nombre important d'agents a été affilié automatiquement à la CMU. D'autre part, les retards dans la mise en place de la **couverture** ont généralement provoqué des perturbations. En effet, les décrets d'application ne sont parus qu'au mois de décembre 1999, pour une entrée en vigueur du dispositif au 1er janvier 2000.
« L'application de la loi est soumise à des lourdeurs, analyse Maurice Duranton, de la MFP. La lisibilité du système n'est pas évidente. Et ces problèmes empêchent les personnes de profiter de leur droit. De plus, l'accompagnement social est discuté aux mutuelles ! ».
Enfin, les CPAM sont accusées d'accaparer la prise en charge des CMUistes. Une attitude que dénoncent la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et la Fédération des mutuelles de France (FMF). « Les mutuelles ont proposé d'effectuer une préinstruction des demandes. Mais le système n'oriente pas naturellement les personnes vers les mutuelles », constate encore Maurice Duranton, suivi, sur ce point, par l'ensemble des mutuelles. « Les CPAM sont en contradiction avec l'esprit d'obligation de la loi, renchérit Alain Pouchol à la MNFCT. Nous sommes, par exemple, dans

Reproduction autorisée par le Centre de Gestion C.F.C. autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C

une situation paradoxale dans le Val-de-Marne. La CPAM subit des embouteillages considérables et le directeur est favorable à ce que l'on écluse une partie des demandes. Mais sa tutelle y est opposée pour le moment. » « Nous avons également été confrontés à des situations où les CPAM ont refusé les inscriptions, parce que nous étions sur une liste complémentaire. Mais cela s'arrange. Ce qui ne s'arrange pas, en revanche, ce sont les difficultés de transmission des dossiers. Il y a eu, en la matière, beaucoup d'impréparation », déplore Jean-Manuel Petit.

***Le barème des ressources***
Personne isolée : 3500 francs
Deux personnes : 5250 francs
Trois personnes : 6300 francs
Quatre personnes : 7700 francs
1400 francs par personne supplémentaire.
Pour obtenir des renseignements sur la CMU, téléphonez au 0800.555.222.

*Francis Coudin Le barème des ressources*

---

Toute reproduction totale ou partielle de ces information, en vue de leur publication ou de leur diffusion par quelque moyen et sous quelque forme que ce soit, même à titre gratuit, est strictement interdite sans autorisation écrite préalable de la publication La Gazette des communes des départements et des régions.
© La Gazette des communes des départements et des régions - 2000/ 2001

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## Document n° 4

« La Couverture Maladie Universelle bouscule les CCAS et interroge les départements »
Article paru dans la « Gazette des communes » n° 1549 du 8 mai 2000

Utiliser le bouton "imprimer" de votre navigateur pour imprimer cet article

**Article paru dans la Gazette n° 1549 du 08/05/2000 ( page : 18 )**

*La couverture maladie universelle bouscule les CCAS et interroge les départements*

# *La couverture maladie universelle bouscule les CCAS et interroge les départements*

La création de la **couverture maladie universelle** a contraint une majorité de centres communaux d'action sociale à repenser leur organisation. Certains en profitent pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers. Les départements dont l'aide médicale gratuite était plus généreuse que l'actuelle CMU sont dans l'impasse.

Les centres communaux d'action sociale seraient-ils mal aimés des pouvoirs publics ? Oubliés de la loi sur la **couverture maladie universelle** (CMU) qui garantit depuis le 1er janvier 2000 une **couverture maladie** complète aux plus défavorisés, les voilà aujourd'hui égratignés par le rapport d'Odette Grzegrzulka, députée socialiste de l'Aisne, chargée par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale d'une mission d'information sur l'application de la CMU. Et les départements se voient, eux aussi, rappelés à l'ordre.

La loi du 27 juillet 1999 relative à la CMU a supprimé l'aide médicale gratuite gérée par les départements, lesquels confiaient le plus souvent l'instruction de ces dossiers aux CCAS, moyennant rétribution (entre 100 et 150 francs par dossier). La CMU étant désormais de la compétence de l'assurance **maladie** et gérée localement par les caisses primaires (CPAM), les CCAS se sont donc vu retirer un pan de leur activité : l'instruction de l'aide médicale et, de ce fait, les recettes qui lui étaient associées. Des sommes souvent rondelettes qui ont fait un trou dans le budget de certaines villes (environ 450 000 francs pour des villes comme Angers ou Le Havre), malgré le mécanisme compensatoire complexe prévu par la loi.

L'Union nationale des CCAS (Unccas) avait, dès l'élaboration de la loi, demandé, sans succès, que les centres soient au moins reconnus en qualité d'accompagnateurs des personnes défavorisées. Avec des arguments de poids : leur identification facile par les bénéficiaires de l'ex-aide médicale, leur proximité par rapport à des caisses primaires souvent éloignées ou peu nombreuses dans certains départements, leur savoir-faire et, surtout, leur connaissance de l'accueil de publics difficiles. Unanimement plébiscitée dans son principe, la loi est aujourd'hui diversement appréciée sur le terrain car « sa mise en œuvre est trop précipitée », convient le président de l'Association nationale des cadres communaux d'action sociale (Anccas), Georges Collay. Certains, à Toulouse ou à Rennes, ne pleurent pas leurs compétences perdues ; d'autres estiment, au contraire, comme à Dunkerque, que les usagers les plus démunis méritent une prise en charge globale apportée par le CCAS.

Cela dit, le rapport Grzegrzulka enfonce le couteau dans la plaie. La plus grande partie des CCAS, estime la députée, « s'est désengagée et réclame, pour intervenir, des aides financières en se contentant de renvoyer les personnes vers les caisses ». Elle s'offusque de ce que « dans le département des Deux-Sèvres, un grand nombre de CCAS ont décidé, en conseil d'administration, dès le 1er janvier 2000, d'affecter à d'autres missions leur personnel hier compétent pour l'aide médicale ». « Ce désengagement massif est vivement regrettable », juge-t-elle, en reconnaissant, dans le même temps, le rôle irremplaçable joué par ces organismes dans l'accompagnement des populations démunies. Pourtant, ajoute-t-elle, celles-ci ont, « même en milieu rural, le réflexe de s'adresser à eux pour connaître leurs droits et se faire aider dans leurs démarches ».

« C'est une critique injustifiée », s'insurge Patrick Kanner, président de l'Unccas. « Les centres ont respecté la loi, tout en répondant à leurs missions d'information et d'orientation telles qu'elles sont définies par les textes. Ceux-ci n'ont prévu pour eux ni rôle ni moyens, ce qui explique que certains ont dû redéployer leurs effectifs. » On peut, en outre, se demander « au nom de quoi ceux-ci devraient aujourd'hui travailler gratuitement pour le compte de la sécurité sociale », considère Jean Laour, directeur du CCAS d'Angers, alors que les CPAM ont obtenu des moyens supplémentaires pour assurer l'instruction des dossiers CMU.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

***L'Unccas suggère une convention entre les CCAS et la CPAM***

Il faut dire aussi que la collaboration proposée par les CCAS n'a pas toujours trouvé écho favorable auprès des CPAM qui, de leur côté, entendaient bien assumer l'ensemble de leurs nouvelles

compétences. C'est pourquoi l'Union nationale des CCAS demande, depuis le début de l'année, la signature d'une convention nationale avec la Cnam, qui positionnerait les CCAS en leur attribuant une mission d'accueil des demandes en contrepartie d'une rémunération proportionnelle au nombre de dossiers complets transmis aux caisses de sécurité sociale. Une suggestion préconisée d'ailleurs par le rapport de la mission d'information.
Lasse de ne pas obtenir de réponse à sa proposition, l'Unccas a demandé rendez-vous à Martine Aubry et à Jean Le Garrec, président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.
Convention ou pas, les centres communaux des grandes villes et villes moyennes ont été obligés de se réorganiser. Si certains ont anticipé et redéployé leur personnel dans les autres services d'action sociale géré par le CCAS, d'autres ont restructuré leurs services et même imaginé de nouvelles missions (lire pages suivantes). Tous, en tout cas, disent avoir le souci, parfois partagé par les élus, d'en profiter pour améliorer la qualité du service rendu à l'usager.
De leur côté, les départements ont perdu leur compétence sur l'aide médicale et ont été, en conséquence, délestés des crédits qui lui étaient affectés. Rien d'anormal jusque-là, sauf pour un certain nombre de départements, sept ou huit, selon l'Assemblée des départements de France et le ministère de la Solidarité, beaucoup plus selon d'autres sources. Plus généreux que la moyenne, qui avaient un barème d'aide médicale supérieur à celui de la CMU. Aujourd'hui, tous les anciens bénéficiaires de l'aide médicale et du RMI ont basculé vers la CMU, soit environ 3,5 millions de personnes pour une période transitoire fixée au 30 juin 2000. Mais quel sera ensuite le sort des personnes qui, au regard de leurs ressources, ne seront plus éligibles au barème de la CMU ?
La question est posée dans le rapport de la mission, qui fustige au passage « l'inaction des départements, leurs réactions tardives et faibles dans le redéploiement des moyens financiers et humains consacrés à l'aide sociale ». A l'Assemblée des départements de France (ADF), on se soucie peu de ces piques. « C'est le fait d'une militante politique qui cherche la polémique », soutient Michel Mercier, président de la commission sociale de l'ADF et du conseil général du Rhône. « Les départements ont plutôt bien joué leur rôle et continuent de le faire. C'est tout de même un comble de faire des reproches à des collectivités, alors que la plupart font mieux que l'Etat ! » Contrairement à ce qui est avancé dans le rapport, le conseil général des Hauts-de-Seine, qui fait partie du cas de figure ci-dessus, a joué les bons élèves en décidant de prendre en charge les personnes exclues du dispositif (11 000 environ), en raison du dépassement du seuil de ressources, dans la limite de l'ancien plafond départemental (4 000 francs par mois pour une personne seule contre 3 500 francs maintenant pour la CMU).
Dans le Val-d'Oise, Marie-Françoise Belliée, directrice de la prévention et de la santé, estime à 6 000 le nombre de personnes qui pourraient sortir de la CMU en juillet. « Faut-il que nous compensions, et rompre ainsi avec le principe d'universalité posé par la loi ? », s'interroge-t-elle. Les départements concernés sont en train de travailler sur cette question, avec, à la clé, un arbitrage en cours au ministère de l'Intérieur. Si l'on semble se diriger vers une aide à la mutualisation, comment l'Etat va-t-il prendre sa quote-part ? Cette mutualisation doit-elle être complète, partielle, choisie par le département...? L'enjeu est autant technique que politique : ne pas recréer une aide médicale facultative pour les exclus de la CMU et maintenir le principe du guichet unique. Et éviter que le dossier ne se transforme en une petite bombe à retardement.

### *Béziers choisit de faire mieux*

«Nous avions constaté qu'un certain nombre d'assurés sociaux à faibles revenus avaient du mal à accéder au système de soins traditionnel : ils avaient trop de revenus pour bénéficier de l'aide médicale gratuite mais pas assez pour cotiser à une mutuelle complémentaire », observe Anne-Marie Chabbert, responsable du CCAS de Béziers.
Début 1999, la ville lance, en partenariat avec la caisse primaire, un fonds de mutualisation expérimental sur un an, en association avec la Mutuelle du grand Sud-Ouest. Celui-ci assure à 75 % la prise en charge de la cotisation mensuelle des assurés qui, au vu de leurs revenus (jusqu'à 3 600 francs par mois pour une personne seule), dépassent le plafond de l'aide médicale départementale, fixé à 2 900 francs. L'assuré obtient ainsi une **couverture** à 100 % lui évitant de débourser le tiers payant ; il lui reste à acquitter les 25 % restants, soit 30 à 50 francs par mois selon sa situation familiale. » Et ceux qui ne peuvent pas régler cette participation peuvent être pris en charge par le CCAS. Gage d'un partenariat en bonne intelligence, le CCAS instruit les demandes d'adhésion au fonds et le gère, la ville lui ayant signé une délégation de gestion. Mais la caisse primaire reste le pivot de la gestion des prestations.
CCAS et CPAM financent le fonds à parts égales pour un total de 500 000 francs en 2000, avec, en 1999, une aide au démarrage des Assedic de 100 000 francs, et l'octroi de deux emplois-jeunes de la part de la direction départementale du travail et de l'emploi. Ni la Ddass, parce que cela ne relevait pas de sa compétence - mais la santé publique relève-t-elle davantage de la compétence d'une commune ? - ni le conseil général, qui estimait en faire suffisamment avec l'aide médicale, n'ont souhaité être de la partie. Au bout de quelques mois de fonctionnement, la mutuelle en charge étant

Reproduction interdite par le C.F.C. sans autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

plus faible que prévue, la mutualisation a été ouverte aux jeunes de plus de 18 ans.

***Quatre cents personnes concernées***

Et depuis la CMU ? La convention avait prévu que, lors de la création de la **couverture universelle**, le dispositif Santé Béziers pourrait être remis en cause. « Au contraire, nous avons choisi de faire mieux », se réjouit Anne-Marie Chabbert. Le plafond du dispositif a été élargi à 3 800 francs pour prendre en compte les personnes légèrement au-dessus de celui de la CMU. Et les prestations offertes ont été alignées sur son « panier de soins ». Plus de quatre cents personnes ont jusqu'à présent bénéficié de cette protection complémentaire.

Du côté de l'instruction des dossiers de la CMU, le CCAS prête main forte à la CPAM. « Nous avons accepté, en émettant des réserves, de faire une sorte de pré-instruction, sans contrepartie financière. Nous n'avons pas voulu bloquer le système et pénaliser les usagers », souligne Anne-Marie Chabbert. Les employés du CCAS chargés de l'aide médicale ont été affectés à la CMU. La CPAM a, de plus, installé une permanence trois fois par semaine au CCAS et les agents des deux organismes sont reliés entre eux par informatique.

***Dunkerque continue d'assurer***

«On se sent un peu à contre-courant », explique presque timidement Pierre Schraen, directeur du CCAS de Dunkerque qui a proposé à la CPAM d'instruire les dossiers de CMU pour la clientèle qu'il accueille. La caisse a, sans rechigner, compris la démarche, inscrite désormais dans une convention qui sera prochainement signée par les deux organismes.

« C'est une question de philosophie, explique Pierre Schraen. « Lorsque le CCAS instruisait les dossiers d'aide médicale, il détenait avec les autres leviers de l'action sociale (le RMI, les aides financières) une réponse globale à apporter aux usagers, centrée sur un même lieu : leur quartier. En scindant le volet santé à cause de la loi, nous étions obligés de renvoyer des personnes en grande difficulté devant un autre guichet, sans accompagnement approprié. Avec cette convention, nous pensons apporter un service de proximité en évitant de renvoyer la personne d'un guichet à l'autre. » Et pouvoir, de plus, continuer à travailler à l'insertion de la personne lorsque celle-ci vient faire une demande de CMU. « C'est le niveau d'intervention de l'action sociale communale qui est en jeu », reprend Pierre Schraen. « Nous devons pouvoir résoudre au plus près un maximum de problèmes. »

La mairie étant décentralisée dans différents quartiers de la ville, et les référents sociaux polyvalents, nul besoin de redéployer les agents. « Ce n'était pas la volonté politique de la ville de réduire les effectifs, il s'agissait au contraire d'améliorer l'écoute et le service rendu au public. » N'instruisant plus de dossiers d'aide médicale, ils ont, depuis janvier, consacré plus de temps aux usagers.

Dès la signature de la convention, la collaboration entre CPAM et CCAS va se mettre en place. La caisse s'engage à former les agents du CCAS pour qu'ils maîtrisent les ficelles du dispositif CMU. De plus, chaque antenne du CCAS aura un correspondant en contact avec son homologue à la CPAM pour faciliter la circulation des informations et des dossiers.

Par quel miracle financier cela est-il possible ? « C'est bien la question, estime Pierre Schraen. En attendant la convention nationale proposée par l'Unccas, nous allons expérimenter ce dispositif, pour le moment sans financement particulier. » La ville va donc « assurer ». Avec l'espoir d'une mesure nationale pour rétablir l'équilibre.

***Toulouse demeure un guichet d'accueil***

Non, le CCAS de la ville rose n'a pas tourné le dos à la CPAM : il a seulement respecté la loi qui a créé la **couverture universelle**, et rien que la loi. Marc Gauci, son directeur s'enorgueillit des bonnes relations qu'il entretient avec la caisse primaire. « La loi a modifié nos missions ; nous l'appliquons strictement en demeurant un guichet d'accueil, c'est-à-dire en informant et en orientant le public ». Mais point d'engagement contractuel ou conventionnel ni prévu ni en vue. « D'ailleurs la CPAM est à 300 mètres d'ici, nous en avons tiré les conséquences ». Contrairement à ce que certains avaient craint en début d'année, compte tenu de l'extrême rapidité de mise en œuvre de la CMU, peu de monde s'est bousculé au guichet du centre communal, à part les personnes sans domicile fixe pour lesquelles le CCAS continue toutefois d'instruire les dossiers.

La suppression de l'aide médicale a eu ici des conséquences mûrement réfléchies sur la réorganisation des services (une quinzaine de personnes). Premier souci : garder du personnel en poste jusqu'en avril 2000 de façon à traiter certains dossiers d'aide médicale délicats. Le redéploiement des agents est donc effectif ce mois-ci. Sauf pour trois d'entre eux, contractuels, dont le CCAS a été contraint de se séparer. Mais l'un a été reconverti, avec son accord à la CPAM. Un fait à souligner : convaincu de la technicité des agents communaux formés à l'aide médicale, le directeur des prestations, Yvon Ducos, qui a dû redéployer trente personnes de ses effectifs pour faire face au raz de marée induit par la CMU, n'a pas hésité à proposer au CCAS d'embaucher ses agents. « Nous en avons besoin à l'accueil, en première ligne. Ils connaissent bien les populations en grande difficulté et savent travailler, sur conditions de ressources. Or, pour nous, c'est un nouveau métier. »

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

Ainsi Catherine Bras, ex-contractuelle du CCAS, chargée pendant deux ans de l'aide sociale et de la carte santé, travaille désormais à la CPAM et se félicite des perspectives de formation et de carrière qu'elle n'aurait pas eues au CCAS, malgré une baisse de salaire de 800 francs par mois.

### *Une réorganisation en trois points*

Premier axe de cette réorganisation : l'aide médicale ne représentait, dans une grande ville comme Toulouse, qu'une partie du service de l'aide sociale, qui comprend aussi l'aide aux personnes âgées, handicapées et l'aide médicale de l'Etat. Certains agents y sont donc restés affectés. En outre, un pool de cinq instructeurs polyvalents va désormais renforcer le volet administratif du service en charge du RMI et des SDF. Ainsi, les travailleurs sociaux vont être plus disponibles pour l'accompagnement social et le suivi des contrats d'insertion.

Deuxième axe : repérer les postes vacants (de secrétariat le plus souvent) dans les structures gérées par la ville : maisons de retraite, CHRS, dispositifs de veille sociale, etc. et les faire accepter par le personnel. Pour un seul de ces postes, il a été difficile de trouver preneur, car il demandait une disponibilité en soirée et le week-end. Cette mutation a-t-elle été bien ou mal vécue par les agents ? « Il faut cesser de croire ou de faire croire que la suppression de l'aide médicale a représenté pour les CCAS une amputation dramatique ! » Contrairement à d'autres collègues, Marc Gauci réfute l'idée d'une perte de reconnaissance des CCAS. Pour lui, il s'agit plutôt d'un challenge. « La loi nous impose un changement ; et bien nos agents sont là pour prouver que nous ne sommes pas des "bleus" de l'action sociale ! Ils ont une compétence - l'accueil d'un public difficile, la connaissance de la législation - et sont capables de "surfer" vers d'autres formes d'action. C'était une bonne opportunité pour eux de se libérer de tâches plutôt classiques et répétitives et d'être associés à des actions nouvelles sur des missions sociales ».

L'une d'entre elles représente le troisième volet de ce redéploiement obligé. Trois agents sont affectés à l'aide et à l'accompagnement de personnes âgées dans huit des résidences gérées par la municipalité. Un choix qu'il a fallu négocier avec la ville, compte tenu des incidences budgétaires d'une telle décision et de la perte financière due à l'arrêt des remboursements des dossiers d'aide médicale instruits pour le département.

« Mais cela répondait à un besoin, poursuit le responsable du CCAS. Les directeurs des résidences sont submergés de demandes ponctuelles d'aide à la vie quotidienne pour effectuer des démarches, remplir des papiers, débroussailler une situation administrative. Cela parasite leur activité. Ces personnes, qui sont encore autonomes, n'ont pas forcément auprès d'elles un entourage proche et disponible pour s'en occuper. » Ce travail, ressemblant à celui d'un curateur, a reçu un bon accueil des personnels concernés, intéressés par l'aspect à la fois relationnel, technique et juridique du profil de poste.

Une concurrence faite aux services sociaux ? « Le service social municipal est mandaté pour intervenir auprès des personnes âgées à domicile mais non en résidence ; le service social départemental ne s'occupe pas des personnes âgées si elles ne sont pas dépendantes ; quant au service social de la caisse de retraite du régime général, il n'est pas concerné par le suivi social des retraités. »

Cette opération a réussi en raison de « la diversité des actions et des services gérés par le centre communal, soit pour son compte, soit comme partenaire de l'Etat, reconnaît Marc Gauci. Cela a été une vraie chance pour nous. »

### *Amiens définit de nouvelles fonctions*

A Amiens, l'arrivée de la CMU a servi de levier à une refonte des services à l'étude depuis plus d'un an. « Pour la CPAM, il était hors de question que nous fassions l'instruction des dossiers. Les choses ont été très claires et se sont très bien passées. Au début de l'année, nous avons réuni tous les services du CCAS et de la CPAM pour savoir qui faisait quoi », raconte Philippe Cincet, directeur de la vie sociale. Cela a été l'occasion de repenser la répartition des fonctions entre le service de l'aide légale et celui de l'insertion.

« Je trouvais que l'aide facultative couplée avec l'aide légale ne se justifiait pas, car elle se rapprochait plus d'une aide comme celle du RMI instruit par nos services. » Le service de l'aide légale et facultative représentait onze postes. Avec la disparition de l'aide médicale, la direction redistribue les cartes et définit « de nouveaux métiers » ou plutôt, de nouvelles fonctions. D'une part, celle d'agent chargé l'accueil du public (état civil, centres de loisirs, aide médicale de l'Etat, etc.) ; d'autre part, celle de conseiller social, chargé de l'instruction et du suivi du RMI et de l'aide facultative. « En fonction des aptitudes personnelles des uns et des autres, chacun y a trouvé son compte », estime Philippe Cincet. Et s'est vu affecté dans l'une des [illegible] mairies de secteur récemment installées dans la ville.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

### *L'Ille-et-Vilaine pénalisé pour en avoir trop fait*

Seuls deux ou trois départements avaient osé. L'Ille-et-Vilaine est de ceux-là. Depuis 1995, l'admission à l'aide médicale a été déléguée à la sécurité sociale de façon concomitante avec la mise

en place de la carte santé. De ce fait, le transfert financier de l'aide médicale vers l'Etat (1,5 million de francs) s'est opéré sur trois exercices, et la transmission des dossiers ces 38 000 ex-bénéficiaires de l'aide médicale s'est, elle aussi, effectuée sans heurts, en direction des services de la CPAM. Du coup, le passage à la CMU s'est fait calmement. Peu de bénéficiaires nouveaux en ont fait la demande, puisque la clientèle potentielle était déjà largement couverte.
En revanche, la question de l'application du barème de la CMU est en train d'irriter les départements qui, comme l'Ille-et-Vilaine, avaient instauré un barème plus favorable que celui de la CMU. « Nous avions choisi celui des minima sociaux applicable, par exemple, aux bénéficiaires du Fonds national de solidarité ou de l'allocation pour adultes handicapés », explique Jean-Vincent Trellu, directeur des affaires sociales d'Ille-et-Vilaine, soit 3 540 francs par mois. De plus, le système local était souple puisque la commission cantonale d'aide sociale conservait un droit d'admission pour certaines personnes au-dessus du barème ». Environ 800 dossiers étaient ainsi rattrapés dans les mailles du filet de l'aide sociale. Enfin, le panier de soins « Prestations de santé et biens médicaux » faisant l'objet d'une prise en charge par la tutelle et/ou les organismes d'assurance obligatoire et complémentaire existait déjà. Un fonds de 6 millions de francs, abondé par le conseil général et le fonds d'action sociale de la CPAM, prenait en charge les lunettes et les prothèses dentaires, sur la base d'un tarif plafonné.
Or, après avoir retranché l'allocation logement, le barème de la CMU est de 3 200 francs par mois. différence entre ce plafond et celui de l'Ille-et-Vilaine a pour conséquence la sortie du dispositif de 10 000 personnes au 30 juin 2000, la fin de la période transitoire ! Soit le quart environ des bénéficiaires actuels Un chiffre impressionnant, qui ne peut laisser indifférent le département, même s'il n'est désormais plus compétent.
L'affaire se complique lorsque l'on sait que l'Etat, en rapatriant les crédits de l'aide médicale légale, a en même temps fait main basse sur l'aide facultative, pour une somme de 13 millions de francs. Ce qui aurait pu se comprendre si le barème de la CMU avait été équivalent à celui adopté en Ille-et-Vilaine. « Je m'interroge sur la pertinence du barème de la CMU, sur la possibilité de négocier avec l'Etat le montant des crédits déjà versés et sur le risque de voir se profiler une aide médicale bis pour les exclus de la CMU », avance Jean-Vincent Trellu. De plus, dans ce département, « nous avons le sentiment d'être pénalisés pour avoir mieux fait que les autres. Je sais que, dans d'autres départements, le plafond de la CMU est aujourd'hui plus favorable. Mais nous avons joué la carte de l'expérimentation. Si en généralisant une expérience, on sanctionne le niveau local, alors on décourage les initiatives ».
Il va pourtant bien falloir trouver une solution : le département étudie, avec l'Union des mutuelles d'Ille-et-Vilaine et d'autres organismes sociaux, l'idée d'un fonds mutualisé dont l'accès serait facilité pour les personnes aux ressources modestes. Reste à savoir comment l'Etat prendra acte d'un tel geste de la part du département, sans que ce dernier ne finance une deuxième fois le droit de ce public à se soigner.
Dossier réalisé par Dominique Lallemand
Le point de vue de Jean-Jacques Pené, directeur du CCAS de Rennes
L'arrivée de la CMU collait tout à fait à la logique de guichet unique dans laquelle le centre communal d'action sociale de Rennes s'est engagé. Plusieurs espaces sociaux vont, en effet, réunir en un seul et même lieu les services de la CAF, de la CPAM, du conseil général et du CCAS.
« J'ai anticipé, dès juin 1999, la réorganisation du service de l'aide légale, sachant que l'activité allait chuter d'un tiers, soit l'équivalent de dix postes environ. Comme nous avons la chance de gérer le RMI pour le compte du département, cela nous a permis de redéployer des agents pour soulager nos animateurs locaux d'insertion. Nous n'avons pas envisagé de les remettre à disposition de la ville. Nous avons opté pour l'amélioration qualitative du service rendu.
Je ne partage pas le souhait des CCAS qui continuent de réclamer l'instruction des dossiers de CMU. Nous sommes, il est vrai, un service de proximité, mais cela ne nous donne pas le monopole du traitement de toutes les situations. Mais je conçois que les petits CCAS ruraux puissent raisonner différemment. »

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

**Le point de vue de Jean-Jacques Pené, directeur du CCAS de Rennes**

L'arrivée de la CMU collait tout à fait à la logique de guichet unique dans laquelle le centre communal d'action sociale de Rennes s'est engagé. Plusieurs espaces sociaux vont, en effet, réunir en un seul et même lieu les services de la CAF, de la CPAM, du conseil général et du CCAS. « J'ai anticipé, dès juin 1999, la réorganisation du service de l'aide légale, sachant que l'activité allait chuter d'un tiers, soit l'équivalent de dix postes environ. Comme nous avons la chance de gérer le RMI pour le compte du département, cela nous a permis de redéployer des agents pour soulager nos

animateurs locaux d'insertion. Nous n'avons pas envisagé de les remettre à disposition de la ville. Nous avons opté pour l'amélioration qualitative du service rendu. Je ne partage pas le souhait des CCAS qui continuent de réclamer l'instruction des dossiers de CMU. Nous sommes, il est vrai, un service de proximité, mais cela ne nous donne pas le monopole du traitement de toutes les situations. Mais je conçois que les petits CCAS ruraux puissent raisonner différemment. »

*D. L.*

---

Toute reproduction totale ou partielle de ces information, en vue de leur publication ou de leur diffusion par quelque moyen et sous quelque forme que ce soit, même à titre gratuit, est strictement interdite sans autorisation écrite préalable de la publication La Gazette des communes des départements et des régions.
© La Gazette des communes des départements et des régions - 2000/ 2001

Reproduction effectuée par le
Centre de Gestion 90 avec l'autorisation
du C.F.C. toute nouvelle reproduction
nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## Document n° 5

« Les bénéficiaires de la Couverture Maladie universelle au 30 septembre 2000 »
Dossier paru dans « Etudes et Résultats » décembre 2000

DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

drees

# Études et Résultats

N° 96 • décembre 2000

*Au 30 septembre 2000, la couverture maladie universelle (CMU) bénéficiait à 1,1 million de personnes pour la couverture de base (près de 2 % de la population française), et à 4,7 millions pour la couverture complémentaire (8 % de la population). Depuis le 1er janvier 2000, 85 000 nouveaux bénéficiaires, affiliés sur critère de résidence, se sont ajoutés au million de titulaires de l'assurance personnelle transférés vers la CMU de base. La CMU complémentaire a pris la suite de l'aide médicale générale (AMG) pour 3,4 millions de personnes, auxquelles se sont ajoutés 1,3 million de nouveaux bénéficiaires, dont environ un tiers sont des bénéficiaires du RMI qui n'avaient pas eu recours à l'AMG. Peu de dossiers de CMU complémentaire sont encore gérés par des organismes tels que les mutuelles, institutions de prévoyance ou assurances privées, 5 %. Cependant, cette gestion concerne, en moyenne, 23 % des nouveaux affiliés. La part de la population couverte par la CMU complémentaire est variable selon les départements, avec une hiérarchie qui reste encore voisine de celle observée pour l'AMG. Les évolutions récentes tendent toutefois à réduire ces disparités, ce qui devrait s'accentuer avec les futures échéances liées au renouvellement des droits.*

**Bénédicte BOISGUÉRIN**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

## Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2000

La couverture maladie universelle (CMU) est entrée en vigueur le 1er janvier 2000 (loi du 27 juillet 1999). Elle pose le principe d'une protection maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie. Elle étend donc la protection maladie à toute la population qui n'est couverte ni dans le cadre d'une activité professionnelle ni comme ayant droit d'un autre assuré, par le biais d'une affiliation sur simple critère de résidence (CMU de base) [encadré]. Elle se substitue du même coup à l'assurance personnelle qui pouvait auparavant être éventuellement souscrite par les personnes dans cette situation. Elle offre aussi aux personnes dont les revenus sont les plus faibles une protection complémentaire gratuite et une dispense d'avance de frais (CMU complémentaire). Cette protection maladie complémentaire remplace l'aide médicale générale (AMG), dispensée dans le cadre de l'aide sociale départementale.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 90 avec autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

E•1

## La CMU et le système de protection maladie

*En France, la protection sociale contre les risques financiers liés à la maladie repose sur deux volets :*

- *l'affiliation à l'assurance maladie (Sécurité sociale) à financement contributif obligatoire ;*
- *la protection complémentaire qui a un caractère facultatif et qui est assurée par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les compagnies d'assurance.*

***L'AFFILIATION À L'ASSURANCE MALADIE***

- ***Le dispositif général***
  *Les critères traditionnels pour bénéficier de l'assurance maladie sont de trois sortes : il faut avoir une activité professionnelle et cotiser, ou bien bénéficier d'une allocation (API, AAH), ou encore avoir un lien de parenté avec un assuré.*
  *Les personnes qui ne remplissaient pas ces conditions pouvaient être affiliées à l'assurance maladie par le biais de l'assurance personnelle. Cette couverture était conditionnée par le paiement de cotisations à l'URSSAF ; des dispositions permettaient la prise en charge de ces cotisations par un organisme tiers (caisse d'allocations familiales, aide médicale des départements ou de l'État ou Fonds solidarité vieillesse). Les titulaires du RMI étaient admissibles de plein droit à l'assurance personnelle avec prise en charge des cotisations.*
- ***L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base***
  *La loi portant création d'une couverture maladie universelle permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré). Se substituant à l'assurance personnelle, l'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence se fait automatiquement et sera prise en compte immédiatement.*
  *L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie (caisse de sécurité sociale), sauf pour les personnes couvertes auparavant par l'assurance personnelle, transférées automatiquement à la CMU de base. Les bénéficiaires ayant des ressources supérieures à un plafond (42 000 francs de revenu fiscal) doivent acquitter une cotisation proportionnelle à leurs revenus.*

***LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE***

- ***Le dispositif général***
  *L'assurance maladie ne couvre qu'une partie des frais de santé, une partie restant à la charge de l'assuré. Pour réduire cette partie des dépenses, 87% de la population a recours à une protection complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une assurance.*
  *Pour les personnes ayant des ressources insuffisantes, l'aide médicale générale, versée par les départements couvrait les dépenses de soins (ticket modérateur, forfait hospitalier et dans certains cas, les dépenses supplémentaires en matière de frais optiques et dentaires). Compte tenu du caractère décentralisé de l'aide médicale, les barèmes de ressources mis en place pour l'admission et les niveaux de prise en charge des dépenses au delà des tarifs de la sécurité sociale pouvaient varier d'un département à l'autre. Les titulaires du RMI étaient admissibles de plein droit, mais tous n'y avaient pas recours.*
- ***La protection complémentaire en matière de santé ou couverture maladie complémentaire***
  *La loi portant création d'une couverture maladie universelle permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous condition de ressource fixée par décret. Le plafond de ressources annuel est au 1er janvier de 42 000 francs annuels soit 3 500 francs mensuels pour une personne seule, ce plafond évolue en fonction de la composition du foyer. La CMU complémentaire permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes).*
  *L'ouverture des droits est conditionnée au dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie (caisse de sécurité sociale), la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse maladie régionale ou la caisse de la mutualité sociale agricole, en fonction de leur régime de base. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit si les prestations seront versées par la caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institut de prévoyance) ayant indiqué vouloir assurer la gestion de la CMU complémentaire.*
  *Les personnes qui bénéficiaient en 1999 de l'aide médicale générale y compris les titulaires du RMI, ont droit à la CMU complémentaire jusqu'au 30 juin 2001. Leur niveau de ressources sera examiné afin de déterminer si il est compatible avec le seuil retenu pour l'accès à la couverture complémentaire.*

Ce bilan de la CMU établi au 30 septembre se situe à un moment particulier. D'une part, la montée en charge des flux de nouveaux bénéficiaires n'est peut être pas terminée, d'autre part, l'examen des ressources pour le renouvellement des droits à la CMU des anciens bénéficiaires de l'aide médicale n'est pas encore intervenu. Ces divers éléments, combinés au relèvement du seuil de ressources au 1er janvier 2001, sont susceptibles de modifier à la fois le rythme de ces évolutions et la structure de la population bénéficiaire.

### *Un peu plus d'un million de bénéficiaires de la couverture de base*

Au 30 septembre 2000, l'affiliation sur la base d'un critère de résidence permet de fournir une couverture maladie à 1,1 million de personnes, soit un peu moins de 2 % de la population française (schéma). Au 1er janvier 2000, l'essentiel de la population bénéficiaire de la CMU de base, soit un peu plus de 1 million de personnes, provenait du transfert automatique des personnes affiliées au titre de l'assurance personnelle. Neuf mois après l'entrée en vigueur de la loi, 85 000 nouveaux bénéficiaires ont été affiliés sur critère de résidence soit une progression de 8 % (graphique 1).

L'étendue de cette couverture de base est particulièrement importante dans les départements d'outre-mer : en effet, elle y concerne environ 13 % de la population, contre 1,5 % en métropole. Un bénéficiaire de la CMU de base sur cinq habite donc dans les DOM alors que ceux-ci ne regroupent que moins de 3 % de la population totale.

L'affiliation à la CMU sur la base d'un critère de résidence peut néanmoins être assortie d'un paiement de cotisations assis sur la partie du revenu supérieure au seuil de prise en





Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 99 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

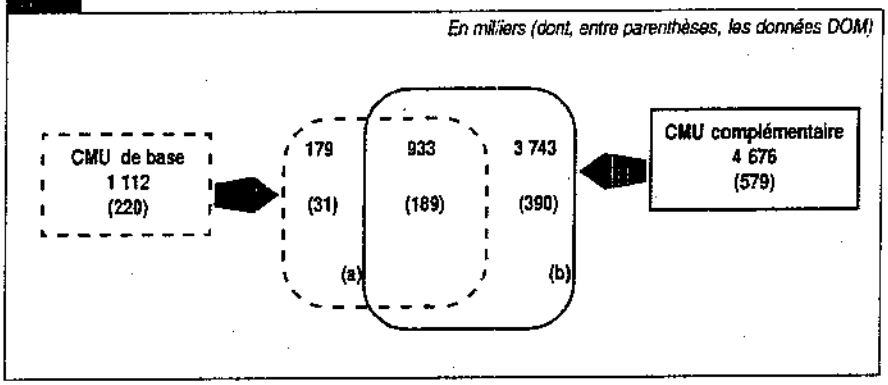
charge (3 500 francs mensuels au 1er janvier 2000 pour une personne seule). Seulement 5 % des affiliés à la CMU de base sont soumis à cette cotisation, la quasi-intégralité des bénéficiaires ayant un niveau de ressources qui les en exempte. 84 % de ces bénéficiaires sont également couverts par la CMU complémentaire.

### *La CMU complémentaire couvre 1,3 million de bénéficiaires de plus que l'aide médicale*

En septembre 2000, 4,7 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire, soit 7,8 % de l'ensemble de la population française. Depuis le 31 décembre 1999, 1,3 million de personnes y ont été affiliées[1] qui s'ajoutent aux 3,4 millions provenant du transfert automatique des anciens bénéficiaires de l'aide médicale[2], ce qui représente une progression de près de 40% (graphique 2).

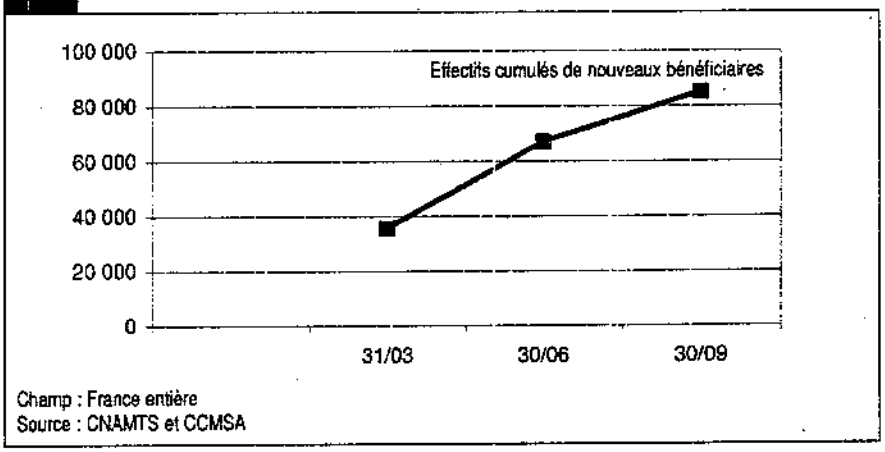
Environ un tiers de l'accroissement global provient de l'affiliation de bénéficiaires du RMI. La mise en place d'un lien automatique entre RMI et CMU complémentaire a, en effet, permis d'affilier ceux d'entre eux qui n'étaient, de fait, pas couverts par l'aide médicale générale, malgré le droit à y accéder qui leur était en principe ouvert. Ce droit théorique, bien que partie intégrante des droits connexes du RMI n'était ainsi pas utilisé par 17 % des bénéficiaires du RMI en 1999, avec des disparités départementales fortes concernant ce taux de non recours (cf. Résultats de l'AMG en 1998 et étude sur les bénéficiaires du RMI[3]).

**S 01** nombre de bénéficiaires de la CMU au 30 septembre 2000



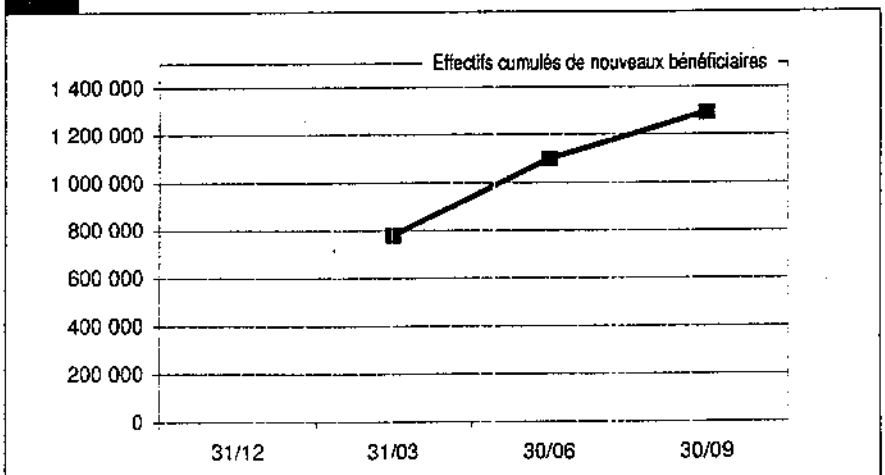

(a) Affiliés sur critère de résidence ; (b) Affiliés sur critères habituels (actifs ou ayants droit d'actifs)
Champ : France entière, (départements d'outre-mer), 3 régimes d'assurance maladie
Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA

**G 01** flux de la population bénéficiaire de l'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence




Champ : France entière
Source : CNAMTS et CCMSA

**G 02** flux de la population bénéficiaire de la CMU complémentaire




Champ : France entière
Source : CNAMTS, CANAM et CCMSA

1. Dont environ 400 000 au 1er janvier 2000 à titre de « rattrapage » à l'issue des opérations de transfert des dossiers de l'AMG.

2. Il s'agit d'une estimation

3. « L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », Études et résultats n° 61, DREES, avril 2000.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 93 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

Les deux tiers restants de l'accroissement correspondent au flux des nouveaux bénéficiaires inscrits entre le 1er janvier et le 30 septembre 2000 qui s'élève à près de 900 000 personnes (graphique 3).

Sur les neuf premiers mois, le flux de sorties de la CMU est très faible (8 % par rapport aux entrées). L'affiliation ouvre, en effet, des droits pour un an. En 2001, il est possible que l'examen des dossiers qui aura lieu en vue du renouvellement des droits engendre un nombre de sorties plus élevé.

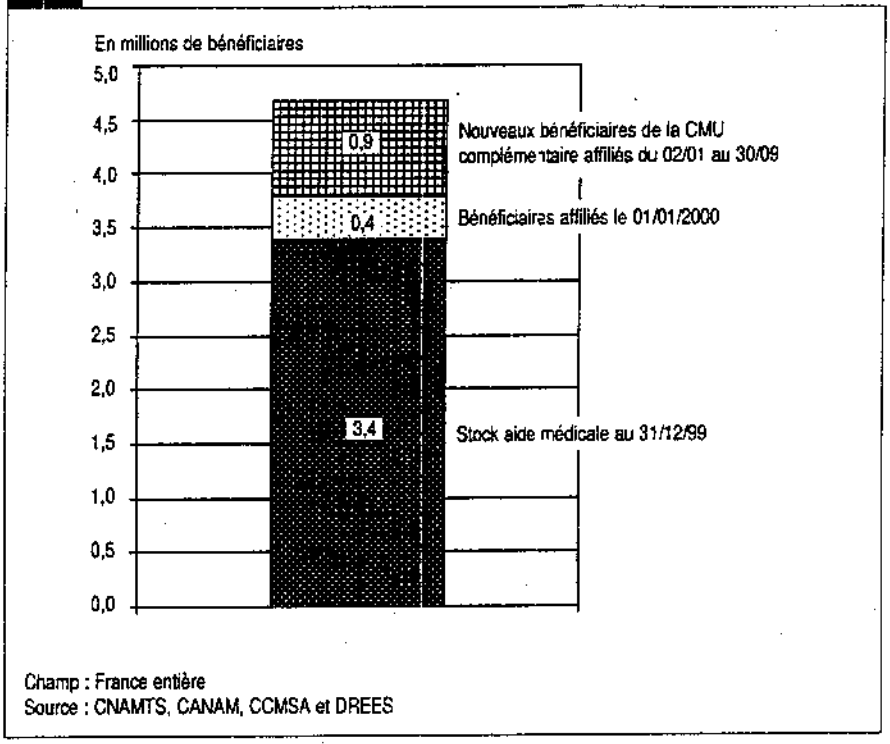
Dans la seule France métropolitaine, le nombre de personnes bénéficiant de la CMU complémentaire s'élève, en septembre 2000, à 4,1 millions, soit 7 % de la population. Dans les DOM, comme pour la CMU de base, la CMU complémentaire concerne une part de la population beaucoup plus importante, environ 35 %, soit près de cinq fois plus que pour la France métropolitaine. La part de la population qui bénéficie du RMI est, également dans ces départements, beaucoup plus élevée, à peu près dans les mêmes proportions (16 % contre 3 % en métropole).

Parmi les 4,7 millions de bénéficiaires de la CMU, environ 933 000, soit 20 % sont aussi affiliés à la CMU de base. Les autres relèvent, sur la base de critères traditionnels d'affiliation socioprofessionnels, de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie (le régime des travailleurs salariés, appelé également « régime général », le régime des professions indépendantes et la mutualité sociale agricole ou « régime agricole »)

### *Seuls 6 % des bénéficiaires de la CMU relèvent des régimes agricoles ou indépendants*

Au 30 septembre 2000, 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire relèvent du régime général, ce qui représente 94 % de l'effectif total. Cette part est plus élevée que celle du régime général dans l'ensemble de la population affiliée à l'assurance maladie. En effet, 87% de l'ensemble de la population des assurés sociaux (hors régimes spéciaux) relèvent du régime général, 8% du régime agricole et 5% du régime des professions indépendantes. Le taux de recours des foyers agricoles ou indépendants à la CMU complémentaire apparaît donc à ce stade plus faible, pour des raisons qui ne semblent pas liées au niveau de ressources. La proportion de ménages à bas revenu est, en effet, relativement plus importante chez les agriculteurs et chez les indépendants que dans le reste de la population. Ce taux de recours plus faible, qui mérite d'être étudié plus avant, semble plutôt correspondre à une moindre propension à recourir aux soins et à la protection maladie complémentaire, ou à une montée en charge plus lente du dispositif.

**G 03** composition des bénéficiaires de la CMU complémentaire au 30 septembre 2000




Champ : France entière
Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA et DREES

### *5 % des dossiers gérés par un organisme complémentaire*

Au 30 septembre 2000, la CMU complémentaire est gérée dans la quasi-totalité des cas par l'organisme de base (95 %), c'est-à-dire la caisse d'assurance maladie qui gère également la protection de base. La CMU n'est gérée par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, assurance privée) que pour 221 000 bénéficiaires au 30 septembre. Or la gestion par un organisme complémentaire offre potentiellement aux personnes qui sortiraient du dispositif, en raison de leur niveau de ressources, des prestations complémentaires à tarif privilégié auprès du même organisme pendant une durée d'un an. Le faible niveau de recours à d'autres organismes que les caisses d'assurance maladie s'explique sans doute largement à cette date par le transfert automatique à la CMU des bénéficiaires de l'aide médicale. Ce transfert s'est, en effet, accompagné

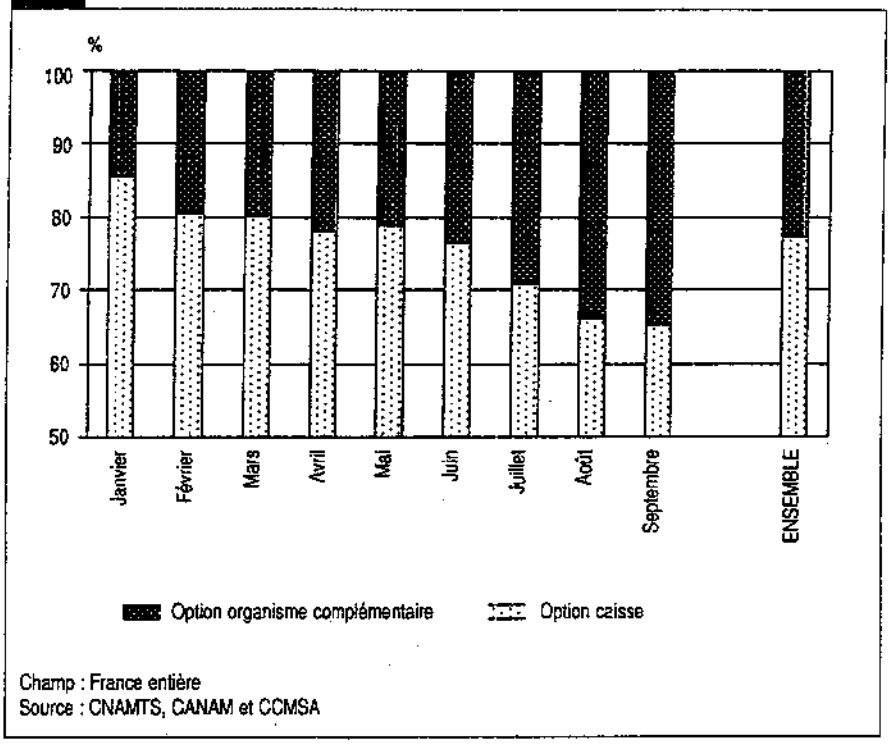


Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C

systématiquement dans un premier temps d'une gestion par la caisse d'assurance maladie. Le choix de l'organisme complémentaire sera proposé à ces bénéficiaires particuliers, lors de l'examen de leurs ressources pour le renouvellement des droits à la CMU.

Les nouveaux bénéficiaires sont, en revanche, plus nombreux à choisir un autre organisme pour gérer leur couverture complémentaire. La gestion par un organisme complémentaire concerne 23 % des 878 000 nouveaux bénéficiaires affiliés entre le 2 janvier et le 30 septembre 2000. La part des nouveaux affiliés privilégiant la gestion par un organisme complémentaire a ainsi progressé au fil du temps passant de 14 % au mois de janvier 2000 à 35 % au mois de septembre (graphique 4).

**G•04** évolution de la répartition des flux des nouveaux bénéficiaires entre option «caisse» et option «organisme complémentaire»

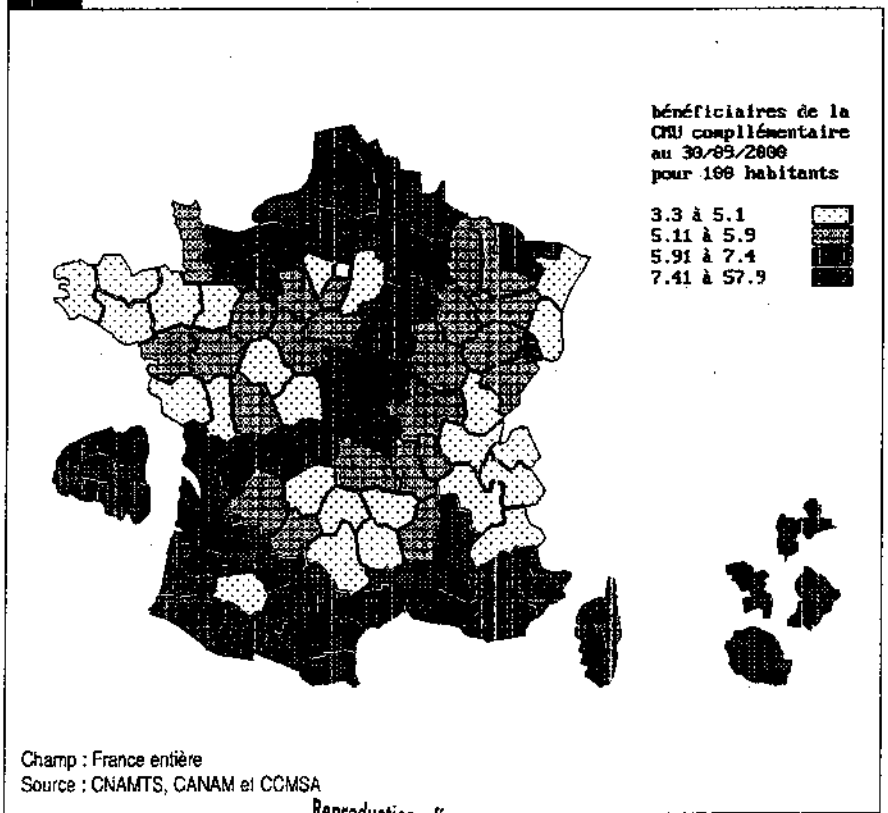



Champ : France entière
Source : CNAMTS, CANAM et CCMSA

### *Des différences départementales encore largement liées aux anciennes disparités de l'aide médicale*

Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire représente 7 % de la population métropolitaine, contre 5 % pour la population anciennement couverte par l'AMG. Les taux départementaux vont de 3,3 % dans le département de la Mayenne à 12,9 % dans le Vaucluse (carte). Les départements où la proportion de bénéficiaires est la plus élevée se situent principalement dans deux zones géographiques : un croissant sud-sud-est (Ariège, Aude, Pyrénées-Orientales, Hérault, Gard, Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Drôme) et un croissant au nord de la France (Calvados, Seine-Maritime, Somme, Pas-de-Calais, Nord, Aisne). Les départements où la proportion de bénéficiaires de la CMU est la plus faible se situent dans les régions Bretagne, Pays de Loire, Limousin, Auvergne ou encore Rhône-Alpes.

**C•01** taux de couverture de la population par la CMU par département




Champ : France entière
Source : CNAMTS, CANAM et CCMSA

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 93 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

Compte tenu de l'importance des anciens bénéficiaires de l'AMG au sein de la population couverte par la CMU, ces disparités recouvrent largement celles observées auparavant, concernant l'aide médicale départementale : les hiérarchies départementales des taux de couverture de la population par l'AMG et par la CMU restent encore aujourd'hui très proches.

### *...mais que les évolutions récentes ont tendance à corriger*

Entre le 1er janvier 2000 et le 30 septembre 2000, la part de la population couverte par la CMU complémentaire est passée de 5,5 % à 6,7 % (régime général + régime des professions indépendantes), soit une progression de 23 %[4]. Ce taux de progression varie de 4 % dans le département de la Charente à 49 % dans le département de la Corrèze, et il est inférieur au taux moyen dans 34 départements.

Ces différences de progression corrigent en partie les disparités existant entre les départements et qui reflétaient les conditions d'admission à l'aide médicale totale ou partielle.

Ainsi, trois quarts des départements, dont le barème d'admission à l'aide médicale était plus restrictif que celui de la CMU, ou qui n'avaient pas mis en place de barème, ont un taux de progression de la population couverte grâce à la CMU supérieur à la moyenne. Ceci n'est le cas que pour la moitié seulement des départements dont le barème était équivalent ou plus favorable à celui de la CMU (tableau 1). Pour les neuf premiers mois de l'année, l'écart entre les taux de croissance observés dans ces deux catégories de départements atteint environ cinq points.

Il n'est pas impossible que les sorties du dispositif modifient la hiérarchie des départements en termes de population couverte, en particulier lorsque les dossiers des anciens titulaires de l'aide médicale seront examinés. ●

**T-01** **Répartition des départements selon le taux de progression du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire entre le 1er janvier et le 30 septembre 2000 et le barème d'admission à l'aide médicale départementale**

En nombre de départements

| | Barème de ressources pour bénéficier de l'aide médicale (en 1999) | | ENSEMBLE |
|---|---|---|---|
| | 3 500 F ou supérieur à 3 500 F (1) | Inférieur à 3 500 F ou sans barème de ressources (2) | |
| Taux de progression inférieur à 23 % | 14 | 16 | 30 |
| Taux de progression supérieur à 23 % | 14 | 44 | 58 |
| Taux de progression moyen (en %) | 20 % | 25 % | 23 % |

1. Équivalent au barème de la CMU ou plus favorable.
2. Moins favorable que le barème de la CMU (huit départements n'ont pas de barème défini).

Champ : France métropolitaine, régime général et régime des professions indépendantes
Sources : CNAMTS, CANAM, DREES

**Pour en savoir plus**

- « La couverture maladie universelle », supplément au n° 2171 des Actualités sociales hebdomadaires du 16 juin 2000.
- Marie Ruault, « L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », Études et Résultats, n° 61, DREES, avril 2000.
- Cécile Lefèvre, « Couverture maladie et RMI : réalités et perceptions. Des résultats d'enquête », Revue française des Affaires Sociales, n° 2, 1999.
- CNAMTS-DSE, « Six mois de couverture maladie universelle (dénombrement des bénéficiaires et structure des dépenses) », Point stat, n° 28, septembre 2000.
- CNAMTS-DSE, « Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU », Point stat, n° 29, octobre 2000.

4. On ne dispose pas du stock de bénéficiaires du régime agricole au 1er janvier par département.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion 59 avec l'autorisation du C.F.C. Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.F.C.

## *Études et résultats*
## derniers numéros parus

- Christel Colin avec la collaboration de Vincent Coutton : " *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance* ", Études et résultats n° 94, novembre 2000
- Murielle Monrose : " *Les demandeurs de Fonds d'aide aux jeunes - Résultats au 1er semestre 2000* " Études et résultats n° 93, novembre 2000
- Philippe Oberlin, Marie-Claude Mouquet, Anita Burgun, avec la collaboration de Denis Delamare et de Laurent Tudeau : " *Le traitement des hernies de l'aine en 1998 : un exemple de la disparité des pratiques* ", Études et résultats n° 92, novembre 2000
- Nathalie Dutheil : " *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999* ", Études et résultats n° 91, novembre 2000
- Christine Chambaz : " *Les jeunes adultes en Europe* ", Études et résultats n° 90, novembre 2000
- Sophie Audric, Ève Roumiguières : " *L'évolution du revenu libéral des médecins en 1998* ", Études et résultats n° 89, novembre 2000
- Laurence Assous, Odile Mesnard : " *Les retraites en 1999* ", Études et résultats n° 88, octobre 2000
- Roselyne Kerjosse : " *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2000* ", Études et résultats n° 87, octobre 2000
- Gérard Cornilleau, Dominique Demailly, Christel Gilles, Jean-Pierre Papin : " *Les évolutions récentes du RMI : un effet perceptible de la conjoncture économique* ", Études et résultats n° 86, octobre 2000
- Gérard Abramovici : " *Les comptes de la protection sociale en 1999* ", Études et résultats n° 85, octobre 2000
- Bertrand Lhommeau : " *Les trajectoires d'activité des allocataires du RMI de 1996 à 1998* ", Études et résultats n° 84, octobre 2000
- Xavier Niel, Marc Simon, Annick Vilain, avec la participation de Dominique Baubeau : " *Les ophtalmologues : densités géographiques et tendances d'évolution à l'horizon 2020* ", Études et résultats n° 83, septembre 2000
- Nicole Coëffic : " *Faibles retraites et minimum vieillesse* ", Études et résultats n° 82, septembre 2000
- Marie-Claude Mouquet : " *Les motifs d'hospitalisation en 1998* ", Études et résultats n° 81, septembre 2000
- Nelly Gouider : " *La conjoncture des hôpitaux publics en 1999* ", Études et résultats n° 80 septembre 2000.
- Emmanuel Woitrain : " *Les travailleurs sociaux en 1998 : environ 800 000 professionnels reconnu* ", Études et résultats n° 79 septembre 2000.
- Bruneau Maresca, Pierre Le Quéau, Gérard Badeyan, Gilbert Rotbart : " *Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin* ", Études et résultats n° 78 août 2000.
- Marc Beudaert : " *Les comptes des cliniques privées de 1992 à 1998* ", Études et résultats n° 77 août 2000.
- Christine Chambaz, Diane Lequet-Slama : " *Le Working Family Tax Credit au Royaume-Uni, un crédit d'impôt pour les parents en activité* ", Études et résultats n° 76 août 2000.
- Catherine Borrel : " *La prestation spécifique dépendance au 31 mars 2000* ", Études et résultats n° 75 juillet 2000.
- Laurence Assous, Pierre Ralle : " *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale* ", Études et résultats n° 74 juillet 2000.
- Synthèse effectuée par Gérard Badeyan et Martine Wcislo en collaboration avec Emmy Bussière, Agnès Lordier et Nicole Matet à partir de l'analyse et du rapport sur l'enquête périnatale réalisés conjointement par la DREES, la DGS et l'INSERM, élaborés par Béatrice Blondel, Christiane Du Mazaubrun, Joanna Norton et Gérard Bréart : " *La situation périnatale en France en 1998* ", Études et résultats n° 73 juillet 2000.
- Dominique Baubeau, Annie Deville, Marc Joubert, Caroline Fivaz, Isabelle Girard, Sylvie Le Laidier : " *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmé* ", Études et résultats n° 72 juillet 2000.

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion du C.E.C
Toute nouvelle reproduction nécessite l'autorisation préalable du C.E.C

**Pour obtenir *Études et résultats***

Écrire au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 • Envoyer un fax au 01 40 56 81 40 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère http://www.sante.gouv.fr/drees

# les publications de la DREES

**Ministère de l'Emploi et de la solidarité**
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

*Pour toute information sur nos publications récentes, consulter :*
**Internet : http://www.sante.gouv.fr/drees**

■

un quatre pages d'informations :

## Études et résultats

**consultable sur Internet**
*abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES*
*télécopie : 01 40 56 81 40*

trois revues trimestrielles :

## Revue française des affaires sociales

## Dossiers solidarité et santé
*deux numéros thématiques et trois numéros spéciaux par an :*
Les revenus sociaux
Les comptes de la santé
Les comptes de la protection sociale

## Cahiers de recherche de la MiRe

des ouvrages annuels

## Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

## Données sur la situation sanitaire et sociale

et aussi ...

## Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

## Indicateurs sociosanitaires comparaisons internationales - évolution 1980-1994
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

## Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

## STATISS, les régions françaises
*Minitel 3614 code STATISS*
*Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS*
**consultable sur Internet**

■

Reproduction effectuée par le Centre de Gestion du C.F.C. nécessite l'autorisation préalable de ...

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00
Internet : http://www.ladocfrancaise.gouv.fr

8



Directrice de la publication : Mireille ELBAUM
• Rédactrice en chef technique : Anne EVANS • Conseiller technique : Gilbert ROTBART • Secrétaires de rédaction Catherine Fort, Marie-Hélène Bellegou • Mise en page : Régis GOURRAUD • Impression : ATT du ministère de l'Emploi et de la solidarité
Internet : http://www.sante.gouv.fr/drees
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN : 1292-6876 - CP en cours