

**Première évaluation de l'application
de la loi du 27 juillet 1999 portant
création d'une couverture maladie
universelle (CMU)**

TOME I

RAPPORT DEFINITIF

Rapport présenté par :

Yves CARCENAC et Evelyne LIOUVILLE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n° 2001 112
Décembre 2001

Par lettre de mission datée du 14 mai 2001, la ministre de l'emploi et de la solidarité a chargé M. Yves CARCENAC, inspecteur général des affaires sociales, assisté de Madame Evelyne LIOUVILLE, également membre de l'IGAS, de préparer le projet de rapport d'évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), que le Gouvernement doit adresser au Parlement, conformément aux dispositions de l'article 34 de cette loi.

Le rapport traite dans six chapitres distincts des principales questions que soulève l'application de la loi portant création de la CMU ; dans sa conclusion, il propose une synthèse des principales observations et formule des recommandations sous forme d'orientations générales, déclinées en actions concrètes.

Chapitre 1 : La montée en charge du dispositif depuis le 1er janvier 2000

La loi du 27 juillet 1999 a institué deux dispositifs en vue de généraliser la protection sociale de base et de favoriser l'accès aux soins des plus démunis : la CMU de base et la CMU complémentaire. Ils se substituent à l'assurance personnelle, dont le fonctionnement était devenu inadapté, et à l'aide médicale départementale (AMD), qui pêchait notamment par son caractère fortement inégalitaire.

Au 30 septembre 2001, la CMU de base concernait plus de 1,2 million de bénéficiaires, avec un effectif d'assurés très proche des prévisions (700.000) et nettement supérieur à celui des anciens assurés personnels. De son côté, la CMUC couvrait plus de 4,6 millions de personnes – contre 5,2 millions en juin 2001, avant le début de la campagne de réexamen des droits -, soit une progression de plus d'un tiers par rapport aux quelque 3,3 millions de personnes bénéficiant, en 1999, de la couverture de soins médicaux financés par l'AMD. Cet effectif est inférieur aux prévisions associées au vote de la loi (6 millions), basées sur des données 1997 ; cet écart s'explique, pour l'essentiel, par l'amélioration depuis cette date de la situation économique et de l'emploi, ainsi que par diverses surestimations, liées notamment à certaines méconnaissances des revenus réels dans le régime agricole et dans celui des professions indépendantes.

La connaissance des populations couvertes devra être progressivement affinée. Les enquêtes actuelles montrent que le dispositif bénéficie à des publics plutôt jeunes, à dominante féminine et dans une situation socio-économique précaire. La répartition géographique apparaît inégale, avec une concentration dans les arcs Nord-Ouest et Sud-Est en métropole et à la Réunion dans les DOM, assez proche des cartes du RMI ; cependant, les évolutions constatées vont dans le sens d'une réduction des disparités départementales de l'ancienne aide médicale.

En dépit de la difficulté de l'exercice, inhérente en partie à la brièveté des délais entre la promulgation de la loi et son application, la première phase de la réforme a été convenablement assurée, grâce à une forte mobilisation des principaux acteurs nationaux et locaux. En particulier, le basculement en CMUC des titulaires du RMI et des personnes en AMD s'est effectué correctement, moyennant des régularisations au cours du premier semestre 2000. Les premiers mois ont été néanmoins difficiles pour les caisses d'assurance maladie, en raison de l'affluence des bénéficiaires au guichet, de la persistance d'incertitudes juridiques et du temps nécessaire à la mise en place

opérationnelle des renforts de personnels autorisés par la tutelle. Par ailleurs, les organismes du régime général, qui ont bénéficié au titre de la CMU de 1.930 emplois pérennes et de 973 emplois C.D.D., ont commencé à appliquer la réforme à un moment où des modifications des systèmes informatiques contrariaient leur fonctionnement général, occasionnant souvent des allongements dans les délais de paiement. L'application du dispositif a été perturbée par plusieurs différés de réexamen des droits, de juin à octobre 2000, puis d'octobre 2000 à juin 2001, qui ont maintenu dans leurs droits à la CMUC les anciens bénéficiaires de l'AMD. Dans ce dernier cas, ce moratoire, annoncé tardivement, a été mal perçu par les caisses. Au cours du second semestre 2001, dans l'attente d'un dispositif de lissage des effets de seuil, les personnes dont les ressources mensuelles, pour une personne seule, dépassaient le plafond de 3.600 F mais n'excédaient pas 4.000 F, ont été maintenues provisoirement dans le dispositif. Ainsi, au cours de ses deux premières années d'application, la réforme n'a pas pu trouver totalement son régime de croisière. Une fois passée cette première période de traitements de masse effectués souvent dans l'urgence, plusieurs aspects devront être consolidés, notamment les procédures de pilotage et d'animation des partenariats, ainsi que les circuits d'information et de suivi.

Chapitre 2 : L'accès aux droits : le plafond de ressources et la gestion des effets de seuil

L'accès au droit à la CMU complémentaire est soumis à des conditions de ressources ; dès lors, le système est exposé à deux types de critiques : un plafond de ressources jugé insuffisant par certains, au regard notamment de divers minima sociaux, comme les allocations de base du minimum vieillesse/invalidité et l'AAH ; un « effet de seuil » qui agit comme un « couperet ». Ces observations, formulées déjà lors de la préparation et du vote de la loi, appellent plusieurs remarques. En premier lieu, plusieurs mesures ont cherché à y répondre : article 23 de la loi instituant une garantie de tarif plafonné de cotisations pour les sortants de la CMUC ayant opté pour une gestion par un organisme complémentaire, ou encore création dès 2000 au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale du régime général, d'une dotation spécifique de 400 MF pour aider les personnes « à la marge de la CMU ». En outre, les comparaisons de chiffres sont faussées par des assiettes différentes. Enfin, l'effet de seuil, diversement vécu selon les avantages accordés antérieurement par l'AMD, correspond à un changement de situation qui, tout en signifiant la disparition de la dispense d'avance de frais et des prestations gratuites associées à la CMUC, utilisables en cas de maladie, n'a pas les mêmes conséquences sociales immédiates que s'il s'agissait de la perte d'une allocation mensuelle de type RMI ; il peut toutefois être douloureusement ressenti par des personnes à revenus modestes, qui doivent engager des dépenses de soins parfois importantes et faire face à des coûts de cotisation de protection complémentaire élevés.

L'application du dispositif actuel a généré un contentieux important. Les éléments disponibles font ressortir sur l'année 2000, au niveau des CDAS, la réception de près de 38.000 recours, fondés, en quasi-totalité, sur la contestation du niveau des ressources à prendre en compte pour l'accès à la CMUC. Dans leur très grande majorité, les décisions des commissions départementales rendues en 2000, soit au total 24.000 environ, ont confirmé celles prises par les caisses d'assurance maladie en application des textes en vigueur, ou ont sursis à statuer en raison des prolongations de droits évoquées ci-dessus. Le nombre de recours a alourdi la charge de travail des DDASS, qui

assurent l'instruction des recours et le secrétariat des CDAS. En 2000, un appel a été formé contre 7,5 % des décisions des CDAS. Fin juillet 2001, la Commission centrale avait rendu 260 décisions, dont 206 concluant au rejet des recours ; elle a précisé sa jurisprudence sur certains points controversés relatifs aux ressources à prendre en compte pour accéder à la CMU complémentaire.

Face aux deux types de critiques évoquées ci-dessus, la mission s'est efforcée de tester, sur la base de quatre critères d'évaluation, huit scénarios alternatifs, dont quatre reposent sur des hypothèses de relèvement du plafond de ressources réglementaire, et quatre impliquent la recherche d'un « lissage » des effets de seuil.

Il lui a paru nécessaire de privilégier des mesures cohérentes avec l'économie générale de la loi de 1999 et compatibles avec les contraintes budgétaires à court terme. D'une façon générale, cette approche a conduit à préférer les mécanismes de lissage, dans la mesure où tout relèvement significatif du plafond, en dépit de son intérêt social, aurait une incidence financière forte et, surtout, présenterait le double inconvénient de ne couvrir qu'une fraction des allocataires du minimum vieillesse et de l'AAH et de déplacer vers un niveau supérieur l'effet de seuil, sans pour autant le supprimer pour l'avenir.

Deux mesures ont été préconisées en priorité :

- l'extension par la loi de la dispense d'avance de frais aux sortants de la CMUC, ainsi qu'aux demandeurs non entrants dont les ressources ne dépassent pas le plafond de plus de 10 % ;
- la mise en place d'aides conventionnelles à la mutualisation, dans le cadre d'un avenant aux conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'État et les régimes, afin d'harmoniser les dispositifs de prise en charge partielle des cotisations d'assurance complémentaire mis en place ou projetés dans plusieurs départements selon des modalités disparates.

Au cours des dernières semaines, le gouvernement a pris des mesures qui vont dans le sens de ces préconisations. Il a fait voter par le Parlement un amendement étendant la dispense d'avance de frais aux sortants de la CMU complémentaire ; il a par ailleurs proposé au conseil d'administration de la CNAMTS, qui doit en délibérer en janvier 2002, un avenant à la COG sur les aides à la mutualisation.

Chapitre 3 : L'accès aux droits : la mise en œuvre des procédures

La complexité administrative de certains aspects du dispositif, invoquée par divers acteurs, appellerait, selon eux, des mesures de simplification : sont ainsi soulignées, notamment, les règles de droit différentes pour la CMU de base et pour la CMUC en ce qui concerne la définition du foyer, ainsi que la base et la période de référence des ressources. Sur ce dernier point, le choix des douze derniers mois glissants, plutôt que l'année civile antérieure, s'il apparaît plus équitable, aboutit à demander de nombreuses pièces justificatives ; les résultats des tests demandés par la mission à certaines caisses semblent suggérer que le sens des décisions d'accord ou de rejet ne serait pas fondamentalement modifié par l'adoption d'une période de référence plus brève, mais

l'étroitesse des échantillons de dossiers ne permet pas de conclure sur ce point ; un examen plus approfondi des conséquences pratiques et financières serait utile avant toute décision de modification de la réglementation. Par ailleurs, les formulaires sont apparus peu lisibles et les procédures parfois trop lourdes et de surcroît non homogènes entre les organismes. Certains demandeurs d'asile ont pu être inscrits parfois à tort en AME, alors que le délai de trois mois de résidence en France ne leur est pas opposable et qu'ils ont droit à la CMU, dès lors qu'ils prouvent par tout moyen leurs démarches administratives attestant de la régularité du séjour. La demande de pièces justificatives nécessaires se concilie difficilement avec la possibilité de s'en libérer par une déclaration sur l'honneur, et plusieurs caisses souhaitent le développement de certaines formes de contrôle, afin de réduire les risques d'abus.

Malgré les importants efforts consentis par les institutions, la qualité du service à l'usager reste à améliorer dans certains domaines : la couverture du territoire pour intensifier la détection des droits potentiels ; l'accueil physique et l'entretien de recueil de la demande, notamment pour réduire les délais d'attente ; l'instruction de la demande et la notification de la décision, afin de respecter le principe d'immédiateté en matière de CMU de base, d'accélérer les délais de réponse en matière de CMU complémentaire et d'éviter certaines erreurs d'attribution de droits parfois constatées.

Par ailleurs, le partenariat entre les caisses d'assurance maladie gestionnaires et les institutions sociales de proximité pouvant, selon les termes de la loi, apporter leur concours aux intéressés, semble insuffisamment développé. Malgré une circulaire de la caisse nationale fin 1999, la coopération entre les CPAM et les services des CRAM paraît encore trop limitée. Celle instituée avec les CAF s'élargit grâce à l'accès d'agents des caisses d'assurance maladie au programme CAFPRO des caisses d'allocations familiales, mais les échanges de données informatisées sont limités par la persistance d'identifiants différents. Le désengagement de nombreux CCAS pose le problème du rôle de ces structures dans le dispositif CMU ; le litige entre l'UNCCAS et l'Administration, fondé notamment sur l'absence de rémunération des prestations des centres communaux, a contribué à la faible participation de ces structures, anciens pivots de l'aide médicale départementale, à la détection des droits et à l'accompagnement des demandeurs de CMU. En outre, le refus de nombreux CCAS de s'impliquer en matière de domiciliation des SDF, alors que la loi les y habilite de plein droit, risque de reporter cette charge sur des associations, qui ne sont pas toutes en mesure d'effectuer cette tâche avec la même permanence.

L'exercice du droit d'option entre l'organisme d'assurance maladie ou un organisme complémentaire (O.C.) a été fréquemment différé lors de la première phase d'application de la loi, comme le montrent les statistiques fin 2000 (93 % des bénéficiaires gérés par les CPAM). Plusieurs raisons expliquent cette forte prédominance : souci d'éviter les ruptures de droits ; simplicité pour le demandeur de confier la gestion de l'ensemble des prestations à l'organisme de base ; mise en place tardive des procédures télématiques prévues pour assurer le tiers payant coordonné. Toutefois, une normalisation de la situation s'est opérée progressivement en 2001, comme en témoignent les données fin septembre 2001 : à cette date, plus de 12 % des bénéficiaires sont gérés par des O.C., cette proportion représentant depuis plusieurs mois environ 20 % des flux mensuels d'entrée en CMUC. Les dispositions pragmatiques des arrêtés du 26 mai et du 28 juin 2000, précisant les modalités

d'application des procédures « a » et « b », ont permis de faire évoluer un processus jusque là largement bloqué. Les pratiques des caisses, d'ailleurs différentes sur certains aspects, semblent s'être normalisées et respectent, au vu des quelques contrôles effectués, le principe de neutralité vis-à-vis du libre choix des demandeurs. Pour autant, au-delà des litiges portés par certaines institutions devant les instances européennes pour incompatibilité, selon elles, de la loi CMU avec le traité de Rome, des difficultés techniques demeurent et affectent les relations entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie, ainsi que les délais de remboursement aux professionnels de santé. Elles pourraient progressivement s'atténuer à la suite de « balayages de fichiers » périodiques. Enfin, les O.C., dont certains ont dès à présent renoncé à continuer à participer au dispositif, demandent une revalorisation des déductions (375 F par trimestre et par bénéficiaire) qu'ils sont autorisés à pratiquer sur leur contribution au Fonds de financement de la CMU complémentaire (1,75 % de leur chiffre d'affaires « Santé » hors taxe).

Chapitre 4 : L'accès aux soins des plus démunis

Favoriser l'accès effectif aux soins des personnes les plus démunies constitue l'objectif majeur de la réforme. Les premiers constats sur les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU et sur les profils de consommation médicale, s'ils ne donnent encore qu'une vision partielle des résultats en ce domaine, paraissent néanmoins encourageants.

Les statistiques disponibles font état d'un montant de dépenses de protection complémentaire en matière de santé de l'ordre de 5,74 milliards en 2000, mais elles ne reflètent qu'imparfaitement la totalité des soins consommés. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire a fait l'objet ces derniers mois de plusieurs évaluations successives : elle a été finalement estimée pour 2000 à un peu plus de 1.400 F (1.569 F pour le régime général - 1.142 F pour les O.C., selon l'enquête menée par le Fonds CMU auprès de 16 O.C. en décembre 2001). La dépense moyenne par bénéficiaire en 2001 pourrait avoisiner 1.600 F.

A âge et sexe identiques, la consommation moyenne des bénéficiaires de la CMUC est plus forte que celle des autres patients du régime général : sur les soins de ville, elle était supérieure de plus de 15 % en 2000 (5.276 F contre 4.566 F). Les études réalisées montrent, en dépit d'une tendance au rapprochement des structures des dépenses, le maintien de certaines spécificités des consommations des populations démunies au regard des dépenses des assurés de droit commun. Ainsi, par exemple, en matière de soins ambulatoires, les bénéficiaires de la CMU consultent davantage les médecins généralistes que les spécialistes et recourent plus fréquemment que les autres patients aux visites à domicile. Leurs dépenses se caractérisent par le poids élevé des médicaments et des honoraires médicaux, et un moindre recours aux soins dentaires et d'optique.

Outre la couverture intégrale du ticket modérateur et du forfait journalier, les bénéficiaires de la CMUC ont droit à la prise en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les prestations composant le « panier de soins », qui sont admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. Quatre arrêtés datés du 31 décembre 1999, pris après l'échec des négociations conventionnelles, ont fixé les prix maximum applicables, respectivement, aux dispositifs médicaux, aux

prothèses auditives, à l'optique et aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale.

Ces dispositions ont permis aux populations démunies d'accéder à une offre de soins plus large et plus diversifiée et de réduire le taux des renoncements aux soins pour raisons financières. Cependant leur mise en œuvre s'est heurtée à certaines difficultés : en particulier, les prescriptions de l'arrêté relatif aux prothèses dentaires sont contestées par la profession, qui estime insuffisant le niveau de certains tarifs de prestations. Par ailleurs, cet arrêté fixe un plafond de 2.600 F par bénéficiaire et par période de deux ans, en admettant toutefois des dérogations, notamment « en cas d'impérieuse nécessité médicale » constatée par le contrôle médical de la caisse. Cette disposition s'avère, dans la pratique, difficile à gérer et porteuse de risques d'inégalités ; le concept d'impérieuse nécessité médicale n'a pas de signification opérationnelle, selon le rapport du professeur ZEILIG, qui a proposé de neutraliser les effets de l'arrêté pendant un an, afin de permettre au praticien de définir un plan de traitement du patient. Plus généralement, le litige tarifaire intéressant le panier de soins de la CMUC s'inscrit dans le débat plus large de l'actualisation de la nomenclature et de l'instauration de nouvelles relations entre la profession, l'assurance maladie et les pouvoirs publics, qui a fait l'objet du rapport YAHIEL, remis récemment au Gouvernement. Plusieurs mesures ont été décidées fin 2001 par le gouvernement, notamment la suppression du plafond de 2.600 F.

La mise en œuvre de la CMU a été facilitée par l'attitude globalement positive des professionnels de santé, mais l'accès effectif aux soins a pu être contrarié, dans certains cas, par le comportement discutable de certains d'entre eux, sous des formes diverses : dépassements par rapport aux tarifs CMU ; refus de pratiquer le tiers payant ; refus de soins. D'après les indications recueillies, ils ont été, le plus souvent, le fait de dentistes et d'orthodontistes, à un degré moindre d'opticiens et d'autres catégories de praticiens. Les intéressés justifient leur attitude par les difficultés du tiers payant et par la tarification, selon eux insuffisante, de certaines prestations du panier de soins. Ces comportements prennent souvent des formes plus insidieuses (orientation vers les centres de soins mutualistes, absence de rendez-vous dans des délais normaux), et les plaintes, fréquemment exprimées verbalement, sont difficiles à traiter dans le cadre des procédures prescrites par la circulaire ministérielle du 12 février 2001. Les exigences excessives de certains bénéficiaires de la CMU, soulignées par l'ensemble des professionnels de santé entendus par la mission, méritent aussi d'être relevées : des actions d'éducation sanitaire, élaborées en partenariat entre tous les acteurs concernés, pourraient constituer des réponses appropriées à ce type de difficultés. D'une façon plus générale, la réalisation des objectifs de la loi passe par un meilleur dialogue entre les professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et les pouvoirs publics.

L'articulation entre l'accès aux droits et l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU repose aussi sur une bonne coopération entre les caisses d'assurance maladie et les établissements de soins. Dans le cadre de la lutte contre les exclusions et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des interventions partenariales se développent sur le terrain, notamment autour des centres d'examen de santé des caisses ou de structures mutualistes et associatives. Après un début hésitant,

les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) se mettent en place en milieu hospitalier : on en compte aujourd'hui 320 et des moyens budgétaires supplémentaires (65 millions, s'ajoutant à la reconduction de 100 millions) sont prévus au budget 2002 pour financer de nouvelles permanences et unités mobiles, ainsi que des projets innovants. Cependant le fonctionnement du dispositif semble encore très disparate : intégration inégale au sein de l'hôpital, gestion parfois trop administrative, insuffisance de liens partenariaux avec les autres acteurs de terrain, fragilité de certaines équipes.

Chapitre 5 : Les dispositions financières

Le financement de la CMU associe des crédits budgétaires et diverses ressources externes. En ce qui concerne la CMU de base, il s'agit, en quasi totalité, de prélèvements fiscaux affectés ; s'agissant de la CMU complémentaire, les ressources sont constituées par les contributions des O.C. et par la dotation d'équilibre allouée au Fonds CMU par l'État. En raison notamment de l'écart constaté entre bénéficiaires prévus et bénéficiaires réels, l'équilibre a été réalisé en 2000 sans surcoût pour les finances publiques.

Les ressources ont été jusqu'ici suffisantes pour financer les dépenses de CMU complémentaire. En 2000, les charges du Fonds CMU se sont élevées à 6.867 MF et ont été couvertes par les contributions des organismes, à hauteur de 1.617 MF, et pour le solde par la subvention d'équilibre, qui a pu être ramenée de 7.000 MF à 5.250 MF. En 2001, le budget modificatif prévoit, pour un montant de dépense de 7.977 MF (dont 700 millions de provisions), une contribution nette des O.C. de l'ordre de 1.300 MF et une dotation d'équilibre ramenée de 6.600 millions à 5.833 millions, le reste étant constitué par les reprises de provisions et le report à nouveau. Pour 2002, le budget primitif table sur un volume de dépenses de 7.350 MF, sur la base d'une stabilisation du nombre de bénéficiaires à environ 4,8 millions, à financer par les contributions des O.C. (1.250 MF) et par la dotation de l'État (6.100 MF).

Le dispositif s'est mis progressivement en place depuis quelques mois. Par lettre du 8 mars 2001, la ministre de l'emploi et de la solidarité a précisé les missions et identifié les actions que le directeur du Fonds CMU doit mettre en œuvre. En particulier, l'établissement public est chargé du contrôle des déductions, conjointement avec les URSSAF, qui assurent le recouvrement des contributions. En 2001, le plan de contrôle a porté sur 12 O.C., gérant au total environ 45.000 bénéficiaires ; 37 contrôles sont envisagés en 2002. Enfin, le Fonds CMU assure les versements aux organismes de sécurité sociale au titre de la CMU complémentaire, sur la base de conventions bilatérales, et aux organismes complémentaires, lorsque le montant de la contribution due est inférieur à celui de la déduction.

Chapitre 6 : L'aide médicale de l'État

La loi du 27 juillet 1999 a notablement amélioré l'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière, et contribué à répondre à l'enjeu fort de santé publique que constitue l'accompagnement sanitaire de ces populations. L'effectif des bénéficiaires recensés par la CNAMTS est passé de 75.000 environ fin 2000 à près de 120.000 au 30 septembre 2001, avec une répartition géographique concentrée sur les

grandes agglomérations : à elles seules, les huit CPAM d'Ile-de-France gèrent 70 % des bénéficiaires de l'AME.

Quelques difficultés ont été relevées dans l'application de la loi : accueil insuffisamment banalisé dans certaines caisses, déficit d'information, réticences en matière de domiciliation.

Cependant, pour la quasi-totalité des demandes, une décision d'admission est prononcée, sur la base en général de déclarations sur l'honneur, notamment en matière de ressources.

La mission a eu par ailleurs connaissance de refus d'AME de la part de certains professionnels, en raison de retards de paiement de la caisse de Paris.

Dans la perspective d'une amélioration de l'accès aux soins, deux dispositions législatives mériteraient d'être revues :

- la distinction dans l'accès aux soins (hospitaliers et ville) en fonction de l'ancienneté de résidence en France (plus ou moins trois ans) : cette dualité de traitement paraît en soi peu fondée ; elle génère des complexités inutiles dans la gestion du dispositif ; surtout, elle constitue un obstacle sérieux à l'accès aux soins, d'autant plus que les centres d'examen de santé n'entrent pas dans la catégorie des établissements de soins. Cette règle est d'ailleurs battue en brèche de deux façons : elle ne s'applique pas aux enfants mineurs, par une tolérance administrative consentie par la circulaire du 3 mai 2000, qu'il serait plus judicieux de légaliser ; elle n'est pas mise en œuvre à Paris, ce qui crée d'ailleurs un effet d'attraction vers la CPAM parisienne, qui gère désormais 38 % de l'ensemble des bénéficiaires. La mission, qui ne croit pas que cette mesure aurait un effet inflationniste ni une incidence sur les flux migratoires, propose de supprimer cette distinction juridique ;

- le régime applicable aux enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière : un amendement parlementaire récent comporte, à l'analyse, le risque évident de se traduire par un recul pour les intéressés, qui ne bénéficieront désormais que de la CMU de base et perdront le bénéfice des prestations prises en charge par l'AME.

La loi a prévu également, au titre du deuxième alinéa de l'ancien article 187-1 du CFAS, que « *toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'État...* ». Cette disposition, introduite pour légaliser les quelques interventions à caractère humanitaire antérieurement décidées par les ministres de façon ponctuelle, s'est avérée ambiguë ; en l'absence de circulaire d'application, elle a été interprétée de façon très extensive par de nombreux acteurs, si bien que le ministère reçoit tous les mois une centaine de demandes de prise en charge, auxquelles, pour la plupart, il estime ne pouvoir donner suite. En fait, l'administration centrale distingue cinq catégories de cas, dont deux seulement correspondent à sa lecture de la loi. Il n'en reste pas moins que si, conformément à l'avis de la mission juridique du Conseil d'État, il s'agit de décisions « prises dans le cadre d'un pouvoir discrétionnaire » se prêtant mal à déconcentration, une position devrait être adoptée et portée à la connaissance des différents acteurs, sans

préjudice, le moment venu, d'une rédaction plus explicite de ce texte législatif.

Enfin, la gestion financière de l'AME est contrariée par de graves insuffisances de crédits. Fin 2001, les dettes accumulées s'élèvent à près de 1,6 milliard F, dont la moitié (784 MF) est constituée par des reliquats d'impayés sur l'ancienne AME. La dotation budgétaire prévue pour 2002, soit 400 MF, sera insuffisante pour assurer les règlements trimestriels à la CNAMTS, qui gère le dispositif par délégation de l'État.

Il convient, pour apurer le passé, de prendre des dispositions d'admission en non valeur de certaines créances, en sus des abondements de crédits qui s'avèreront indispensables, après un examen approfondi par le contrôle financier. Pour l'avenir, il semble nécessaire d'explorer plusieurs pistes juridiques concernant les dépenses d'évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion, puis de la Réunion vers la métropole, et de doter la ligne budgétaire à concurrence des besoins réels, au vu de l'évolution des effectifs de bénéficiaires et des états de frais certifiés par l'agent comptable de la CNAMTS.

Conclusion et recommandations

Ce premier rapport d'évaluation de l'application de la loi ne prétend pas être exhaustif ; il est par ailleurs tributaire d'une certaine diversité des situations, dans le temps et dans l'espace ; enfin, il manque de recul sur certains points importants, en raison notamment des reports successifs de réexamen des droits intervenus au cours de la période examinée.

La synthèse des principales observations proposée par la mission peut se décliner comme suit :

- une grande réforme sociale, attendue et saluée par la grande majorité des acteurs ;
- une mise en place rapide et dans l'ensemble réussie ;
- des difficultés d'application de la loi, dont certaines ne sont pas encore totalement réglées : il s'agit, notamment, de la place des organismes de protection complémentaire dans la gestion de la CMUC et de l'organisation du tiers payant coordonné entre les caisses de base et ces O.C. ; de l'attitude de certains professionnels de santé, à mettre toutefois en relation avec des retards de paiement, divers litiges d'ordre tarifaire et le comportement de certains patients ; de la faible implication de certains acteurs sociaux dans l'accompagnement des demandeurs de CMU, en particulier en matière de domiciliation des personnes sans domicile fixe ; enfin, de plusieurs aspects relatifs au fonctionnement de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- des questions liées à la conception du dispositif : depuis l'entrée en vigueur de la loi, le thème le plus discuté a été celui du niveau du plafond de ressources, qui va de pair avec celui de l'effet de seuil associé à la fixation de ce plafond ;
- des réponses apportées par le gouvernement dans la période récente : au cours des dernières semaines, plusieurs initiatives ont été prises en vue d'améliorer le dialogue avec les organismes complémentaires ainsi qu'avec les professionnels de santé, en particulier les chirurgiens dentistes ; par ailleurs, deux mesures visent à réduire

l'incidence négative de l'effet de seuil : l'extension du bénéfice de la dispense d'avance de frais pendant un an à toutes les personnes sortant de la CMUC et la mise en place d'un dispositif conventionnel d'aide à la mutualisation pour les personnes dont les ressources n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond réglementaire ;

- des attentes à prendre en compte : la mission considère que plusieurs points méritent dans les prochains mois une attention particulière : l'intérêt de parvenir à une stabilisation du dispositif ; la recherche de solutions équitables pour améliorer encore l'accès aux droits et aux soins des personnes à faibles ressources ; l'utilité de renforcer l'accompagnement social et administratif des demandeurs ; le souci de perfectionner les procédures de gestion, de contrôle, de suivi et d'évaluation.

A partir de cette analyse, le rapport formule des propositions en vue d'améliorer le dispositif en régime de croisière.

Propositions d'amélioration du dispositif : 6 orientations générales, déclinées en 30 actions :

Orientation 1 : minimiser l'incidence négative des effets de seuil sur l'accès effectif aux soins (actions 1 à 4) :

Deux axes sont proposés :

- assurer la réussite, dans un cadre national cohérent, des nouveaux dispositifs d'aide à la mutualisation (actions 1, 2 et 3) ;

- envisager l'extension de la dispense d'avance de frais aux demandeurs de CMU complémentaire dont les ressources n'excèdent pas le plafond de ressources de plus de 10 % (action 4).

Orientation 2 : assurer dans les délais normaux les règlements aux professionnels de santé et normaliser le fonctionnement du tiers payant coordonné.(actions 5 à 8).

Orientation 3 : mieux lier l'accès aux droits et l'accès aux soins (actions 9 à 13).

Orientation 4 : rechercher par la concertation le règlement de certains points actuellement en litige avec les professionnels de santé sur le plan tarifaire (action 14) et avec les organismes de protection complémentaire en matière de montant des déductions, au vu des évaluations sur les dépenses moyennes des bénéficiaires de la CMUC.(action 15).

Orientation 5 : simplifier et consolider, dans l'esprit de la loi, la gestion, le contrôle, le suivi et l'évaluation du dispositif en régime de croisière (actions 16 à 23).

Orientation 6 : améliorer le fonctionnement de l'aide médicale de l'État (actions 24 à 30).

Une modification législative serait nécessaire pour mettre en œuvre les cinq actions suivantes :

n° 4: dans le prolongement des dispositions conventionnelles prévues dans le projet d'avenant à la COG entre l'État et la CNAMTS pour les demandeurs non éligibles à la CMUC mais adhérant au contrat d'aide à la mutualisation, extension de la dispense d'avance de frais aux demandeurs de CMUC non entrants dans le dispositif mais situés à la marge du plafond de ressources ;

n° 15: au vu des résultats des évaluations, révision éventuelle du montant des déductions de leur contribution au Fonds CMU autorisées aux organismes complémentaires ;

n° 27: suppression de la distinction actuelle réservant aux seuls étrangers en situation irrégulière de séjour résidant en France depuis plus de trois ans l'accès aux soins de ville ;

n° 28: révision de la rédaction de la loi concernant l'affiliation à la CMU des enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière, afin d'éviter un recul des avantages accordés antérieurement aux intéressés ;

n° 29: clarification du champ de l'admission à l'AME sur décision individuelle ministérielle.

Somzmaire

INTRODUCTION	18
CHAPITRE 1 – LA MONTEE EN CHARGE DU DISPOSITIF DEPUIS LE 1 ER JANVIER 2000	21
1.1 Un accès à la protection sociale égalitaire et plus large que celui offert par les dispositifs antérieurs.....	21
1.1.1 Le dispositif de la couverture maladie universelle	21
1.1.2 Les lacunes du système de protection sociale antérieur.....	22
1.1.3 La mise en place d'un dispositif plus large, plus simple et plus équitable malgré un manque de souplesse	28
1.2 CMU de base : des objectifs quantitatifs atteints	31
1.2.1 Un accroissement récent du nombre de bénéficiaires de la CMU de base	31
1.2.2 Un nombre qui devrait se stabiliser	32
1.3 CMU complémentaire : des effectifs de bénéficiaires importants mais inférieurs aux prévisions.....	34
1.3.1 Un bilan quantitatif de la CMU complémentaire globalement satisfaisant.....	34
1.3.2 L'analyse des écarts entre bénéficiaires prévus et bénéficiaires recensés	37
1.4 Des publics plutôt jeunes et une répartition géographique proche de la carte du RMI.....	40
1.4.1 Un profil des bénéficiaires qui devra être affiné.....	40
1.4.2 Une répartition géographique inégale.....	43
1.5 Un démarrage satisfaisant dans l'ensemble, en dépit de la difficulté de l'exercice.....	47
1.5.1 Une application dans les délais de la première phase de la réforme, grâce à une forte mobilisation des principaux acteurs	47
1.5.2 Une mise en œuvre rendue difficile par la date de publication des textes d'application, et, dans certains cas, par la persistance d'incertitudes juridiques.....	48
1.5.3 Une entrée en vigueur de la loi contrariée par l'existence dans les caisses de problèmes informatiques, qui ont contribué à dégrader les délais de remboursement des prestations	50
1.5.4 Après les difficultés des premières semaines, un ajustement progressif des moyens en personnel des caisses aux besoins réels, grâce aux renforcements autorisés par la tutelle	52
1.6 Une application du dispositif perturbée par plusieurs différés de	

réexamen des droits	56
1.6.1 Trois reports successifs qui n'ont pas eu les mêmes conséquences sur la gestion par les caisses des réexamens des droits.....	56
1.6.2 Des inégalités de traitement entre les différentes catégories de bénéficiaires de la CMUC.....	60
1.6.3 Des coûts à la charge du Fonds de financement de la CMUC.....	61
1.7 Un dispositif de pilotage et de suivi à consolider.....	62
1.7.1 Le pilotage du dispositif et l'animation des partenariats	62
1.7.2 Les circuits d'information et de suivi	64

CHAPITRE 2 – L'ACCES AUX DROITS : LE PLAFOND DE RESSOURCES ET LA GESTION DES EFFETS DE SEUIL

67

2.1 Un système d'accès à la CMUC sous condition de conditions de ressources exposé à plusieurs critiques.....	67
2.1.1 Des droits ouverts sous condition de ressources.....	67
2.1.2 Deux critiques adressées au dispositif	68
2.1.3 Des critiques qui appellent cependant plusieurs remarques	70
2.2 Un contentieux important	72
2.2.1 De nombreux recours, qui ont des incidences sur la charge de travail des DDASS.....	73
2.2.2 Des éléments de jurisprudence sur certains points controversés, suite aux premiers recours devant la Commission centrale	75
2.3 L'évaluation des différents scénarios : relèvement du plafond de ressources et lissage des effets de seuil	77
2.3.1 L'appréciation des scénarios en fonction de quatre critères	77
2.3.2 Les scénarios de relèvement du plafond de ressources.....	77
2.3.3 Les scénarios de lissage des effets de seuil.....	80
2.3.4 L'intérêt de combiner plusieurs mesures cohérentes avec l'économie de la loi de 1999 et compatibles avec les contraintes à court terme.....	84
2.4 Les dispositifs d'aide à la mutualisation mis en place ou projetés par les institutions	85
2.4.1 Une philosophie commune, mais des modalités différentes selon les régimes et selon les départements.....	85
2.4.2 La situation dans les sept sites visités par la mission	88
2.5 Les mesures prises par le gouvernement fin 2001	88
2.5.1 L'extension du bénéfice de la dispense d'avance de frais aux sortants de la CMUC.....	88
2.5.2 La mise en place d'un dispositif national d'aide à la mutualisation	89
2.5.3 Le relèvement du plafond de ressources pour 2002	91

CHAPITRE 3 - L'ACCES AUX DROITS : LA MISE EN ŒUVRE DES PROCEDURES

92

3.1 Un dispositif relativement complexe dans certaines de ses modalités techniques	92
---	----

.3.1.1 Des règles de droit différentes pour la CMU de base et pour la CMUC	92
3.1.2 La lourdeur administrative du choix des douze mois glissants	94
3.1.3 Des formulaires peu lisibles, à remplir par des usagers qui ont souvent besoin d'un accompagnement	95
.3.1.4 Des procédures parfois trop lourdes et non homogènes	97
3.1.5 Des difficultés particulières d'application pour certains publics : le cas des réfugiés et des demandeurs d'asile	99
3.1.6 Une conciliation difficile entre demande de pièces justificatives, déclaration sur l'honneur et nécessité de contrôles.....	101
3.1.7 Une connaissance imparfaite de l'assiette des cotisations à la CMU de base, pouvant entraîner des inégalités de traitement	102
3.2 Une qualité de service au demandeur à améliorer dans certains domaines	103
.3.2.1 La couverture du territoire et la détection des droits	103
.3.2.2 L'accueil physique et la réduction des délais	106
.3.2.3 L'instruction de la demande et la notification de la décision	109
3.3 Un partenariat institutionnel insuffisamment développé et affecté par le désengagement des CCAS	113
3.3.1 Une coopération encore trop limitée entre les CPAM et d'autres institutions du régime général.....	114
3.3.2 Le désengagement de nombreux CCAS pose le problème du rôle de ces structures dans le dispositif CMU	118
3.3.3 Des dispositions législatives non appliquées en matière de domiciliation des personnes sans domicile fixe	122
3.4 Un droit d'option différé, à cause des retards dans la mise en place du tiers payant coordonné.....	124
.3.4.1 Des difficultés lors de la première phase d'application de la loi	124
3.4.2 Une normalisation progressive de la situation en 2001	128
.3.4.3 La persistance de certaines difficultés	131
3.4.4 Des questions de fond soulevées par certains représentants des organismes complémentaires	134
CHAPITRE 4 – L'ACCES AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS.....	136
4.1 Des premiers constats encourageants sur la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU.....	136
.4.1.1 Un développement significatif du recours aux soins.....	136
4.1.2 Une structure des dépenses spécifique aux populations démunies	140
4.2 Une mise en œuvre du panier de soins qui pose des problèmes sur le plan tarifaire.....	142
4.2.1 Un dispositif innovant	142
4.2.2 Un accès plus large aux soins, malgré une application difficile chez certains professionnels de santé.....	145
4.3 Une attitude contrastée des professionnels de santé.....	149

4.3.1 Une loi mal acceptée par certains professionnels de santé	149
4.3.2 La nécessité de renouer le dialogue entre l'État et les professionnels de santé	151
4.4 Des instruments créés dans le cadre de la lutte contre les exclusions à développer pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des bénéficiaires de la CMU	153
4.4.1 Une volonté de mettre en place une action coordonnée de prévention et d'accès aux soins pour les plus démunis dans le cadre des PRAPS	153
4.4.2 Le développement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).....	154
CHAPITRE 5 – LES DISPOSITIONS FINANCIERES	156
5.1 Un schéma général de financement associant des crédits budgétaires et diverses ressources externes	156
5.1.1 CMU de base : pour l'essentiel, des ressources budgétaires affectées	156
5.1.2 CMU complémentaire : des contributions des organismes complémentaires et une dotation d'équilibre de l'État	157
5.1.3 Un équilibre général réalisé en 2000 sans surcoût pour les finances publiques	157
5.2 Des ressources jusqu'ici suffisantes pour financer les dépenses de couverture complémentaire de santé	158
5.2.1 Les résultats de l'année 2000.....	158
5.2.2 La gestion 2001.....	160
5.3 Un dispositif progressivement mis en place par le Fonds de financement de la CMUC	163
5.3.1 Des missions diversifiées, précisées par une lettre ministérielle	163
5.3.2 Le recouvrement des contributions et la fonction de contrôle	164
5.3.3 Les versements aux caisses d'assurance maladie et aux organismes complémentaires.....	168
CHAPITRE 6 – L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT	170
6.1 Un accès aux droits et aux soins nettement amélioré pour les étrangers en situation irrégulière de séjour	170
6.1.1 La prise en charge sanitaire et sociale des étrangers sans papier : un enjeu fort de santé publique.....	170
6.1.2 Un effectif de l'ordre de 120.000 bénéficiaires	172
6.1.3 Un dispositif unifié relevant de la compétence de l'État.....	175
6.1.4 Quelques difficultés dans l'application de la loi.....	177
6.1.5 Des situations évolutives au regard des droits respectifs à l'AME et à la CMU	183
6.1.6 Des refus d'AME de la part de certains professionnels de santé	184
6.1.7 Des dispositions légales ou réglementaires à réexaminer, dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins	185

6.2 L'admission à l'aide médicale de l'État sur décision individuelle : un champ d'application à préciser	189
6.2.1 Une disposition législative ambiguë, non explicitée par une circulaire d'application	189
6.2.2 Des demandes de décisions individuelles restant fréquemment sans réponse.....	191
6.2.3 Un aperçu des cas soumis aux DDASS par les CPAM	192
6.2.4 Cinq catégories de dossiers à gérer par l'administration centrale.....	193
6.2.5 Une position devrait être adoptée et portée à la connaissance des différents acteurs	195
6.3 Une gestion financière contrariée par des insuffisances de crédits.....	195
6.3.1 Des insuffisances de crédits très préoccupantes	195
6.3.2 Une dotation initiale insuffisante en 2002 pour couvrir les remboursements courants à la CNAMTS	199
 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	 200
 LISTE DES ANNEXES	 211

INTRODUCTION

1 - Objet du rapport

L'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), dispose que « *le Gouvernement présentera au Parlement, tous les deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi* ».

A la demande de la ministre de l'emploi et de la solidarité, une mission de l'Inspection générale des affaires sociales a été diligentée afin de « *conduire l'ensemble des travaux d'élaboration* » de ce premier rapport d'évaluation de la CMU. Composée de M. Yves CARCENAC et de Mme Evelyne LIOUVILLE, membres de l'IGAS, cette mission a rassemblé les éléments disponibles nécessaires à l'établissement de ce rapport, en se conformant aux termes de la lettre de mission ministérielle du 14 mai 2001¹.

Inscrite dans le programme d'action accompagnant la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, la mise en place d'une couverture maladie universelle prévue par la loi du 27 juillet 1999 institue, sur le territoire métropolitain et dans les DOM, à compter du 1er janvier 2000, deux droits fondamentaux pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis :

- un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière : la CMU de base (CMU), ou affiliation au régime général sur critère de résidence ;

- un droit ouvert aux plus défavorisés, sous conditions de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, assortie de la dispense d'avance des frais (tiers payant) : la CMU complémentaire (CMUC).

La loi a également rénové l'aide médicale de l'État (AME) : celle-ci, compte tenu de la prise en charge par la CMU de nombreux bénéficiaires de l'ancien système, est désormais attribuée, pour l'essentiel, aux étrangers en situation irrégulière de séjour.

Le législateur, en substituant la CMU de base et la CMU complémentaire aux dispositifs antérieurs d'assurance personnelle et d'aide médicale départementale (AMD), a ainsi créé de nouveaux droits à la protection sociale, qui constituent des instruments de lutte contre les inégalités en matière de santé. L'accès effectif à ces droits, et l'amélioration de l'accès aux soins de ceux qui en bénéficient, sont donc au cœur de cette première évaluation ; celle-ci s'efforce de faire le point sur l'application de la loi dans les deux ans qui ont suivi son entrée en vigueur, au regard de ses objectifs politiques et des moyens juridiques, techniques et financiers définis et mis en œuvre par les pouvoirs publics, les caisses d'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire (O.C.) dans le cadre de la loi.

¹ jointe en **annexe n°1**

2 - Méthodologie de l'enquête

A partir de la lettre de mission, les rapporteurs ont cherché à préciser « le champ des problématiques », grâce à des entretiens avec les membres concernés du cabinet de la ministre et avec les directeurs des administrations centrales compétentes du ministère de l'emploi et de la solidarité. La mission s'est ensuite efforcée, pour assurer la transparence et l'objectivité de ses constats, de rassembler de façon cohérente le maximum d'éléments utiles dans les délais qui lui étaient impartis. Elle a utilisé quatre sources d'information pour l'élaboration du rapport :

- la documentation disponible sur la CMU : il s'agit, notamment, de la documentation générale (rapports de M. Jean-Claude BOULARD, député de la Sarthe ; travaux préparatoires ; débats parlementaires ; loi et textes d'application ; documents de présentation de la réforme...) et de divers rapports ou notes sur la CMU déjà publiés par des personnalités ou par des institutions : en particulier, les trois rapports parlementaires rédigés par Mme Odette GRZEGRZULKA, députée de l'Aisne ; le rapport annuel 2001 de l'IGAS et les trois rapports particuliers qui ont évoqué plusieurs aspects de la mise en œuvre de la CMU en 2000 ; le rapport de la Cour des Comptes accompagnant le projet de loi 2002 de financement de la sécurité sociale ; le rapport d'activité 2000 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) ; divers bilans établis par la CNAMTS ; le rapport spécifique du groupe de travail du Conseil national de lutte contre les exclusions (CNLE). La mission a également utilisé, d'une façon plus générale, le premier bilan de la mise en œuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions réalisé en juin 2000 par une mission de l'IGAS, les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, du CNLE, du Haut Comité de la Santé Publique et de nombreuses autres institutions publiques et privées ;

- le dispositif d'évaluation de la CMU mis en place sous la responsabilité générale de la DREES : il comporte sept opérations d'études ou d'enquêtes statistiques et associe les différents partenaires concernés (État, Fonds CMU, caisses nationales d'assurance maladie, CREDES, notamment). La mission a participé aux travaux du Comité de pilotage et de suivi de ces travaux et a utilisé ceux qui ont pu être disponibles avant la remise de son rapport ² ;

- les nombreux entretiens de la mission au niveau national : avec des parlementaires ayant pris une part active à la préparation et au suivi de la loi ; les responsables des services de l'État concernés, du Fonds CMU et des caisses nationales d'assurance maladie ; des représentants des professionnels de santé, des organismes de protection complémentaire, des collectivités territoriales, des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) et du monde associatif ; la présidente de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale ; l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) et des personnalités qualifiées ³ ;

- les enquêtes de terrain menées par la mission dans sept sites (Charente-Maritime, Eure, Hérault, Paris, Seine-Maritime, Seine-Saint-Denis et Réunion) : elles ont permis aux rapporteurs de rencontrer de nombreux acteurs locaux, ainsi que des techniciens des caisses et des usagers demandeurs de la CMU. Sur chaque site, un questionnaire a été rempli et validé par la direction de la CPAM visitée ⁴. Ces enquêtes

² note DREES sur le dispositif d'évaluation jointe en **annexe n°2**

³ liste des personnes rencontrées au niveau national et local jointe en **annexe n°3**

⁴ ces sept questionnaires sont joints en **annexes n°4 à 10**

locales ont actualisé et complété les observations faites par l'IGAS sur huit sites en 2000, dans le cadre de la préparation de son rapport annuel 2001 sur « Les institutions sociales face à leurs usagers ».

3 - Plan du rapport

Le présent rapport ne prétend pas être exhaustif ; en particulier, compte tenu des moyens de la mission, il se réfère presque exclusivement au fonctionnement du dispositif dans le régime général, et ne traite pas des questions spécifiques aux autres régimes. Plutôt qu'une évaluation stricto sensu, il vise à dresser un premier bilan d'application de la loi au cours de ses deux premières années de mise en œuvre.

A cette fin, la mission a identifié six grandes questions :

- le nombre et le profil des bénéficiaires recensés de la CMU correspondent-ils de façon satisfaisante aux objectifs associés au vote de la loi ?
- en matière de CMU complémentaire, comment peut-on gérer les problèmes d'effets de seuil liés au système de conditions de ressources ?
- les dispositifs mis en place permettent-ils d'assurer correctement l'accès de tous les bénéficiaires potentiels aux droits nouveaux ouverts par la loi ?
- l'extension de la couverture sociale a-t-elle, dès à présent, amélioré l'accès effectif aux soins des personnes les plus démunies ?
- dans quelles conditions le financement de la réforme et les mécanismes de transferts financiers entre les institutions concernées ont-ils été assurés ?
- comment fonctionne l'aide médicale de l'État ?

Le rapport se compose, en conséquence, de six chapitres :

- 1 - La montée en charge du dispositif depuis le 1er janvier 2000
- 2 - L'accès aux droits : le plafond de ressources et la gestion des effets de seuil
- 3 - L'accès aux droits : la mise en œuvre des procédures
- 4 - L'accès aux soins des plus démunis
- 5 - Les dispositions financières
- 6 - L'aide médicale de l'État

A partir des constats ainsi recensés, le rapport formule plusieurs propositions en vue de remédier aux difficultés mises en évidence et d'améliorer le dispositif en régime de croisière. Ces propositions, exprimées sous forme d'orientations générales, déclinées en mesures susceptibles d'être prises à brève échéance, sont rassemblées dans la conclusion.

CHAPITRE 1 – LA MONTEE EN CHARGE DU DISPOSITIF DEPUIS LE 1 ER JANVIER 2000

1.1 Un accès à la protection sociale égalitaire et plus large que celui offert par les dispositifs antérieurs

1.1.1 Le dispositif de la couverture maladie universelle

Prévue dans le programme d'action accompagnant la loi d'orientation n° 98-657 de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) constitue l'un des volets du dispositif visant à garantir un égal accès aux soins. Elle complète les deux autres mesures principales retenues par cette loi : l'établissement de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et l'installation dans les hôpitaux de permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Ce nouveau dispositif est destiné à assurer l'exercice effectif du droit de se soigner et à autoriser l'accès de tous à la même médecine, en permettant à chacun de bénéficier de la protection d'un régime de sécurité sociale et en faisant disparaître les obstacles qui conduisent de nombreux assurés à renoncer à se faire soigner ou à retarder leurs soins.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 a institué deux dispositifs complémentaires dont les objectifs répondent au même souci de généralisation de l'accès effectif aux soins :

- Garantir une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie à toutes les personnes en résidence stable et régulière sur le territoire qui n'ont pas de droits ouverts auprès d'un régime de sécurité sociale.

La CMU sur critère de résidence, dite « CMU de base », ne remet pas en cause l'existence des 19 régimes d'assurance maladie.

Elle repose sur une procédure simple : l'affiliation est immédiate, dès le dépôt de la demande, et automatique, après présentation de la carte d'identité ou, s'il s'agit d'un étranger, de la carte de séjour et de la justification de stabilité de la résidence ; les droits aux prestations en nature sont ouverts immédiatement, à risque ouvert, sans délai de latence et leur continuité est garantie.

Cette affiliation est gratuite pour les assurés dont les revenus fiscaux sont inférieurs à un plafond (fixé initialement à 3.500 F par mois pour une personne seule puis porté à 3.555,83 F en 2001) ; les autres assurés doivent acquitter une cotisation au taux de 8 % calculée sur les revenus excédant ce seuil.

- Garantir aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire gratuite.

La « CMU complémentaire » (CMUC) est accordée aux personnes remplissant les conditions de résidence en France et dont les revenus sont inférieurs en 2001 à un seuil de 3.600 F par mois pour une personne seule (à l'exception des titulaires du RMI et des membres de leur foyer qui y ont accès automatiquement). Elles bénéficient d'une prise

en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait hospitalier ainsi que, dans les limites fixées par arrêté, des dépassements de tarifs pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, pour l'optique et certains biens médicaux (audio-prothèses, appareillage) dont les prix sont libres. Il est interdit par ailleurs aux médecins pratiquant des honoraires libres de leur facturer des dépassements des tarifs de sécurité sociale.

La CMUC, qui relève de la solidarité nationale et non de l'assurance maladie, a rendu caduc le dispositif d'aide médicale prévu par la loi du 29 juillet 1992 : l'aide médicale départementale a été supprimée et une aide médicale résiduelle a été maintenue à la charge de l'État pour les personnes ne pouvant pas bénéficier de la CMU, pour l'essentiel les étrangers en situation irrégulière.

1.1.2 Les lacunes du système de protection sociale antérieur

La CMU a été instituée afin de pallier les défauts des deux dispositifs qui avaient été progressivement mis en place afin d'accompagner l'extension du système de sécurité sociale et de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies : l'assurance personnelle et l'aide médicale départementale. Malgré la généralisation de l'assurance maladie et le développement de la couverture complémentaire, malgré les améliorations notables permises par la rénovation de l'aide médicale, ces dispositifs n'avaient en effet pas permis de rendre effectif pour tous le droit à la protection de la santé inscrit dans le préambule de la Constitution de 1946.

1.1.2.1 Le régime de l'assurance personnelle

- Un dispositif destiné à accueillir toutes les personnes non couvertes par un régime obligatoire

Créé par la loi du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale, le régime de l'assurance personnelle a pris le relais de l'assurance volontaire spécifique, régime institué en 1967 pour les personnes sans activité professionnelle ou dont l'activité ne suffisait pas à ouvrir droit à prestations mais qui souffrait d'un certain nombre de défauts (notamment une adhésion subordonnée au rachat de cinq années de cotisation et à un délai de carence d'un an).

Destiné aux personnes résidant en France et n'ayant pas droit aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le régime d'assurance personnelle affiliait également les allocataires du RMI n'ayant pas de droits ouverts au régime général, les primo-demandeurs d'emploi, les étrangers dépourvus de protection médicale résidant en France depuis au moins trois mois et en possession d'un titre de séjour régulier, ainsi que les travailleurs frontaliers salariés à l'étranger et résidant en France qui n'avaient pas droit au service en France des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Ce régime s'est développé grâce à des modalités d'affiliation plus larges que dans le dispositif précédent mais aussi avec la mise en œuvre du RMI et de la réforme de l'aide médicale. L'adhésion volontaire pouvait être faite à tout moment ; le mécanisme d'affiliation provisoire mis en place par la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité

sociale, qui s'adressait à toute personne dont le régime ne pouvait être déterminé a priori, s'accompagnait d'une demande de prise en charge totale ou partielle des cotisations d'au maximum trois mois (à l'issue de ce délai, l'intéressé était réintégré dans son régime d'appartenance s'il avait pu être déterminé ou maintenu à l'assurance personnelle). L'affiliation pouvait avoir lieu également à l'initiative des caisses, sauf refus des intéressés, pour les personnes cessant de remplir les conditions pour être assujetties à l'assurance maladie et maternité d'un régime obligatoire. Enfin, l'affiliation était de plein droit pour les titulaires du RMI, les titulaires de l'allocation veuvage et les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale.

La gestion était assurée par le régime général d'assurance maladie, sauf pour les personnes rattachées au régime agricole qui, conformément à une convention conclue entre la CNAMTS et la CCMSA, étaient gérées par les caisses de MSA pour le compte du régime général.

➤ Un fonctionnement inadapté

Le régime de l'assurance personnelle s'est révélé insatisfaisant en raison de ses limites, mises en avant notamment par le Haut comité de la santé publique en février 1998 dans son rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé :

- l'exclusion de droit ou de fait d'un nombre important de personnes (les étrangers en situation irrégulière, notamment les femmes enceintes, qui n'ont de droits ouverts que dans le cadre d'une prise en charge hospitalière, les personnes sans domicile fixe, les jeunes de 18 à 25 ans non rattachés à leur famille) ;
- un dispositif réglementaire peu lisible, composé d'un empilement de textes successifs ;
- des procédures techniques peu adaptées aux personnes en situation de précarité (ex : la demande de renouvellement de demande de prise en charge des cotisations laissée à l'initiative du bénéficiaire) aboutissant souvent à des ruptures de droits ;
- le caractère facultatif (sauf pour les titulaires du RMI admis à l'aide médicale) mais définitif de l'affiliation (la sortie n'était possible qu'en cas d'assujettissement à un régime obligatoire, d'acquisition de la qualité d'ayant-droit d'un assuré ou de départ du territoire national) ;
- un système de cotisation complexe prévoyant des cotisations fixées en pourcentage du revenu imposable, avec un montant annuel minimum (13.066 F en 1999) et un montant maximum (107.397 F), ainsi qu'une cotisation annuelle forfaitaire (entre 1.336 F et 13.066 F) pour certaines catégories d'assurés (élèves d'établissements d'enseignement secondaire, jeunes de moins de 27 ans, élèves étrangers titulaires d'une bourse de leur gouvernement, travailleurs frontaliers, divorcés pour rupture de la vie commune). Un nombre important d'assurés personnels (89 % en 1999) bénéficiait d'une prise en charge totale ou partielle par les conseils généraux (ou l'État pour les personnes sans résidence stable) pour les bénéficiaires de l'aide médicale, par la caisse nationale des allocations familiales pour les titulaires de prestations familiales ou par le Fonds de solidarité vieillesse au titre de la perception du minimum vieillesse. Le montant élevé des cotisations restait toutefois difficilement supportable pour les personnes à bas revenus obligées de cotiser (en 1999, 41 % disposaient d'un revenu inférieur à 86.820 F) ou, en cas de suppression de la prise en charge des cotisations, pour les personnes victimes de l'effet de seuil lors de l'augmentation de leurs revenus ;

- la suspension de leurs droits aux prestations en nature pour les assurés qui n'étaient pas à jour de leurs cotisations.

Ce régime était en recul depuis le début de la mise en œuvre de la carte Vitale en 1998 qui avait entraîné une prolongation de trois ans de la durée de maintien des droits aux prestations en nature dans le régime dont relevait l'assuré. En décembre 1998, le nombre d'assurés personnels était de 628.800, dont 610.300 à la CNAMTS (520.000 en métropole et 90.300 dans les DOM) et 10.500 à la CCMSA. Pour 1999, les seules données disponibles concernent la métropole : 451.500 à la CNAMTS et 8.500 à la CCMSA, soit 460.000 ; si, à partir des chiffres de 1998, l'on estime entre 85.000 et 90.000 le nombre pour les DOM, le nombre total des assurés personnels en 1999 se situait aux environs de 545.000/550.000. La diminution des bénéficiaires amorcée en 1998 s'était poursuivie en 1999 avec une baisse de plus de 13 % pour les assurés de la CNAMTS en métropole et de 19 % pour ceux de la CCMSA ; cette baisse touchait davantage les titulaires du RMI, dont l'effectif a diminué de près de 15 % en un an.

1.1.2.2 L'aide médicale départementale (AMD)

➤ Un rôle important pour le développement de l'accès aux soins

Volet essentiel de l'aide sociale depuis le XIX^{ème} siècle, l'aide médicale avait pour objet de pallier les insuffisances de la protection assurantielle de base. Profondément réformée par la loi du 29 juillet 1992 modifiant la loi du 1^{er} décembre 1988 sur le RMI, elle relevait en principe de la compétence des départements, à l'exception de la prise en charge des demandeurs d'asile, des étrangers en situation irrégulière et des personnes sans domicile fixe assurée par l'État.

L'aide médicale assurait à toute personne résidant en France le droit, pour elle-même et les personnes à sa charge, à une aide pour les dépenses de soins qu'elle ne pouvait supporter. Elle jouait à deux niveaux, soit en assumant le coût des cotisations d'assurance personnelle des personnes ne relevant pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie, soit en en prenant en charge les soins hospitaliers ou à domicile non couverts par les organismes de sécurité sociale (ticket modérateur et forfait hospitalier). Cette aide pouvait être totale (avec exonération de tous les frais médicaux laissés à la charge de l'assuré et avec dispense d'avance de frais) ou partielle.

Les conditions d'ouverture de ces droits, assez complexes, distinguaient plusieurs cas :

- l'admission de plein droit des bénéficiaires du RMI et de l'allocation veuvage et des jeunes de 17 à 25 ans répondant aux conditions de revenus et de résidence pour l'octroi du RMI, pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle ; l'admission de plein droit des bénéficiaires du RMI et de l'allocation veuvage, pour la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier ;

- l'admission de plein droit à l'aide médicale, en fonction d'un barème de revenu, pour les personnes disposant de revenus supérieurs à ceux du RMI ;

- l'admission de droit commun pour les personnes en difficulté dont les ressources dépassaient le plafond du barème, avec une appréciation au cas par cas, en fonction de leurs ressources, de leurs charges et des dépenses de soins devant être engagées.

Ce dispositif, complété par de nombreuses initiatives locales comme la mise en place de cartes santé, a permis d'améliorer incontestablement l'accès aux soins des plus démunis. Les départements, dans leur ensemble, se sont fortement impliqués, en raison notamment de l'existence d'un lien étroit entre dépense et effectivité de la prestation.

Il est toutefois difficile de mesurer exactement l'importance de l'aide médicale apportée par les départements en raison du caractère incomplet des données disponibles et des difficultés de comptabilisation exposées plus loin. Ainsi, pour connaître le nombre de bénéficiaires de l'AMD, on ne peut, en l'absence de données précises à l'Assemblée des Départements de France (ADF) ou à l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS), utiliser que deux sources d'information : les données sur la CMUC en 2000 transmises par les caisses d'assurance maladie et les résultats de l'enquête effectuée par la DREES auprès des conseils généraux qui a rassemblé des informations lacunaires (absence de réponses, réponses incomplètes ou incohérentes) et non homogènes à cause de la diversité des pratiques départementales, notamment pour la définition des bénéficiaires. Ces sources ne fournissent pas les mêmes chiffres mais il n'est pas possible de corriger l'écart de 44.000 personnes constaté car il est lié à un certain nombre d'estimations imprécises.

Quoi qu'il en soit, l'aide médicale départementale avait pris une ampleur assez grande, si l'on s'en tient aux données rassemblées par la DREES dans son bilan sur l'AMD 1996-1999⁵ :

- Dépenses des départements

Selon la DREES, le montant des dépenses nettes des départements était en 1999 de 9,6 milliards de francs pour la France entière (les éléments disponibles ne permettent pas de distinguer les dépenses effectuées pour l'aide médicale proprement dite et les dépenses de gestion).

En métropole, ce montant est passé de 6,6 milliards de francs en 1996 à 8,4 milliards (3,1 milliards pour les cotisations d'assurance personnelle et 5,3 milliards pour les soins) en 1999, ce qui représentait près de 10 % des dépenses totales d'aide sociale et 1,5 % des dépenses globales de santé. Alors que la croissance des dépenses de cotisations s'était atténuée, les dépenses liées à la prise en charge des soins n'avaient pas cessé de croître depuis 1996.

Les dépenses engagées par les DOM se sont élevées en 1999 à près de 1,2 milliard de francs, 560 millions de francs pour les cotisations d'assurance personnelle et 650 millions de francs pour les soins. Alors que, depuis 1996, les dépenses de soins n'avaient augmenté que de 8 % (contre 20 % en métropole), les sommes consacrées aux cotisations ont connu un taux de croissance de 30 %, supérieur au taux moyen constaté en France métropolitaine, en raison de l'augmentation particulièrement importante du nombre de bénéficiaires du RMI.

- Nombre de bénéficiaires

⁵ « Etudes et résultats » DREES n°126 « L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999 »

En raison de l'absence de données fiables pour les DOM, les statistiques issues de l'enquête de la DREES ne portent que sur la métropole.

. En 1999, 280.000 assurés personnels (dont 87 % de bénéficiaires du RMI) ont bénéficié d'une prise en charge de leurs cotisations par les départements ; ce nombre était très fluctuant selon les années : après avoir augmenté en 1997 puis diminué l'année suivante, il avait crû à nouveau de 1,3 % en 1999.

. Parallèlement, les départements ont assuré la prise en charge complémentaire des soins (c'est-à-dire ont remboursé dans l'année au moins un soin au titre de l'AMG) de 2,93 millions de personnes, titulaires et ayants-droit, soit près de 5 % de la population française.

Dans la mesure où l'on peut estimer a posteriori le nombre de bénéficiaires dans les DOM à 440.000 (ce chiffre a été calculé à partir de l'effectif de bénéficiaires de la CMUC constaté dans ces départements le 1^{er} janvier 2000), le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale gratuite dans la France entière pourrait alors être évalué approximativement à 3,37 millions.

Tableau n° 1 – Bénéficiaires de l'aide médicale départementale en métropole

Evolution des dépenses et du nombre des bénéficiaires de l'aide médicale départementale en France métropolitaine	Montant et bénéficiaires		Taux de croissance			
	1996	1999	1998/99	1997/98	1996/97	1996/99
Prise en charge des cotisations						
<i>Dépenses nettes en francs courants (en millions de francs)</i>	2 245	3 135	1,80 %	10,40 %	24,20 %	39,60 %
<i>Dépenses nettes en francs constants (en millions de francs)</i>	2 275	3 135	1,50 %	9,90 %	23,50 %	37,80 %
<i>Bénéficiaires</i>	264 700	280 300	1,30 %	-2,30 %	9,80 %	5,90 %
Remboursements des soins						
<i>Dépenses nettes en francs courants (en millions de francs)</i>	4 351	5 266	7,70 %	5,70 %	6,30 %	21 %
<i>Dépenses nettes en francs constants (en millions de francs)</i>	4 407	5 266	7,40 %	5,20 %	5,80 %	19,50 %
<i>Bénéficiaires</i>	2 618 100	2 934 500	3,30 %	2,30 %	6,10 %	12,10 %

(Source : DREES – Etudes et résultats n° 126)

➤ Un système fortement inégalitaire

Malgré ses résultats positifs, l'aide médicale départementale souffrait d'un certain nombre de lacunes et d'imperfections, liées notamment à la multiplicité des acteurs compétents et à la lourdeur des démarches, mais sa faiblesse principale tenait à son rattachement au dispositif d'aide sociale décentralisée.

Un tel rattachement ne permettait pas aux personnes les plus démunies et les plus fragilisées de sortir de la logique d'assistance et d'accéder à un système de protection sociale leur garantissant l'exercice objectif d'un droit à la santé.

Il entraînait également une grande hétérogénéité entre les départements, créatrice d'une inégalité de traitement difficilement justifiable. Les fortes disparités départementales, selon le nombre de bénéficiaires par rapport au nombre d'habitants (cette part était la plus élevée le long du pourtour méditerranéen, dans la pointe nord et dans la zone autour des Pyrénées et de la côte atlantique sud) et selon le pourcentage des dépenses d'aide médicale par rapport à la dépense nette d'action sociale (selon l'ODAS, l'écart de 2 à 6 % entre les départements constaté avant l'instauration du RMI était en 1999 de 6 à 17 %), s'étaient accentuées.

Ces disparités, qui reflétaient pour partie la répartition sur le territoire des bénéficiaires du RMI, traduisaient, comme pour le RMI, la diversité des contextes sociaux en France. Elles traduisaient aussi les choix politiques différents faits par les départements en matière d'accessibilité. A côté des règles d'attribution légale, les conseils généraux avaient en effet adopté des modes d'organisation spécifiques rendant le dispositif plus ou moins favorable, qui portaient sur l'accès au bénéfice de l'aide ou le contenu de la prise en charge mais aussi sur les conditions de mise en œuvre des recours en récupération sur les aides octroyées.

- Conditions et modalités d'admission

Hormis les cas d'admission de plein droit prévus par la loi, les bénéficiaires étaient admis à l'aide médicale selon des critères propres à chaque département.

Selon l'enquête effectuée par la DREES (à laquelle 10 conseils généraux, sur 100, n'ont pas répondu), 70 départements avaient établi un barème officiel d'admission fixant le plafond de ressources permettant une ouverture automatique des droits. 66 départements avaient arrêté un barème pour l'admission à l'aide totale des personnes ayant de faibles ressources et non bénéficiaires du RMI (40 avaient adopté deux niveaux de barème distinguant l'admission totale ou partielle et 26 un seul barème pour l'admission totale) ; 44 départements avaient un barème pour l'admission partielle (parmi eux, 4 n'avaient que ce barème).

. Barème d'admission à l'aide médicale totale : pour plus de la moitié des départements, le plafond était égal, pour une personne seule, au montant du RMI (2.469 F en 1998) et 15 départements avaient adopté le RMI comme base, avec une majoration allant de plus de 10 % (2.671 F) à plus de 60 % (3.886 F) ; pour les autres, le plafond variait de 1.400 F (dans un département) à 4.004 F par mois, 5 départements ayant retenu le montant du minimum vieillesse.

. Barème d'admission à l'aide médicale partielle : sur les 44 départements concernés, 16 renaient une base RMI majorée (de 13 % à 80 %) et 11 départements le montant du minimum vieillesse ; dans les autres départements, le montant s'échelonnaient de 2.754 F à 4.602 F.

L'accès à l'aide médicale était valable dans tout le territoire, sauf dans 16 départements qui appliquaient des limites géographiques (avec une application réduite au département, à une liste de départements ou à la région, parfois en fonction des cas : dépassements tarifaires ou frais ambulatoires). Le fait que cette aide était liée à la résidence dans un département pouvait toutefois constituer en pratique un obstacle à la mobilité géographique, notamment pour certains demandeurs d'emploi résidant dans un

département « généreux » qui ne souhaitaient pas perdre ces avantages en acceptant un emploi dans un autre département.

- Etendue de la prise en charge

65 départements avaient institué des prises en charge de soins au-delà des tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Dans 6 cas sur 10, ces dépassements s'effectuaient sur la base d'un barème, les autres départements ayant constitué un fonds, éventuellement en coordination avec les organismes d'assurance maladie.

Si, dans la majorité des cas, les soins remboursés étaient dentaires (55 départements) et optiques (59 départements), 33 départements remboursaient par ailleurs d'autres types de soins comme les prothèses et appareillages ou des fournitures pharmaceutiques ou des examens médicaux. Au-delà, certains départements acceptaient de financer des aides indirectes telles que les frais d'obsèques, de chambre particulière en cas d'hospitalisation ou d'aide ménagère.

- Procédures de recours en récupération

Un tiers des départements avait limité l'utilisation des trois voies de recours en récupération sur les aides octroyées (obligation alimentaire, recours sur successions et hypothèque légale) ou renoncé à toute forme de récupération.

A l'exception de 5 départements qui n'avaient mis en œuvre aucune de ces mesures spécifiques, la majorité des conseils généraux avaient ainsi mis en place une politique cohérente plus favorable aux bénéficiaires que le dispositif minimum légal auquel ils étaient tenus. En 1999, selon la DREES, le rapprochement du montant des dépenses constatées et du nombre de bénéficiaires fait ressortir un montant moyen de dépense de 1.800 F par bénéficiaire mais il n'est pas possible d'établir une corrélation systématique entre les dispositions particulières adoptées en matière d'aide médicale et le montant de dépenses par bénéficiaire : ce ne sont pas les départements qui avaient le plus élargi le dispositif qui avaient le montant de dépenses nettes par bénéficiaire le plus élevé.

L'aide sociale décentralisée a certainement donné lieu à l'exercice d'une solidarité plus proche mais elle n'a pas permis une prise en charge homogène de l'aide médicale sur l'ensemble du territoire. Elle a toutefois préparé le terrain à la CMU et facilité sa mise en place rapide.

1.1.3 La mise en place d'un dispositif plus large, plus simple et plus équitable malgré un manque de souplesse

Le dispositif institué par la loi du 27 juillet 1999 est novateur dans sa conception, dans la mesure où il met un terme au processus de généralisation progressive de l'assurance maladie engagé depuis 1945 et où il fait passer les personnes les plus démunies d'un système d'assistance à l'exercice d'un droit objectif reconnu à une couverture complémentaire. Il rompt les liens entre cotisations et droits et entre activité professionnelle et droits.

Il ne bouleverse cependant ni les structures existantes, ni les règles pratiques de base appliquées dans les dispositifs mis en place précédemment, comme le régime d'assurance personnelle et le RMI : ainsi, dans un souci de simplification, il applique, pour la CMU de base, les mêmes critères d'affiliation (résidence stable et régulière sur le territoire national et absence de droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité) que ceux de l'assurance personnelle ; pour la CMU complémentaire, il reprend les conditions retenues pour l'attribution du RMI pour la prise en compte des catégories de ressources, pour le calcul des forfaits applicables à certaines aides ou pour le calcul de la majoration familiale du plafond de ressources.

Ce nouveau dispositif présente plusieurs caractéristiques qui permettent d'atténuer les défauts du système de protection antérieur :

- Un champ d'application élargi

La CMUC est basée sur les conditions de résidence et les ressources des personnes et non sur leur statut catégoriel : elle concerne les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond de 3.500 F (puis 3.600 F), ce qui permet d'atteindre les exclus et les personnes en situation précaire (allocataires du RMI, chômeurs, personnes en fin de droits..) mais aussi les salariés aux revenus les plus modestes n'ayant pas accès aux soins.

A partir des données 1997 fournies par les caisses nationales de sécurité sociale, des éléments disponibles sur l'aide médicale départementale, des enquêtes du CREDES sur la santé et la protection sociale et de l'INSEE sur les revenus des ménages, le nombre de personnes susceptibles de relever de la CMU a été ainsi évalué lors du vote de la loi :

- . pour la CMU de base, environ 700.000 personnes assurées, dont :
 - + près de 550.000 assurés personnels (50.000 cotisants et 500.000 assurés bénéficiant d'une prise en charge de leur cotisation par un organisme tiers)
 - + environ 150.000 personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance maladie
- . pour la CMU complémentaire, environ 6 millions de bénéficiaires, assurés ou ayants droit (soit environ 3 millions de foyers), correspondant aux 10 % de la population les plus démunis.

Cette estimation effectuée en fonction des données alors disponibles et de la réglementation prévue en matière de seuils fait apparaître un nombre de personnes susceptibles de relever de la CMU beaucoup plus important que le nombre des bénéficiaires des dispositifs antérieurs évalué lors du vote de la loi, soit environ 550.000 assurés personnels et 2,5 millions de bénéficiaires de l'aide médicale départementale avec une prise en charge à 100 %.

- Des procédures simplifiées

La loi a prévu des mécanismes simples et rapides, particulièrement adaptés aux personnes défavorisées, souvent désocialisées, qui se heurtaient jusqu'alors à la complexité du système administratif et préféreraient parfois ne pas engager des démarches jugées incompréhensibles ou humiliantes :

- . une affiliation à la CMU de base immédiate et automatique qui ouvre sans délai le droit aux prestations en nature ;

- . l'instauration d'un guichet unique dans les CPAM pour les demandes de CMU complémentaire, qui s'accompagne d'un droit d'option des organismes gestionnaires ;

- . la prise en compte des difficultés particulières rencontrées par certains publics (procédure de domiciliation des sans domicile fixe, accompagnement par des organismes habilités à apporter leur concours, possibilité d'admission immédiate à la protection complémentaire...).

- Un système plus équitable

Plusieurs dispositions ont pour but de rendre l'accès aux soins effectif pour tous :

- . l'affiliation obligatoire, sauf exceptions limitées (membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, certains agents d'une organisation internationale retraités, personnes venues pour suivre un traitement médical ou une cure...), pour toute personne résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine ou dans un DOM et l'ouverture immédiate du droit aux prestations pour ses ayants-droit ; la création d'une catégorie particulière « d'ayants-droit autonomes » pour des personnes se trouvant antérieurement sans protection comme les jeunes âgés de 16 ans en rupture familiale ;

- . le principe de continuité des droits : aucun organisme ne peut cesser de verser les prestations s'il ne s'est pas assuré que l'assuré bénéficie des prestations d'un autre régime ou organisme ; par ailleurs, un assuré ne peut perdre le bénéfice des prestations que s'il cesse de remplir la condition de résidence ou s'il est présumé absent ;

- . la prise en compte de la situation financière des assurés : pour la CMU de base, l'application du principe de contributivité en vigueur pour la sécurité sociale, avec l'institution d'un plafond de ressources en deçà duquel il ne sera pas demandé de cotisations et d'un abattement, d'une valeur égale au plafond, pour le calcul du revenu auquel sera appliqué un taux de cotisation proportionnel – pour la CMU complémentaire, la fixation d'un seuil permettant de couvrir la partie de la population dont le niveau de revenu est un obstacle significatif à l'acquisition d'une couverture complémentaire et l'absence de cotisation pour les bénéficiaires ;

- . l'application des mêmes critères et des mêmes règles pour l'ensemble des bénéficiaires, sur tout le territoire.

- Des règles strictes

Le législateur a fixé des règles précises pour l'exercice du droit à la CMUC, qui n'admettent aucune dérogation ou examen au cas par cas en fonction de situations particulières ou de besoins spécifiques. L'attribution de la CMUC est fondée sur le seul montant des ressources des demandeurs et les dépenses médicales prises en charge sont strictement définies dans le cadre d'un « panier de soins » déterminé réglementairement.

Même si l'imprécision des données disponibles sur l'AMD à la veille de la réforme rend les comparaisons difficiles, la CMU représente, sauf exception particulière, un progrès incontestable par rapport à l'aide médicale. Elle est en effet, dans l'ensemble, plus favorable que les dispositifs mis en place dans les départements, tant du point de vue des barèmes retenus que des prestations servies.

S'agissant des comparaisons sur les barèmes, il ressort que le plafond de ressources retenu nationalement pour la CMUC est supérieur à celui en vigueur en 1999 pour l'admission totale de droit à l'aide médicale dans la très grande majorité des départements. La moitié des 70 départements qui avaient adopté un barème avaient opté pour un taux aligné sur le montant du RMI (2.500 F), la plupart des autres appliquant à ce montant un taux multiplicateur. Au regard du plafond de 3.500 F pour une personne seule fixé en 2000 pour la CMU, seulement 8 départements avaient un barème au-dessus de ce montant, correspondant à 1,4 fois le RMI. En intégrant l'incidence de la prise en compte du forfait logement dans la détermination des ressources pour l'accès à la CMUC, 10 départements (9 en 2001), représentant au total environ le 1/6^{ème} de la population métropolitaine, avaient un barème plus favorable, à savoir Paris, l'Essonne et les Hauts de Seine (4.000 F), la Haute-Garonne (3.680 F), les Landes (3.664 F), les Alpes-Maritimes (3.626 F), le Val-d'Oise (3.578 F), l'Ille-et-Vilaine (3.540 F), la Haute-Loire (3.400 F) et l'Aisne (3.250 F). En admission partielle, moins directement comparable à la CMUC, le barème retenu était supérieur au plafond CMU hors forfait logement dans près de la moitié des 44 départements qui avaient adopté un barème d'admission à l'aide partielle.

Ces comparaisons sur les barèmes doivent tenir compte de l'étendue réelle des prestations offertes aux bénéficiaires. Au regard de ceux procurés par la CMUC (tiers payant, ticket modérateur, forfait journalier, panier de soins), les avantages associés à l'AMD étaient fréquemment moins importants, même si les dispositifs départementaux pouvaient autoriser l'appréciation au cas par cas de certaines situations individuelles.

1.2 CMU de base : des objectifs quantitatifs atteints

1.2.1 Un accroissement récent du nombre de bénéficiaires de la CMU de base

A la fin du mois de septembre 2001, 21 mois après l'entrée en vigueur de la couverture maladie universelle, 1,2 million de personnes (selon les données encore provisoires disponibles en décembre), dont 243.000 dans les DOM, étaient affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence : 2 % de la population française bénéficie ainsi aujourd'hui de la CMU de base.

Ce chiffre correspond au nombre d'assurés personnels qui ont été transférés automatiquement au 1^{er} janvier 2000, soit 1.013.000 assurés et ayants-droit (999.700, dont 555.000 assurés et 444.700 ayants-droit, à la CNAMTS et 13.300 à la CCMSA), et aux nouveaux bénéficiaires (200.000). Le nombre des bénéficiaires de la CMU de base s'est accru de 20 % depuis janvier 2000 mais de façon discontinue : les trois premiers trimestres de l'année 2000 ont été marqués par une baisse des affiliations puis le montant des flux a augmenté régulièrement. La proportion d'ayants-droit par rapport aux assurés, quant à elle, reste assez constante, aux alentours de 43 % dans la France entière mais elle est plus élevée dans les DOM (53 %).

L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence est assortie d'un paiement de cotisations pour une minorité de bénéficiaires (4 %), la quasi-totalité d'entre-eux ayant un niveau de ressources qui les en exempte. 86 % de ces bénéficiaires sont d'ailleurs également affiliés à la CMU complémentaire.

Tableau n° 2 – Bénéficiaires de la CMU de base

Bénéficiaires de la CMU de base (métropole)	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Régime général (hors sections locales mutualistes)	798.546	847.027	878.532	926.794	958.049
Régime agricole	13.300	12.327	12.112	10.299	9.892
Ensemble	811.846	859.354	890.644	937.093	967.941

Bénéficiaires de la CMU de base (DOM)	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Régime général (hors sections locales mutualistes)	201.201	212.087	225.339	238.793	243.006
Régime agricole**	-	-	-	-	-
Ensemble	201.201	212.087	225.339	238.793	243.006

Bénéficiaires de la CMU de base (France entière)	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Régime général (hors sections locales mutualistes)	999.747	1.060.114	1.103.871	1.165.587	1.201.055
Régime agricole**	13.300	12.327	12.112	10.229	9.892
Ensemble	1.013.047	1.072.441	1.115.983	1.175.886	1.210.947

(Source : DREES)

* Données provisoires disponibles en décembre 2001

** La CCMSA ne dispose pas de données sur ses bénéficiaires qui sont intégrés dans les statistiques des CGSS)

1.2.2 Un nombre qui devrait se stabiliser

Le nombre d'assurés, stricto sensu, bénéficiaires de la CMU de base, soit 692.000 fin septembre 2001, est très proche du chiffre estimé en 1999 - 700.000 personnes, dont 550.000 anciens assurés personnels et 150.000 nouveaux bénéficiaires.

Le nombre des assurés personnels basculés dans le nouveau dispositif est pratiquement identique aux estimations antérieures, qui reposaient sur des statistiques assez précises. Par contre, le nombre de nouveaux bénéficiaires, c'est-à-dire les personnes qui étaient jusqu'alors dépourvues de droits, était plus délicat à évaluer en raison de la méconnaissance des publics concernés et de l'impossibilité de retenir une base scientifique fiable. Le nombre effectif de nouveaux bénéficiaires n'atteignait qu'un tiers des prévisions initiales au bout de six mois d'application mais, grâce à une progression en flux nets de 20.000 à 35.000 par trimestre, il était de 200.000 à la fin du troisième trimestre 2001.

La CMU de base atteint et dépasse aujourd'hui l'objectif initial qui lui avait été assigné et réussit à toucher les personnes qui étaient exclues de fait du système de sécurité sociale, grâce en grande partie à l'efficacité du dispositif de communication mis en place.

En l'absence de données sur le profil des bénéficiaires qui ne font pas l'objet d'une identification particulière dans le fichier des assurés sociaux, il n'est pas possible de connaître les caractéristiques de ces nouveaux assurés et les éléments qui expliquaient

l'absence de toute couverture sociale. On peut toutefois supposer que, hormis certains marginaux, l'essentiel des bénéficiaires potentiels de la CMU de base sont désormais couverts et que le nombre total devrait se stabiliser autour de 1,2 million.

1.3 CMU complémentaire : des effectifs de bénéficiaires importants mais inférieurs aux prévisions

1.3.1 Un bilan quantitatif de la CMU complémentaire globalement satisfaisant

1.3.1.1 Une montée en charge de la CMUC progressive jusqu'au mois de juin 2001

Au 30 juin 2001, 5,3 millions de personnes (dont 4,7 millions en métropole) bénéficiaient de la CMU complémentaire en France. La révision des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale engagée au cours de l'été, qui est présentée dans la suite du rapport, a, comme prévu, entraîné une forte baisse de ce nombre qui est tombé à 4,6 millions au mois de septembre, soit 7,7 % de la population française.

La répartition entre les régimes est inégale, avec une prédominance du régime général qui accueille 94,1 % des bénéficiaires, alors que 3,2 % d'entre eux relèvent du régime agricole et 2,7 % du régime des professions indépendantes (les 20.000 bénéficiaires des régimes spéciaux et des sections locales mutualistes – SLM - sont affiliés en majorité aux régimes des marins et des militaires). Cette répartition n'a pratiquement pas varié depuis juin 2000.

Tableau n° 3 – Bénéficiaires de la CMU complémentaire

Bénéficiaires de la CMUC (métropole)	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Régime général (hors SLM)	3.118.214	3.691.214	4.141.703	4.373.654	3.748.399
Régime des professions indépendantes	77.969	105.436	119.910	127.246	120.442
Régime agricole	122.320	147.892	160.881	166.084	150.611
Ensemble	3.318.503	3.944.542	4.422.494	4.666.984	4.019.452

Bénéficiaires de la CMUC (DOM)	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Régime général (hors SLM)	484.517	552.849	611.617	651.577	615.177
Régime des professions indépendantes	2.581	3.876	5.550	5.774	3.871
Régime agricole**	-	-	-	-	-
Ensemble	487.098	556.725	617.167	657.351	619.048

Bénéficiaires de la CMUC (France entière)	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Régime général (hors SLM)	3.602.731	4.244.063	4.753.320	5.025.231	4.363.576
Régime des professions indépendantes	80.550	109.312	125.460	133.020	124.313
Régime agricole**	122.320	147.892	160.881	166.084	150.611
Ensemble	3.805.601	4.501.267	5.039.661	5.234.335	4.638.500

(Source : DREES * Données provisoires disponibles en décembre 2001

** La CCMSA ne dispose pas de données sur ses bénéficiaires qui sont intégrés dans les statistiques des CGSS)

1.3.1.2 Une progression de plus d'un tiers du nombre de bénéficiaires par rapport à l'aide médicale départementale

Les personnes qui relevaient de l'aide médicale départementale à la fin 1999 se sont automatiquement vues attribuer la CMUC grâce à l'opération de bascule des fichiers informatiques des conseils généraux vers les caisses d'assurance maladie.

Cette opération s'est révélée en pratique assez complexe et elle a donné lieu à quelques hésitations lors de la publication des premiers chiffres qui oscillaient entre 3,4 millions et 3,8 millions en janvier 2000. Les statisticiens se sont en effet heurtés à des difficultés de comptabilisation qu'ils n'ont pas pu résoudre et qu'ils ont essayé de contourner en procédant à différentes estimations a posteriori.

En décembre 1999, les fichiers de 3 millions de personnes ont été transférés (2,8 pour la CNAMTS, 0,1 pour la CCMSA et 0,008 pour la CANAM) mais le montant de ce « stock » ainsi constitué a dû être modifié par la suite pour tenir compte de plusieurs éléments :

- 300.000 bénéficiaires de l'aide médicale qui n'avaient pas été enregistrés, soit en raison de la mauvaise qualité de certains fichiers, soit en raison de la date de leur admission (entre l'opération de bascule effectuée en octobre et la fin du mois de décembre), ont été intégrés a posteriori ;

- ont été également réintégrées les personnes qui avaient légalement le droit à l'aide médicale mais qui n'étaient pas inscrites à l'AMD (en particulier 350.000 bénéficiaires du RMI qui ont été identifiés lors du rapprochement des fichiers CAF/CPAM). Les caisses ont procédé à de nombreuses régularisations, avec effet rétroactif, à la suite de l'examen de la situation des personnes reçues à l'accueil et des vérifications complémentaires en liaison avec les CAF.

L'effectif de 3,8 millions de bénéficiaires de la CMUC enregistrés par les caisses d'assurance maladie pouvait donc ainsi être décomposé de façon approximative : 3,42 millions de bénéficiaires de l'aide médicale (y compris les 440.000 affiliations rétrospectives) – 350.000 bénéficiaires du RMI non AMD – 4.000 entrées. En fait, si, comme le préconise le Fonds CMU, l'on minore le chiffre de 3,42 pour éviter tout risque de comptabilisation de bénéficiaires de nouveaux droits ou de doubles comptabilisations, le nombre réel de bénéficiaires de l'aide médicale basculés dans le nouveau dispositif est estimé aujourd'hui par les statisticiens à environ 3,3 millions, (avec une marge d'incertitude pouvant porter ce chiffre à 3,4 millions)

Cette marge d'imprécision paraît inévitable si l'on considère les difficultés de gestion de l'AMD. Elle n'en est pas moins gênante pour le calcul du nombre exact des nouveaux bénéficiaires de la CMU.

Le rapprochement entre le nombre des bénéficiaires de la CMU et celui des bénéficiaires des dispositifs antérieurs montre les progrès quantitatifs réalisés par la couverture maladie universelle. Les comparaisons doivent être toutefois faites avec précaution dans la mesure où les champs couverts par les différents dispositifs ne se recouvrent pas intégralement, en raison de l'existence de l'aide médicale de l'État (AME). La CMU complémentaire a remplacé l'aide médicale gratuite sur le champ des dépenses complémentaires, la CMU de base qui se substitue à l'assurance personnelle

prenant en charge la partie base de la protection maladie. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME 1999, environ 200.000, principalement des personnes sans domicile fixe, sont tous devenus bénéficiaires de la CMUC en 2000 ; une partie des 83.000 non assurés pris en charge en 1999 par l'AMD a été en 2000 couverte par l'AME réformée 2000 (il s'agit des personnes qui ne peuvent justifier d'une résidence stable, les autres non assurés sociaux relevant de la CMUC : selon l'estimation faite par la DREES à partir d'hypothèses construites sur le nombre de bénéficiaires de l'AME 2000, leur nombre est d'environ 75.000).

En conclusion, la comparaison des effectifs de bénéficiaires recensés en CMUC en 2001 et en AMD fin 1999 pour la France entière s'avère malaisée : elle ferait ressortir une forte progression si elle ne prenait en compte que les bénéficiaires de l'aide médicale départementale en admission totale ; elle est moindre si elle comptabilise l'ensemble des bénéficiaires de l'AMD, évalué à 3,3 millions de personnes.

Par ailleurs, à champ comparable compte tenu de l'AME, il convient d'ajouter à cette base les 200.000 bénéficiaires de l'AME en 1999 devenus bénéficiaires de la CMUC et d'en retrancher les 75.000 non assurés sociaux pris en charge auparavant par les départements qui relèvent désormais de la nouvelle AME, ce qui donnerait une référence AMD de l'ordre de 3,43 millions de personnes.

Au 30 juin 2001, avant la campagne de réexamen des droits, les effectifs CMUC (5,23 millions) étaient supérieur de 53 % (1,80 million) à ceux de l'AMD. Au 30 septembre 2001, ils représentent, avec 4,64 millions, une progression de plus de 35 % (+ 1,21 million).

1.3.1.3 Une tendance à la stabilisation

Entre juin 2000 et juin 2001, le nombre global de bénéficiaires s'est accru de 18 %, avec une progression spectaculaire du nombre de nouveaux bénéficiaires, qui est passé en un an de 1,2 million à 2 millions, soit une augmentation de 800.000 personnes.

Depuis le mois de juin 2001, on assiste à une normalisation du dispositif : d'une part, les opérations de renouvellement des droits effectuées au cours de l'été ont abouti à l'exclusion des bénéficiaires, notamment les anciens bénéficiaires de l'AMD, dont les ressources sont supérieures à 4.000 F ; d'autre part, les flux nets trimestriels commencent à se stabiliser (alors qu'ils se situaient entre 375.000 pour le premier trimestre et 270.000 pour le dernier trimestre au cours de l'année 2000, ces flux sont passés à 200.000 au premier trimestre 2001 et à 100.000 pour le deuxième trimestre).

Selon la CNAMTS, de janvier à octobre 2001, plus d'un million de bénéficiaires relevant du régime général sont sortis du dispositif, soit parce qu'ils ne remplissaient plus les conditions de ressources, soit parce qu'ils ne sont pas venus renouveler leurs droits. Un peu plus de 2,3 millions de personnes, appartenant à environ 1 million de familles, ont bénéficié d'un renouvellement de droits. Le flux de nouvelles demandes a été de 823.000, avec un flux mensuel de 75.000 pour les deux derniers mois.

Les chiffres provisoires fin octobre 2001 font état d'un effectif total de 4.613.562 bénéficiaires, dont 4.312.883 pour le régime général. Les difficultés statistiques liées à

l'opération de révision des droits, qui donne lieu à des réajustements mensuels importants, ne permettent pas d'évaluer précisément le nombre de bénéficiaires de la CMUC pouvant être attendu à la fin de l'année 2001. Il pourrait toutefois être estimé approximativement à 4,8 millions. En janvier 2002, ce nombre devrait diminuer d'environ 190.000, après la sortie des bénéficiaires, dont le revenu est compris entre 3.600 F et 4.000 F, qui ont été maintenus exceptionnellement dans le dispositif.

Le Fonds CMU a également évalué à 4,8 millions le nombre de bénéficiaires fin 2001, en supposant une progression de 250.000 bénéficiaires au cours du dernier trimestre, à partir des hypothèses de poursuite de montée en charge (150.000 nouveaux bénéficiaires par mois : primo-demandeurs et bénéficiaires qui n'avaient pas déposé à temps de dossier de renouvellement et qui reviennent en tant que nouveaux demandeurs) et du taux de sorties observé de 30 %. Les chiffres provisoires du mois d'octobre semblent confirmer cette estimation.

Si l'on prend l'hypothèse d'une poursuite de la montée en charge au rythme moyen de 90.000 par mois et d'environ 930.000 sorties (avec un taux de sorties de 30 % chez les nouveaux bénéficiaires et de 20 % chez les anciens bénéficiaires de l'AMD) au cours de l'année 2002, on peut supposer que l'effectif des bénéficiaires de la CMUC en décembre 2002 sera à peu près identique à celui de décembre 2001 et qu'il sera stabilisé entre 4,8 et 5 millions.

Il ne paraît pas possible de faire des extrapolations sur le nombre des bénéficiaires de la CMUC en régime de croisière, en raison notamment des incertitudes sur l'évolution de la conjoncture économique. On peut cependant supposer, à partir du rythme moyen de montée en charge et de sorties constaté au cours de l'année, que ce nombre sera proche de 5 millions, à situation économique et réglementation identiques.

1.3.2 L'analyse des écarts entre bénéficiaires prévus et bénéficiaires recensés

Les statistiques font apparaître un nombre de bénéficiaires de la CMU moins important que celui qui avait été retenu dans les premières estimations effectuées lors du vote de la loi (6 millions).

Les raisons de cet écart sont multiples :

1.3.2.1 L'amélioration de la conjoncture économique

La reprise économique et la politique de relèvement des minima sociaux ont certainement permis à de nombreuses personnes d'augmenter leurs revenus et donc de dépasser le seuil de ressources fixé par la loi. Cette amélioration touche l'ensemble de la population mais plus particulièrement les jeunes qui ont pu trouver du travail et qui constituent a priori les premiers bénéficiaires potentiels de la CMUC.

1.3.2.2 *Des estimations parfois approximatives reposant sur des bases connues ou évolutives*

L'évaluation de 6 millions de bénéficiaires a été effectuée à partir du panel européen des ménages 1994, qui constituait l'enquête sur les ménages la plus récente disponible en 1999 et qui était en fait le seul outil utilisable. Cette enquête présentait un certain nombre de limites, liées notamment à la taille de l'échantillon, à l'ancienneté des données et au problème de la fiabilité des informations sur les montant des revenus qui étaient des revenus mensuels déclarés. Certains biais ont été corrigés, en particulier pour le calcul du nombre de personnes âgées (à partir de l'enquête sur les revenus fiscaux de 1997) et des jeunes (selon les résultats de l'enquête « emploi » de mars 1998) et pour le redressement des données sur les revenus, mais ce type d'enquête ne peut pas, par définition, permettre d'apprécier convenablement les populations situées aux extrémités de l'échelle, c'est-à-dire les plus riches et les plus pauvres.

A ces limites méthodologiques se sont ajoutées des erreurs manifestes d'appréciation des caisses d'assurance maladie des régimes des professions agricoles et des travailleurs indépendants. Alors que la CNAMTS avait, malgré des différences notables dans certains départements, procédé à une évaluation globale correcte, légèrement sur-estimée (4,8 millions contre 4,3 millions en septembre 2001), les prévisions de la CCMSA et de la CANAM (1,2 million de bénéficiaires potentiels) se sont révélées nettement excessives car elles étaient basées sur certaines hypothèses inexactes ou incomplètes.

Pour la CCMSA, les estimations, qui, à la fin de 1999, étaient de 560.000 bénéficiaires (286.000 non-salariés et 274.000 salariés), avaient été faites à partir du calcul d'un « revenu net catégoriel » prenant en compte l'ensemble des revenus des familles bénéficiaires des prestations familiales en régime agricole (y compris les allocations familiales et l'allocation logement), diminué des abattements fiscaux de 10 à 20 % et comparé au seuil des ressources de la CMU.

Les effectifs réels en septembre 2001 sont très éloignés de cette évaluation puisqu'ils s'élèvent à 151.000, soit 27 % du potentiel prévu. Les raisons avancées par la CCMSA pour expliquer cette différence sont diverses :

- . une mauvaise appréciation des revenus, avec une sous-estimation des ressources prises en compte par les prestations familiales qui sont déclaratives et ne font pas l'objet de contrôle avec les revenus fiscaux ;
- . la définition différente des revenus pour le calcul et l'application de la CMU ;
- . le fait que le choix du régime d'affiliation peut être différent selon le type de prestations (familiales, maladie) et que le recoupement de la population protégée en maladie et bénéficiaire de prestations familiales n'est pas disponible ;
- . la difficulté d'appréhender à l'avance les ressources des non-salariés ;
- . le manque d'informations sur certains salariés ;
- . la forte densité de population dont les revenus se situent à proximité des plafonds de ressources ;
- . le comportement de certains bénéficiaires potentiels qui préfèrent ne pas faire valoir leurs droits, notamment les agriculteurs retraités (qui savaient que leur

retraite allait être revalorisée et préféraient donc ne pas devoir abandonner leur assurance complémentaire, avec le risque d'avoir à acquitter une cotisation plus élevée au terme de leur affiliation, ou qui sont réticents devant d'éventuels recours sur succession) et les exploitants soumis au régime d'imposition au réel qui répugneraient à utiliser la procédure dérogatoire d'examen par le préfet des conditions d'accès aux droits à la CMU, déjà en vigueur pour le RMI mais jugée trop lourde ;

- . de façon générale, une certaine frilosité du monde agricole, notamment des non-salariés.

De même, les prévisions faites en 1999 par la CANAM - 660.000 personnes couvertes par le régime AMPI, dont 367.000 assurés - se sont révélées nettement surestimées par rapport au chiffre effectif de 124.000 bénéficiaires de la CMUC en septembre 2001, qui représente 19 % du potentiel prévu.

La CANAM impute cet écart essentiellement à deux facteurs :

- . les limites de la méthode de calcul : le calcul qui avait été fait à partir des revenus connus des assurés avait exclu un certain nombre d'assurés (les retraités, les assurés en début d'activité, les taxés d'office et les personnes bénéficiant d'un régime gratuit, du régime invalide ou du régime volontaire, dont les revenus ne sont pas disponibles) mais il n'avait pas permis de tenir compte de la situation exacte des assurés. D'une part, il ne retenait que les revenus professionnels des assurés car les autres ressources n'étaient pas connues ; d'autre part, seuls ont été pris en considération les ayants-droit à la charge de l'assuré et couverts par le régime AMPI, ce qui a abouti à une sous-estimation de la taille du foyer et des revenus du foyer dans le cas d'assurés couverts par un autre régime ;
- . la mauvaise qualité des fichiers dans les DOM, où de nombreux bénéficiaires seraient en fait repris par les CGSS et non par les CMR.

On peut par ailleurs relever le taux élevé de refus opposé aux demandeurs par les CMR, au moins lors du lancement de la CMU (le taux moyen de refus était de 29,3 % en juin 2000), justifiés par le dépassement du seuil de ressources mais aussi par d'autres causes comme l'absence de réponses aux demandes d'informations complémentaires.

1.3.2.3 Le comportement de certains bénéficiaires

Dans la mesure où la couverture maladie universelle est une prestation en nature et non une prestation en espèces comme le RMI, de nombreuses personnes ne s'affilient pas tant qu'elles n'ont pas besoin de soins : ces affiliations « à risque ouvert » sont difficiles à quantifier et donc à prévoir.

Par ailleurs, un certain nombre de bénéficiaires potentiels de la CMUC ne font pas, volontairement, les démarches nécessaires. Ce phénomène de « non-recours » touche les personnes les moins défavorisées dont le revenu est proche de 3.600 F qui pensent qu'elles n'ont pas le droit à la CMU ; il concerne également des personnes sans ressources, marginalisées ou en situation d'exclusion, qu'il faut aller chercher et qui nécessitent la mise en place de dispositifs locaux de détection, comme proposé dans la suite du rapport.

1.4 Des publics plutôt jeunes et une répartition géographique proche de la carte du RMI

1.4.1 Un profil des bénéficiaires qui devra être affiné

Les statistiques publiées régulièrement par les caisses d'assurance maladie et par le ministère de l'emploi et de la solidarité permettent de tracer un profil des bénéficiaires à partir de leur âge et de leur sexe mais, en raison des limites de la « base Ressources », elles ne comportent pas d'informations sur leur situation socio-professionnelle ou sur leur parcours. Ce profil devrait être progressivement précisé par un certain nombre d'études et d'enquêtes complémentaires que la DREES a coordonnées au cours de 2000 et 2001 afin de suivre l'évolution du nombre des bénéficiaires de la CMU, d'appréhender les modifications qu'elle entraîne en termes d'accès aux soins et d'apprécier la façon dont elle est vécue par les acteurs de terrain. Bien qu'ils ne portent que sur des échantillons assez minces et ne reflètent pas totalement la situation des bénéficiaires des régimes n'appartenant pas au régime général (les caisses gérant ces régimes ne recueillant pas, de leur côté, d'informations particulières sur ces bénéficiaires), ces travaux, qui seront disponibles dans leur totalité en 2002, fourniront un certain nombre d'éléments intéressants sur ces publics.

D'ores et déjà, les premières phases de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) effectuée par le CREDES auprès d'un échantillon représentatif de 3.600 ménages assurés sociaux des trois régimes (dont 423 bénéficiaires de la CMUC ou de l'AMD), l'enquête menée par la DREES auprès de 3.000 ménages de bénéficiaires de la CMUC en novembre 2000 (composés à 70 % d'anciens bénéficiaires de l'AMD) ainsi que les études plus ponctuelles faites par le Fonds CMU sur les bénéficiaires relevant de la MSA apportent des précisions utiles sur les caractéristiques de la population couverte par la CMU.

Ces enquêtes montrent qu'en fait ces caractéristiques diffèrent assez peu de celles des ex-bénéficiaires de l'AMD ou de celles de l'ensemble de la population disposant de moins de 3.500 F par unité de consommation, appelée « population cible » : les bénéficiaires de la CMU constituent une population jeune, plutôt féminine, composée en majorité de chômeurs issus des milieux ouvriers et employés.

1.4.1.1 Un dispositif qui bénéficie d'abord aux jeunes adultes

Selon les études de la CNAMTS réalisées un an après la mise en œuvre de la loi ⁶, les bénéficiaires de la CMU relevant du régime général apparaissent nettement plus jeunes que l'ensemble de la population. Ils comprennent plus de jeunes de moins de 20 ans (41,3 % pour les bénéficiaires de la CMUC et 37,5 % pour ceux de la CMU de base) et moins de personnes âgées de 60 ans et plus (5,5 % pour la CMUC et 8,7 % pour la CMU de base). L'enquête de la DREES effectuée en novembre 2000 auprès d'un échantillonnage de bénéficiaires de la CMUC relevant des trois régimes aboutit à des résultats analogues : 39 % ont moins de 20 ans (contre 28 % dans la population française) ; 6 % ont 60 ans ou plus (contre 19 %).

⁶ Cf Point Stat de la CNAMTS n°32

Cette structure d'âge s'explique, d'une part par le montant du seuil qui prive les bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés et du fonds de solidarité vieillesse du bénéfice de la CMU et, d'autre part, par la structuration des ménages qui comportent davantage de familles monoparentales et de ménages de trois enfants ou plus et par le nombre de jeunes adultes plus exposés au risque de précarité mais qui n'ont pas encore droit au RMI.

On constate cependant une part des moins de 20 ans légèrement inférieure à celle observée dans la population cible (44 %), tandis que le pourcentage des 40-59 ans y est un peu plus élevé (24 % contre 20 %). Cette différence pour les moins de 20 ans peut provenir du fait que les familles nombreuses ont des besoins de soins plus importants et demandent la CMU, alors que les jeunes adultes isolés ont moins recours au système de soin et cherchent moins à obtenir une couverture complémentaire.

Parmi les bénéficiaires de la CCMSA, selon le Fonds CMU, les salariés sont beaucoup plus jeunes que les non-salariés : 66 % ont moins de 40 ans, contre 45 % chez les exploitants ; 1 exploitant sur 5 a plus de 60 ans, avec une majorité de plus de 70 ans. Cette situation trouve son explication dans le nombre important d'entreprises agricoles vieillissantes et dans les systèmes de retraite des exploitants.

Ces caractéristiques d'âge ont évidemment des conséquences sur le montant et les types de dépenses de consommation de soins, comme indiqué au chapitre 4.

1.4.1.2 Une majorité de femmes

La part des femmes est de 55 % dans le dispositif de la CMU (tous régimes confondus), ce qui correspond à peu près à la proportion de femmes dans la population des assurés sociaux, qui est de 53,8 %. Les bénéficiaires de la CMU comptent toutefois plus de femmes que l'ensemble de la population (51 %) et que la population cible (53 %) ; elles représentent 58 % des 20-39 ans.

Cette sur-représentation s'explique notamment par la forte présence de familles monoparentales (35 % des bénéficiaires vivent dans un ménage dont la personne de référence est une femme) et par le fait que les femmes sont les premières victimes de la précarisation du travail, à travers le développement des contrats à durée déterminée, de l'intérim ou du temps partiel trop souvent subi et non choisi.

Par contre, la population des bénéficiaires de la CCMSA est plus masculine que la population générale (54 % pour les salariés et 52 % pour les exploitants), avec une forte proportion de célibataires. Les assurés sont très majoritairement des hommes (68 % des salariés et 64 % des non-salariés) mais 86 % des ayants-droit sont des femmes : cette répartition particulière est liée à la nature de cette activité professionnelle.

1.4.1.3 Une composition familiale très variable

Le ratio des ayants-droit sur le total des bénéficiaires montre les différences importantes dans la composition des familles selon les régimes, les catégories de bénéficiaires ou les départements.

Selon l'étude faite par le Fonds CMU sur les bénéficiaires ayant choisi la gestion par les caisses, le ratio est beaucoup plus élevé à la CANAM que dans les autres régimes : 50 % en métropole et surtout 55 % dans les DOM. Pour le régime général, il existe une forte différence entre la métropole (48 %) et les DOM (53 %) ; pour la MSA, les salariés agricoles assurés ont un taux particulièrement élevé d'ayants-droit à charge (52 %) qui est supérieur à celui des non salariés (44 %) et équivalent à celui des bénéficiaires des DOM du régime général.

Cette diversité est également géographique : les ratios vont de 38 % à Paris jusqu'à 55 % en Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise, en Seine-et-Marne et dans le Pas-de-Calais.

1.4.1.4 Une situation socio-économique précaire

Comme le montre l'enquête réalisée par la DREES auprès des bénéficiaires de la CMUC, cette population, en raison de sa jeunesse, comporte de nombreux scolarisés (39 %) et peu de retraités (3 %). Elle compte peu d'actifs occupés, même parmi les personnes d'âge actif de 20 à 59 ans qui comprennent 40 % chômeurs, 25 % d'actifs occupés, 16 % de personnes au foyer et 15 % d'autres inactifs. La proportion de chômeurs est beaucoup plus élevée que parmi l'ensemble de la population (8 %) ou que dans l'ensemble de la population cible (28 %).

36 % de bénéficiaires de la CMUC appartiennent à un ménage dont la personne de référence est un ouvrier et 27 % à un ménage d'employé (16 % dans la population cible). Les personnes vivant dans un ménage d'agriculteur ou d'artisan commerçant représentent respectivement 1 % et 4 % des bénéficiaires de la CMU (7 % et 6 % de la population cible), ce qui correspond à la faible représentation de ces catégories dans les statistiques globales ; parmi les personnes relevant du régime agricole, 20 % seulement sont des non-salariés.

44 % des bénéficiaires vivent dans un ménage dont au moins une personne est allocataire du RMI. Par ailleurs, un quart de l'ensemble des ménages est constitué de bénéficiaires et de non-bénéficiaires et, dans ces ménages, les non-bénéficiaires représentent 50 % de l'effectif ; pour les couples sans enfants, près de la moitié des ménages comportent au moins une personne non-bénéficiaire de la CMU et les non-bénéficiaires représentent 60 % de l'effectif.

Dans son enquête, la DREES relève peu de différences entre les anciens bénéficiaires de l'AMD et les nouveaux bénéficiaires de la CMUC en ce qui concerne le sexe, l'âge ou le statut mais elle constate quelques écarts entre ces deux publics au niveau socio-économique : les nouveaux bénéficiaires appartiennent moins souvent à une famille mono-parentale (20 % contre 25 %) et un peu plus fréquemment à un couple avec enfants (52 % contre 49 %) ; ils dépendent aussi d'un ménage dont la personne de référence est plus souvent active occupée (30 % contre 26 %) ou retraitée (8 % contre 5 %) et moins souvent chômeuse (38 % contre 42 %) ou inactive (24 % contre 26 %). Quoique modestes, ces écarts donnent à ces nouveaux publics un profil légèrement moins marqué par la précarité que celui des bénéficiaires de l'AMD.

1.4.2 Une répartition géographique inégale

En septembre 2001, les bénéficiaires de la CMUC représentaient 6,9 % de la population en métropole, 37,1 % dans les DOM et 7,7 % dans la France entière.

Les taux de couverture, c'est-à-dire la part de la population bénéficiant de la CMU, varient de façon importante selon les départements : en septembre, ils allaient, en métropole, de 3,2 % dans la Mayenne ou en Haute-Savoie à 12,8 % dans l'Hérault ou dans les Pyrénées-orientales.

1.4.2.1 Une concentration dans certaines régions en métropole

Les départements où la proportion de bénéficiaires est la plus faible (entre 3 et 5 %) sont plutôt ruraux et se situent à l'ouest de la France, au sud du Massif central, au nord des Alpes et en Alsace. Les taux de couverture les plus élevés, au-dessus de 9 %, se trouvent essentiellement dans deux zones en forme d'arc : un arc au nord de la France, couvrant la Somme, le Pas-de-Calais, le Nord, les Ardennes ainsi que le département de Seine-Saint-Denis et un arc sud/sud-est traversant l'Ariège, l'Aude, les Pyrénées-orientales, l'Hérault, le Gard, les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse.

Cette répartition est peu différente de la répartition géographique des bénéficiaires du RMI. Elle reste proche également de celle de l'aide médicale départementale, les mêmes départements ayant les taux de couverture les plus élevés. La part de la population couverte par la CMUC connaît une augmentation très variable selon les départements (4 % dans les Pyrénées-Atlantiques et 218 % dans les Ardennes). Comme le remarque la DREES, ces différences d'évolution vont dans le sens d'une réduction des disparités départementales : en effet, les taux de progression sont en général plus élevés dans les départements où la part de la population couverte par l'AMD était la plus faible ainsi que dans les départements où le taux de couverture par l'AMD de la population en difficulté (approché par le rapport entre les bénéficiaires de l'AMD et les bénéficiaires du RMI) était le plus faible. Par ailleurs, en septembre 2001, la progression était de 27 % dans les départements qui avaient adopté un barème de ressources pour l'AMD d'un niveau équivalent ou supérieur à celui de la CMU.

1.4.2.2 Une situation différente selon les DOM

➤ Un développement remarquable de la CMU dans l'ensemble des DOM

Les DOM rassemblent globalement 20 % du nombre total des bénéficiaires de la CMU de base et 13 % du nombre des bénéficiaires de la CMUC, alors qu'ils ne représentent que 2,8 % de la population française. La densité des bénéficiaires de la CMUC par rapport à la population totale est, dans chaque DOM, supérieure à la densité maximale constatée en métropole (12,8 % dans l'Hérault).

Tableau n° 4 – Bénéficiaires de la CMU dans les DOM

Bénéficiaires de la CMU de base	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001*
Guadeloupe	48.126	51.073	55.222	57.443	58.325
Martinique	62.602	66.505	71.004	75.672	77.130
Guyane	18.976	20.730	22.481	24.208	24.258
Réunion	71.617	73.779	76.011	81.470	83.293
Total	201.321	212.087	224.718	238.793	243.006

Bénéficiaires de la CMUC	Janvier 2000	Juin 2000	Décembre 2000	Juin 2001	Septembre 2001
Guadeloupe	39.816	54.447	76.321	90.833	95.831
Martinique	56.237	84.131	96.248	102.389	96.820
Guyane	14.386	21.432	30.112	35.134	32.472
Réunion	375.796	396.715	413.536	428.995	393.925
Total	486.235	556.725	616.217	657.351	619.048

(Source : DREES

* Données provisoires disponibles en décembre 2001)

➤ *Le cas atypique de la Réunion*

Alors que le nombre des bénéficiaires de la CMU de base est assez homogène dans les quatre DOM, il convient de différencier la situation de la Réunion et celle des Antilles-Guyane pour la CMU complémentaire. La Réunion se distingue en effet par un nombre et une densité de bénéficiaires de la CMUC particulièrement importants : en septembre 2001, elle accueille 64 % des bénéficiaires recensés dans l'ensemble des départements d'Outre-Mer ; plus de 55 % de sa population totale (60 % en juin) bénéficie de la CMUC alors que le taux de couverture n'est que 22,7 % en Guadeloupe, 20,7 % en Guyane et 25,4 % en Martinique. Au niveau national, lors de la mise en place de la CMU, 1 bénéficiaire sur 10 était réunionnais ; même si la procédure de révision des droits effectuée en juin 2001 a permis de faire passer de 429.000 à 394.000 le nombre de bénéficiaires réunionnais de la CMUC et si ceux-ci ne représentent plus que 8,5 % du total national, la Réunion reste le département qui abrite le plus de bénéficiaires de la CMUC.

Cet écart avec les autres DOM s'explique en grande partie par deux éléments caractéristiques de la Réunion : les particularités du dispositif d'aide médicale mis en place par le conseil général et le contexte socio-économique particulièrement défavorable de ce département.

- Un dispositif d'aide médicale départementale très souple

Le nombre très élevé de bénéficiaires de la CMUC est lié principalement à la spécificité des modalités d'admission à l'AMD appliquées jusqu'en 1999, qui permettaient de dispenser une aide médicale, plus ou moins large, à une partie importante de la population :

- . les personnes dont le revenu était inférieur ou égal au RMI de la Réunion (soit 2.001 F pour une personne seule) bénéficiaient d'une gratuité totale ;
- . les personnes dont le revenu était compris entre le montant du RMI et 125 % du RMI (entre 2.202 F et 2.502 F) étaient tenues d'acquitter une partie du ticket modérateur en fonction de leurs ressources : 10 % (RMI + 10 %), 15 % (RMI + 15 %), 20 % (RMI + 20 %) ou 25 % (RMI + 25 %) ;

- . les personnes qui disposaient d'un revenu supérieur à 125 % du RMI faisaient l'objet d'un examen cas par cas ;
- . les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'AAH pouvaient être admis, à titre exceptionnel, au bénéfice de l'AMD avec un ticket modérateur de 15 à 20 % (80 % de ces bénéficiaires, soit 32.000 personnes, bénéficiaient de cette dérogation) ;
- . les personnes dont les ressources étaient comprises entre 125 % du RMI et le SMIC, en tenant compte des abondements pour personnes à charge, pouvaient être admises à l'AMD en qualité de bénéficiaires « pour ordre » : à ce titre, elles étaient dispensées de l'avance de frais pour la part sécurité sociale mais supportaient la totalité du ticket modérateur qu'elles réglait directement au professionnel de santé (plus de 45.000 personnes étaient concernées).

360.000 personnes environ étaient ainsi inscrites à l'AMD en 1999 et ont été automatiquement « basculées » dans le nouveau dispositif de la CMU (370.000 après réajustements), alors qu'un certain nombre d'entre elles dépassaient le seuil de ressources de 3.500 F. Les opérations de réexamen des dossiers qui se termineront en janvier devraient permettre de comptabiliser ces bénéficiaires « indus » de la CMU, qui n'ont pas été recensés lors du transfert de fichiers. Les premières sorties effectuées à l'automne ont permis de diminuer de 39.000 le nombre total des bénéficiaires de la CMU qui était jusqu'alors partiellement « gonflé » ; 17.000 devraient également sortir du dispositif en janvier. Il restera toutefois un nombre important de personnes qui, en raison des conditions socio-économiques de l'île, disposent d'un revenu inférieur à 3.600 F et devront continuer à bénéficier de la CMU : ce nombre incompressible est évalué par les responsables locaux à 300.000.

- Une situation socio-économique difficile

Les quatre DOM présentent un certain nombre de caractéristiques communes, en particulier :

- . une évolution de la population marquée par de forts excédents naturels et une stabilité des mouvements migratoires, les retours vers les DOM ne compensant pas encore les mouvements d'émigration vers la métropole pour des raisons sociales ;
- . une population jeune - plus du tiers des habitants sont âgés de moins de 20 ans, contre seulement un quart en métropole -, même si on constate un vieillissement continu depuis quarante ans à cause de l'émigration des jeunes adultes (contrairement aux Antilles, ces départs sont compensés en Guyane et à La Réunion par l'arrivée d'étrangers de 30-50 ans) ;
- . un taux de chômage important, notamment chez les jeunes de moins de 25 ans, alors que le taux de croissance (+4 % environ) est plus élevé qu'en métropole. Ce taux, lié à la progression démographique mais aussi au faible niveau de qualification des jeunes, tend toutefois depuis un an à baisser, grâce notamment à la mise en œuvre de diverses mesures d'aide à l'emploi.

La situation de la Réunion semble toutefois plus dégradée que celle des autres départements, comme le montrent les différents indicateurs socio-économiques.

Tableau n° 5 – Indicateurs socio-économiques dans les DOM

Indicateurs socio-économiques	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Population (1999)	422.496	381.427	157.213	706.300
Taux de natalité (pour 1000 habitants)	17,4	15,1	31,2	20
Taux de mortalité	6,2	6,7	4,1	5,4
Indice de vieillissement	29,9	38,3	8,5	18,4
Population des moins de 20 ans (% par rapport à la population)	138.200 (32,7 %)	116.700 (30,6 %)	69.800 (44,4 %)	262.100 (37,1 %)
Jeunes de 18 à 25 ans	46.500 (11 %)	38.700 (10,1 %)	18.000 (11,5 %)	89.000 (12,6 %)
Population des plus de 65 ans	41.300 (9,8 %)	44.700 (11,7 %)	5.900 (3,8 %)	48.300 (6,8 %)
Chômage (en 2000, au sens du BIT)				
Nombre de chômeurs	49.365	44.059	15.247	103.800
Taux de chômage	25,7 %	26,3 %	25,8 %	36,5 %
Taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans	57,5 %	49,3 %	44,6 %	60,8 %
Bénéficiaires de prestations sociales (en juin 2001)				
Allocations familiales	57.535	50.129	19.748	109.692
Complément familial	8.467	6.631	3.098	16.483
APJE	16.626	13.415	8.631	33.743
APE	1.187	1.143	211	3.975
AGED	22	44	0	246
AFEAMA	428	464	118	583
API	3.771	3.752	1.816	6.072
ASF	22.135	23.274	6.246	26.893
ALF	19.934	19.187	7.221	53.293
ALS	9.745	10.568	2.788	26.291
AAH	6.375	5.850	1.148	10.478
Complément AAH	336	514	146	1.326
AES	932	765	412	2.171
RMI	30.543	30.552	9.821	67.785

(* Indice au 1/1/2000 : 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Sources : Tableau économique de La Réunion, INSEE-Réunion édition 2001-2002/STATISS DOM 2001/ « Prestations légales au 30 juin 2001 » CNAF)

DOM le plus peuplé, la Réunion regroupe à elle seule le tiers de la population d'Outre-Mer, même si elle n'a enregistré entre les deux recensements de 1990 et 1999 qu'une hausse assez faible de 1,87 %. Son taux de chômage - plus de 36 % - est trois fois plus élevé qu'en métropole et supérieur de 10 % à celui des Antilles-Guyane ; le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans, qui dépasse 60 %, est le plus fort des DOM (44,6 % en Guyane, 49,3 % en Martinique, 57,5 % en Guadeloupe, contre 20,7 % en métropole).

75 % des Réunionnais (environ 530.000 personnes, dont 183.000 allocataires) sont couverts par des prestations versées par la Caisse d'allocations familiales. 42 % de ces allocataires, soit 77.000, sont en situation de précarité, c'est-à-dire perçoivent au moins une des prestations suivantes : le RMI, l'API et l'AAH. La part du RMI dans la population totale de la Réunion est de plus de 21 %, alors qu'elle n'est que 13-14 % dans les trois autres DOM.

L'ensemble de ces facteurs expliquent pour l'essentiel la place atypique de la Réunion dans le dispositif de la CMU. Ils ne permettent cependant pas de justifier totalement la spécificité de ce département par rapport aux autres DOM : seule une analyse précise du nombre et du profil des bénéficiaires maintenus dans le cadre de la CMU en janvier 2002 permettra de prendre la mesure exacte de ce particularisme réunionnais.

1.5 Un démarrage satisfaisant dans l'ensemble, en dépit de la difficulté de l'exercice

Sous réserve des points signalés dans la suite du rapport, la loi est entrée en vigueur au 1er janvier 2000 dans des conditions convenables, en dépit de la difficulté de l'exercice tenant à la brièveté du délai entre la promulgation et l'application de la loi. Le démarrage est intervenu, de surcroît, au moment où certains problèmes d'ordre informatique, apparus fin 1999, affectaient les délais de remboursement des prestations et le fonctionnement général des caisses du régime général. Cependant, passés les premiers mois, marqués par un afflux de visiteurs, les renforcements en personnel autorisés par la tutelle ont permis progressivement aux institutions d'ajuster leurs moyens aux besoins réels, ce qui n'exclut pas des tensions passagères ou localisées.

1.5.1 Une application dans les délais de la première phase de la réforme, grâce à une forte mobilisation des principaux acteurs

La mise en place du dispositif a été préparée au niveau central par un comité de pilotage qui a multiplié les contacts avec les différents acteurs institutionnels et associatifs. Il a mis au point divers supports d'information, notamment un « guide destiné aux personnes relais », disponible dès le 15 décembre 1999 sur le site Internet du ministère, mais utilisé pleinement à partir de sa diffusion sur support papier quelques semaines plus tard. Une campagne nationale d'information à la télévision a été organisée et un numéro vert (0 800 555 222) a été ouvert au grand public, afin de toucher plus particulièrement les jeunes, qui sont plus sensibles à la communication orale.

Surtout, la réforme a pu être mise en place dans les délais grâce à une forte mobilisation des acteurs locaux les plus concernés, comme en attestent les remontées d'information qualitatives des DRASS ainsi que les constats figurant dans divers rapports déjà publiés et les éléments recueillis par la mission sur le terrain.

Le basculement des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale départementale a été, pour l'essentiel, réalisé au 31 décembre 1999, grâce aux mesures préparatoires prises par les caisses primaires d'assurance maladie, en liaison avec les services des conseils généraux et avec les CAF, pour les bénéficiaires du RMI. Les délégations de gestion de l'AMD consenties antérieurement aux CPAM par de nombreux départements ont facilité ces transferts. Au contraire, dans les départements gérant directement l'aide médicale, des redressements ont dû être opérés pour identifier l'ensemble des personnes couvertes, lorsque le fichier ne comptabilisait que le foyer. Par ailleurs, les opérations de basculement ont permis de détecter des personnes couvertes par le RMI, mais non enregistrées dans les fichiers de l'AMD, alors qu'ils en étaient bénéficiaires de plein droit.

Aux dires des institutions concernées, les transferts de dossiers entre régimes, d'ailleurs peu nombreux, n'ont pas posé de problème particulier.

Les caisses, de concert avec les services de l'État au niveau régional et départemental, ont dispensé une très large information au moyen de multiples supports (comités locaux de pilotage, réunions avec les divers intervenants, diffusion de dépliants, brochures, courriers aux bénéficiaires de l'AMD et aux professionnels de santé, affiches, presse et radios locales, etc...). Nombre de CPAM ont organisé des formations spécifiques pour leurs propres agents, mais aussi pour des travailleurs sociaux et des personnels de divers partenaires.

1.5.2 Une mise en œuvre rendue difficile par la date de publication des textes d'application, et, dans certains cas, par la persistance d'incertitudes juridiques

Promulguée le 27 juillet 1999, après la décision du Conseil constitutionnel du 23 juillet, saisi le 30 juin d'un recours par plus de 60 députés, la loi portant création de la CMU était applicable, dans les conditions prévues à son article 72, dès le 1er janvier 2000, soit cinq mois après sa publication au J.O.

Si la plupart des principaux textes d'application ont bien été pris avant cette échéance, aucun d'entre eux, cependant, n'avait encore été publié au 1er décembre 1999, soit un mois avant la date d'entrée en vigueur de la loi. La publication de douze décrets s'est échelonnée entre le 2 décembre 1999 - date de parution, notamment, du décret fixant le plafond des ressources - et le 12 janvier 2000. L'arrêté daté du 15 décembre, créant les modèles de formulaires relatifs à la CMU, a été publié le 23 décembre. Les arrêtés fixant les prix limites de prise en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, au titre de la protection complémentaire de santé (dispositifs médicaux à usage individuel, prothèses auditives, optique, soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale), n'ont pu être signés que le 31 décembre. Un grand nombre de circulaires et de lettres ministérielles, adressées aux préfets et aux directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie, ont été diffusées en décembre 1999 et en janvier 2000.

Pour le ministère de l'emploi et de la solidarité, il était difficile d'aller plus vite, compte tenu du caractère interministériel de ces textes, des consultations obligatoires de certaines instances, comme le conseil d'administration de la CNAMTS, et des délais liés à la saisine du Conseil d'État et aux circuits de signature. Le souci de la concertation, en particulier avec les organismes complémentaires, les professionnels de santé et le milieu associatif, est également mis en avant. Si les discussions entre les pouvoirs publics, les caisses d'assurance maladie et les différents acteurs ont permis souvent d'améliorer la rédaction des textes, les arrêtés sur les tarifs du panier de biens et de services ont été pris par l'État, en l'absence d'accord entre les parties prenantes. Enfin, les services ministériels font valoir que, même si les textes définitifs sont parus tardivement, les projets avaient été mis au point avec les institutions gestionnaires et diffusés à titre de documents de travail dans les réseaux, afin de faciliter l'organisation du travail, la formation des agents et l'information des bénéficiaires et des intervenants locaux.

Sur le terrain, à l'évidence, les responsables de la mise en place de la CMU ont dû s'adapter à cette nouvelle donne dans des conditions peu confortables. Le caractère officieux de certaines informations a pu favoriser des erreurs d'interprétation, les formations des personnels laisser subsister un temps quelques zones d'ombre.

Néanmoins, le nombre d'incidents signalés est demeuré relativement modeste. La mobilisation des acteurs, évoquée plus haut, ainsi que la forte motivation des personnels des caisses, constatée par tous les observateurs, ont très probablement compensé les inconvénients de cette mise en œuvre accélérée au 1er janvier 2000, dont la plupart des directeurs de CPAM rencontrés par l'IGAS ont semblé, par ailleurs, admettre le bien-fondé sur le fond.

Il reste que les gestionnaires locaux ont fait part, au cours des premiers mois de 2000, de nombreuses incertitudes juridiques, recensées dans les premières synthèses des remontées d'information des DRASS rédigées par la DSS. La deuxième synthèse, datée du 24 mars 2000, listait les « *points de la réglementation qui posent des problèmes d'application* » en les regroupant sous cinq rubriques : panier de soins (optique, dentaire, prothèse auditive) ; condition de résidence ; condition de ressources ; publics particuliers ; instruction, contrôle et contentieux. Répondant à ces interrogations, de nouveaux textes d'application ont été pris au premier semestre 2000, comme le rappelait une circulaire de la DSS du 21 juillet 2000, notamment :

- la circulaire DSS du 27 avril 2000 relative à la mise en œuvre des arrêtés du 31 décembre 1999, relatifs aux conditions de prise en charge par la protection complémentaire en matière de santé respectivement des dispositifs d'optique médicale et des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale ;

- la circulaire DSS/DAS/DPM du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle ;

- les arrêtés du 26 mai et du 28 juin 2000 et la circulaire DSS du 13 juillet 2000 relative à la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de contrat avec un médecin référent.

- la circulaire DSS/DAS/DIRMI du 5 juillet 2000 relative à l'agrément des organismes et associations habilités à apporter leur concours pour les demandes de CMU et d'aide médicale ;

Un bulletin officiel consacré à la CMU (n° 2000/4 bis) a rassemblé en août 2000 l'ensemble des textes publiés jusqu'en juillet 2000. Parallèlement, des réponses aux questions posées par les responsables locaux ont été apportées au moyen des messageries du ministère et des caisses nationales, telles que les « points CMU » hebdomadaires et la « foire aux questions » de la CNAMTS.

Au début de l'année 2001, plusieurs sujets appelaient encore des précisions réglementaires. Depuis, une circulaire DSS du 12 février 2001 a précisé les suites à donner aux refus de soins opposés à des bénéficiaires de la CMUC, ainsi qu'aux infractions aux dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999. Un arrêté du 27 avril 2001 a fixé à 1.500 F le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé ; la publication de cet arrêté d'application de l'article 23 de la loi était devenue urgente, dès lors que les premiers réexamens de droits entraînaient des radiations de la CMUC. Enfin, une circulaire concernant le tarif préférentiel a été signée le 17 décembre 2001.

Certains points, déjà soulevés au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, restent encore en discussion. C'est le cas, en particulier, de certaines dispositions concernant le « panier de soins dentaires » (plafonnement à 2.600 F sur deux ans des frais exposés pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, notion d'« *impérieuse nécessité médicale* »), qui sont examinées dans la suite du présent rapport.

1.5.3 Une entrée en vigueur de la loi contrariée par l'existence dans les caisses de problèmes informatiques, qui ont contribué à dégrader les délais de remboursement des prestations

L'application de la loi au 1er janvier 2000 a coïncidé avec une période de difficultés techniques, sur le plan informatique, dans les institutions du régime général. Nécessitant elle-même de nouvelles applications, la CMU a contribué à aggraver les incidences de ces problèmes sur le fonctionnement général des caisses, et, en particulier, à accroître les délais moyens de remboursement des prestations. Pour autant, selon l'ensemble des responsables des organismes rencontrés par la mission, ces difficultés ne sauraient être imputées principalement à l'entrée en vigueur de la réforme.

Ainsi, par exemple, en réponse au questionnaire de la mission, la directrice de la caisse de La Rochelle indique : « *la gestion des dossiers CMU s'est ajoutée à un contexte peu favorable. La conjugaison de multiples causes, qui ne sont pas seulement d'ordre conjoncturel, en est la raison : l'accroissement du volume de feuilles de soins ; la complexification du traitement des dossiers de prestations en espèces (instabilité des situations professionnelles) ; la perte de productivité due à la mise en place de nouveaux outils informatiques plus exigeants (augmentation du nombre de données à saisir, saisie des informations acte par acte) ; le recyclage des flux externes lié au défaut de qualité de la saisie des informations par les professionnels de santé ; la lenteur de la montée en charge de Vitale ; les dysfonctionnements du centre informatique régional (CICOA) liés principalement à son sous-dimensionnement ; le redéploiement nécessaire du personnel vers des tâches expertes ; le temps nécessaire aux formations des nouveaux embauchés (un an) ...* »

Ces dysfonctionnements résultent en effet, à l'origine, de la conjonction de plusieurs facteurs étrangers à la CMU, et plus spécialement des modifications du dispositif informatique, avec le transfert du logiciel Laser au logiciel Progrès - Prestations en nature (PPN) et le passage à l'an 2000. La mise en place du logiciel Progrès - Indemnités journalières, ainsi que les retards, au regard des prévisions, de la montée en charge des télétransmissions de feuilles des soins associées à Sesam Vitale, ont également contribué aux difficultés des organismes.

Le volume des soldes de remboursement des feuilles de soins s'est nettement accru en 1999, en raison du passage des systèmes de liquidation Laser à PPN. Cet outil de saisie interne a introduit une exigence nouvelle de qualité, qui a affecté négativement la productivité des techniciens. L'impact a été d'autant plus fort que, en raison du retard pris dans le développement des échanges magnétiques, les flux papier saisis en interne

sous PPN, qui auraient dû ne plus représenter que 20 % de l'activité, avaient encore, fin 1999, une importance quantitative comparable aux flux externes magnétiques.

Par ailleurs, la mise en place de la CMU a nécessité de nouvelles applications, soit à caractère ponctuel pour réaliser les basculements de l'AMD, soit de nature permanente, comme, par exemple, l'élaboration de la « base Ressources », le suivi du panier de soins et le tiers payant coordonné. Au total, la CNAMTS a recensé 58 développements informatiques, dont 38 étaient réalisés fin septembre 2000, les autres étant progressivement mis en place depuis cette date.

Certaines caisses se sont heurtées à des problèmes particuliers. Tel est le cas de la CGSS de la Réunion qui s'est trouvée confrontée aux difficultés liées à la masse des bénéficiaires de l'AMD transférés (370.000) et au système de gestion du dispositif de l'AMD (qui reposait sur la délivrance de bons roses et de bons jaunes avant chaque soin), mais aussi à un problème spécifique du à l'absence de saisie matriculaire des assurés. Elle a été contrainte de mettre en place, avec l'accord du ministère, un dispositif exceptionnel et dérogatoire, prévoyant notamment une prise en charge globale des feuilles de soins CMU sans saisie matriculaire, et donc sans possibilité de règlement de la part complémentaire par les organismes complémentaires. La CGSS a pu ainsi assurer dans des conditions convenables la gestion d'un dispositif particulièrement lourd qui concerne plus de 400.000 bénéficiaires. Il lui reste toutefois encore à régler un certain nombre de problèmes techniques importants : la réalisation d'une gestion matriculaire complète (réalisée pour l'instant à 70 %) et la mise en place d'outils informatiques permettant de disposer de données totalement fiables sur les bénéficiaires de la CMU.

Ainsi, au cours du dernier trimestre 1999, beaucoup de CPAM ont dû faire face, simultanément, à des incidents affectant la production courante et à la préparation de la mise en œuvre de la loi. L'apparition en 1999 de ces difficultés d'ordre informatique, conjuguée à d'autres causes, a en tout cas fortement contrarié la réalisation des objectifs de réduction des délais moyens de paiement, inscrite dans les « engagements qualité » des CPAM et associée à la montée en charge de Sesam-Vitale et des procédures de télétransmission des feuilles de soins électronique (FSE). Les performances dans ce domaine en ont été diversement affectées, comme le montre le tableau d'évolution des soldes de paiement en « saisie caisse » depuis décembre 1999, établi à partir des indications fournies par la direction de la CNAMTS et vérifiées sur place, pour les CPAM métropolitaines visitées en 2001 par la mission.

Tableau n° 6 - Evolution des soldes de paiement (en jours ouvrés, fin de mois)

CPAM	décembre 1999	avril 2000	décembre 2000	avril 2001
La Rochelle	6,6	6,8	6,7	9,0
Evreux	3,7	3,6	10,7	6,5
Montpellier	0,9	1,1	2,4	1,2
Paris	9,3	13,4	7,6	17,3
Rouen	1,5	2,1	1,9	2,6
Bobigny	11,7	5,3	5,7	6,5
Moyenne nationale	5,7	6,0	5,2	8,9

(Sources : CNAMTS et CPAM visitées)

Il faut noter, cependant, que l'incidence de ces facteurs est très variable selon les

caisses. Lorsque l'introduction des nouveaux logiciels a été menée de façon progressive, avec un étalement programmé permettant d'assurer une bonne formation des techniciens, et s'est accompagnée d'une réflexion sur les méthodes de travail, l'impact négatif sur la productivité a été moins vivement ressenti. La situation générale des institutions, en termes de moyens quantitatifs et qualitatifs de personnels, n'est pas non plus sans conséquence sur leur capacité à gérer ces changements.

En 2000 comme en 2001, s'y ajoutent les effets des nouvelles charges liées à la gestion de la CMU, mais aussi de divers facteurs circonstanciels (reliquats des congés en avril) ou spécifiquement liées à l'organisation interne de la caisse ou à son environnement.

Quoi qu'il en soit, la dégradation des délais de paiement est préoccupante :

- elle concerne la liquidation des prestations « exacte, rapide et régulière », qui est le premier des services attendus par les assurés et par les professionnels de santé et constituait, à ce titre, un des principaux engagements des caisses dans le cadre de leur « démarche qualité »;

- à moyens constants, la résorption des soldes de paiement oblige les caisses à négliger d'autres aspects du service dû à l'usager, notamment en réduisant l'amplitude des horaires d'ouverture au public et en différant des rendez-vous pour l'ouverture des droits.

Cette situation, qui n'est que très marginalement imputable à la CMU, apparaît préjudiciable à la bonne administration de la CMU. C'est pourquoi il convient de prendre acte que la CNAMTS, tout en s'efforçant d'agir sur les causes structurelles de ces retards, ait décidé de prendre des mesures conjoncturelles de renforcement des CPAM les plus affectées, comme indiqué ci-après.

1.5.4 Après les difficultés des premières semaines, un ajustement progressif des moyens en personnel des caisses aux besoins réels, grâce aux renforcements autorisés par la tutelle

La grande majorité des caisses rencontrées par la mission ont signalé leurs difficultés à faire face, début 2000, aux besoins exprimés en matière d'accueil et d'information des bénéficiaires potentiels de la loi. Même si elles s'y étaient préparées, nombre d'unités ont été surprises par l'ampleur du phénomène, s'exprimant par un nombre important de personnes reçues au guichet et d'appels téléphoniques enregistrés. Cet afflux de demandes, concentrées sur une période courte, a sans doute résulté, en partie, d'une communication médiatique massive et, par nature, trop générale pour s'adapter aux différents cas particuliers.

Bien que, dans toutes les caisses, des aménagements aient été prévus pour adapter l'organisation interne à l'accueil des nouveaux publics et à l'instruction des dossiers de demandes de CMU, un décalage temporaire entre l'offre et la demande d'information est ainsi apparu. La plupart des centres de paiement ont pu le résorber par l'ouverture de guichets d'accueil spécifiques et par des redéploiements provisoires d'effectifs. Des techniciens confirmés ont été généralement affectés dans un premier temps à ces services, dans l'attente de la diffusion de la formation à l'ensemble des agents et de la disponibilité opérationnelle des nouveaux personnels recrutés, dans le cadre des

renforcements autorisés par la tutelle au titre de la CMU.

Ces mesures ont permis, dans l'ensemble, de faire face aux demandes exprimées par les personnes se rendant dans les locaux des institutions. En revanche, dans plusieurs sites, l'accès téléphonique s'est avéré difficile, l'engorgement générant des listes d'attente et des abandons d'appel.

En l'absence de chiffres nationaux spécifiques, les statistiques de personnes reçues de janvier à avril 2000 dans les huit CPAM visitées par l'IGAS en 2000 donnent un aperçu de l'évolution de cette fréquentation dans la première phase de la réforme.

Tableau n° 7 - Nombre de personnes reçues par 8 CPAM visitées au début de 2000

Date	janvier	février	mars	avril
Total personnes reçues	73.112	57.393	53.108	31.158

(Sources : Huit CPAM visitées par l'IGAS en 2000)

L'équilibre s'est progressivement réalisé lorsque la fréquentation constatée les premières semaines, correspondant souvent à un besoin de sécurité juridique de publics pourtant automatiquement couverts par les basculements opérés fin 1999, s'est nettement ralentie. Ce ralentissement, puis la décision gouvernementale d'autoriser le report au 31 octobre 2000, demandé par la CNAMTS, du premier réexamen des droits, initialement prévu avant le 30 juin 2000, ont permis aux institutions de l'assurance maladie de faire, globalement, la soudure avec les renforcements en personnel autorisés par la tutelle, qui sont rappelés ci-après.

1.5.4.1 Les renforcements en personnels du régime général

Les travaux prospectifs menés par la CNAMTS ont conduit celle-ci à évaluer les besoins en personnel des caisses liés à la mise en œuvre de la CMU à environ 3.000 ETP. Une note de synthèse, datée de septembre 1999, concluait : « *Compte tenu des 1.450 ETP dégagés dès 2001 par les gains de productivité prévisionnels, les 3.000 ETP nécessaires à la prise en compte de la CMU pourraient être pourvus par une embauche de CDI limitée en 1999 et 2000 à environ 1.500 emplois et par un recrutement complémentaire de CDD, par ailleurs justifié par le caractère saisonnier de certaines opérations* ».

Cette estimation de 3.000 ETP a été contestée par la DSS qui, dans une note du 27 août 1999, évaluait pour sa part les besoins à 2.400 ETP ; cette direction suggérait, compte tenu des incertitudes à cette date sur des éléments importants du dispositif CMU, susceptibles d'influer sur le volume des charges, de procéder dès 1999 à l'embauche d'environ 500 CDI, financés sur les crédits disponibles du Fonds national de gestion administrative (FNGA), sans préjuger du résultat des négociations sur les effectifs à engager dans le cadre de la préparation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2000-2003. Dans cette perspective, la ministre de l'emploi et de la solidarité a ensuite chargé l'IGAS, par lettre du 3 novembre 1999, d'une mission « *visant à apprécier les moyens en personnel nécessaires au fonctionnement de la branche maladie pour les années 2000-2003* ».

La COG a été signée le 25 septembre 2000 par les représentants de l'État et de l'assurance maladie. Elle prévoit notamment, dans son annexe 1, « *les crédits correspondant aux emplois relatifs à la mise en œuvre de la CMU accordés par l'État le 18 octobre 1999 et le 1er février 2000* ». Le coût annuel de ces emplois, soit au total 1.500 emplois pérennes et 650 CDD, ressort à 410,60 MF. Il est en outre précisé qu'« *une enveloppe spécifique de 55 MF est constituée dans le FNGA, uniquement pour l'exercice 2000, pour d'éventuels besoins en personnels supplémentaires relatifs à la mise en œuvre de la CMU. Cette enveloppe ne pourra être débloquée pour des postes en CDD qu'au vu des bilans mensuels sur l'évolution de la charge CMU et son impact, et après approbation de l'État. Une actualisation des besoins réels sera réalisée au deuxième semestre 2000 afin de procéder aux ajustements nécessaires, soit par redéploiement, soit par recrutement* ».

Cette enveloppe de 55 MF a été reportée dans le FNGA 2001 pour le même montant par l'avenant n° 1 à la COG en date du 8 juin 2001.

A ce jour, les décisions suivantes ont été prises par la Commission de Gestion Administrative (CGA) de la CNAMTS, par délégation du Conseil d'Administration, en accord avec les autorités de tutelle, en vue de renforcer les moyens en personnel des caisses :

CGA du 18 octobre 1999 : recrutement dès 1999 de 1.400 agents, soit 900 CDI et 500 CDD, à financer sur le FNGA 2000 au titre de la CMU.

En outre, 282 postes CDI ont été dégagés à partir des droits à remplacement induits par les prévisions de départs en ARPE et imputés à la CMU sur les CPAM de métropole, en fonction du coût du bénéficiaire actif pondéré (BAP).

CGA du 1er février 2000 : attribution de 600 emplois pérennes (517 emplois jeunes et 83 CDI) et de 2.000 mois-homme, soit 167 emplois CDD pour la mise en œuvre de la CMU.

CGA du 24 octobre 2000 : déblocage de l'enveloppe spécifique CMU de 55 MF prévue au budget du FNGA 2000 pour financer des CDD et report éventuel de ces crédits en 2001.

CGA du 15 mai 2001 : mise à disposition des caisses de 450 CDD pour résorber les soldes de paiement.

CGA du 5 juin 2001 : attribution de 670 CDD aux caisses, dont 306 pour la CMU et 364 pour les soldes, ainsi que de 148 postes CDI supplémentaires par prélèvement sur la réserve de 5.200 postes accordés à la CNAMTS pour compenser l'aménagement et la réduction de la durée du travail.

- Au total, hors résorption des soldes, les moyens en personnels affectés à la CMU s'élèvent donc à 1.930 emplois pérennes (900+282+600+148), dont 1.780 en métropole et 150 dans les DOM. Sur ce total, 430 postes (282+148) ont été affectés par la CNAMTS par redéploiement et sans contrepartie budgétaire.

A ces moyens pérennes se sont ajoutés 973 (500+167+306) emplois CDD (864 en métropole et 109 dans les DOM).

- Les caisses ont reçu en outre le renfort de 364 postes CDD (328 en métropole et 36 dans les DOM) pour accélérer la résorption des soldes de paiement.

Il convient de relever que la CNAMTS avait évalué ses besoins en personnel au titre de la CMU, soit 3.000 agents ETP, sur la base des prévisions de bénéficiaires de la CMUC pour l'ensemble des régimes, à savoir 6 millions de personnes, dont, dans ses calculs, 2 millions de bénéficiaires du RMI et 4 millions de non « RMistes ».

Comme indiqué précédemment, le nombre de bénéficiaires constaté au 31 décembre 2000, c'est-à-dire avant l'essentiel des opérations de réexamen des droits des anciens bénéficiaires de l'AMD, s'élevait à seulement 5 millions, dont environ 4,75 millions (94 %) étaient gérés par le régime général. Cet effectif ressort à 4,36 millions au 30 septembre 2001. En conséquence, l'estimation initiale des besoins en effectifs aurait pu être revue notablement à la baisse, puisqu'un calcul mécaniquement proportionnel aurait conduit à 2.375 ETP fin décembre 2000 et à 2.180 ETP fin septembre 2001. Le maintien de l'affectation à la CMU des renforts mis en place, soit au total 2.903 agents, dont 1.930 emplois pérennes, devrait donc permettre de couvrir largement les besoins de gestion courante en termes quantitatifs d'effectifs de bénéficiaires à gérer. Les gains de productivité, rendus possibles par la professionnalisation des agents en matière de CMU, s'ajoutant à la marge de manœuvre ci-dessus, pourraient alors être utilisés pour améliorer la qualité du service au demandeur.

1.5.4.2 Les mesures d'ajustement dans les autres principaux régimes

La mise en place de la CMU n'a pas causé de perturbation sensible en 2000 dans le fonctionnement courant des deux autres principaux régimes.

Pour faire face à la demande, le conseil d'administration de la CANAM avait voté un budget 2000 prévoyant notamment la création, au titre de la CMU, de 67 postes convention collective et l'embauche temporaire de 99 agents en contrat à durée déterminée pour une durée cumulée de 603 mois. A titre provisoire, la tutelle avait donné son accord « pour l'embauche de 35 équivalents temps plein demandés pour la production et de 40 CDD sur six mois afin de traiter l'éventuel afflux des demandes au cours du premier semestre 2000 ». Compte tenu des flux réellement constatés, cette première tranche de renforcement apparaît suffisante.

Pour la même raison, la MSA dispose des moyens nécessaires, dans le cadre des redéploiements rendus possibles par les créations d'emploi liées à l'accord interne sur la réduction et l'aménagement du temps de travail, pour gérer le nouveau dispositif. La souplesse de gestion qu'autorise l'existence d'un guichet unique de fait au sein de ses caisses, en raison de la multiplicité de leurs missions sociales, et l'absence d'afflux massif aux guichets, expliquent aussi que l'application de la loi n'a pas, jusqu'ici, causé de grandes difficultés aux gestionnaires du régime agricole.

1.6 Une application du dispositif perturbée par plusieurs différés de réexamen des droits

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 pour les bénéficiaires du RMI. A partir du 1er janvier 2000, l'aide médicale (ou carte santé) a été remplacée par la CMU complémentaire, et les personnes relevant de l'AMD ont été « basculées » en CMUC, afin d'éviter toute rupture des droits. Ce droit automatique était valable, pour les titulaires du RMI, jusqu'au 31 décembre 2000 ; pour les autres, jusqu'à la date d'expiration de leur droit à l'aide médicale et, « *en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000* », selon l'article 28 de la loi du 27 juillet 1999 (dispositions transitoires), mais jusqu'au 30 juin 2000, « *sur leur demande* » pour ceux dont les droits s'interrompaient entre le 1er janvier et cette date, selon les dispositions de l'article 72 de la même loi (entrée en vigueur).

En conséquence, il était prévu que les caisses d'assurance maladie contactent au second trimestre 2000 les personnes concernées, afin de procéder au réexamen de leurs droits. Sous réserve du montant de leurs ressources au regard des plafonds, et après qu'ils aient choisi leur organisme complémentaire, leurs droits à la CMUC devaient alors être renouvelés pour un an à compter du 1er juillet 2000. Cet échéancier de renouvellement des droits a été reporté à plusieurs reprises pour des raisons diverses, comme indiqué dans la suite du chapitre. Ces reports successifs ont perturbé la gestion du dispositif ; ils ont, par ailleurs, créé des inégalités de traitement entre les anciens bénéficiaires de l'AMD et les nouveaux entrants dans le système ; ils ont, enfin, généré des surcoûts par rapport au respect des calendriers initialement prévus.

1.6.1 Trois reports successifs qui n'ont pas eu les mêmes conséquences sur la gestion par les caisses des réexamens des droits

1.6.1.1 Un premier report, du 30 juin au 31 octobre 2000, pour permettre aux organismes gestionnaires de mieux faire face à leurs charges de travail

Dès les premiers mois de l'entrée en vigueur de la loi, les caisses d'assurance maladie ont exprimé des inquiétudes au regard des échéances de court terme liées à l'application de la loi : exercice du droit d'option pour les anciens bénéficiaires de l'AMD à partir du 1er avril ; réexamen des droits à la CMUC avant le 30 juin ; envoi des questionnaires ressources aux bénéficiaires de la CMU de base, avant le 1er août. Compte tenu de l'ampleur des effectifs de bénéficiaires en cause et du temps nécessaire à l'accueil des personnes et à l'instruction des dossiers, elles craignaient, comme le signalaient les remontées d'information des DRASS, de ne pouvoir gérer convenablement ces échéances. La CNAMTS, confrontée aux difficultés des caisses, a alors envisagé différents scénarios d'étalement de cette charge.

C'est dans ce contexte que la ministre de l'emploi et de la solidarité a consenti à une prolongation de la date butoir du 30 juin. Par lettre du 11 mai, elle écrivait au directeur de la CNAMTS : « *Afin de mieux répartir et d'éviter toute rupture de droits pour les bénéficiaires, je vous propose de différer la fin des droits de ces bénéficiaires à la date*

du 31 octobre 2000. Ce délai devra donc concerner tous les bénéficiaires de la CMU complémentaire dont les droits arriveront à échéance entre le 30 juin et le 31 octobre 2000. A partir de ce principe général, il vous appartient de définir les modalités les plus adaptées au réexamen des droits, notamment quant au choix du calendrier d'envoi aux bénéficiaires des courriers les informant de la prolongation de la validité de leur attestation CMU et leur demandant de se présenter au guichet de leur CPAM ».

Les directeurs des caisses nationales des autres régimes ont été invités à appliquer ce différé par une correspondance ministérielle du 24 mai 2000.

Ce premier report a certes causé quelques embarras aux organismes gestionnaires mais, dans l'ensemble, il a été le bienvenu.

Sans doute, certaines caisses locales avaient déjà adressé des courriers aux bénéficiaires de l'AMD concernés par ce renouvellement ; elles avaient, par ailleurs, alerté les professionnels de santé et les institutions sociales relais. Elles ont dû, le cas échéant, envoyer des lettres annulant des rendez-vous, répondre à de nombreuses interrogations téléphoniques et recevoir au guichet, dans les derniers jours de juin, un afflux de personnes s'inquiétant de leur sort. La mission de l'IGAS sur la détection des droits a ainsi été témoin, à cette époque, de la charge que ce report occasionnait, dans plusieurs centres de paiement, notamment à Paris, en termes de disponibilité des agents.

Pour autant, ce moratoire a été bien accueilli pour au moins trois raisons : le caractère clair et rassurant du message donné à l'usager ; le fait que le report répondait à une attente de nombre de caisses ; enfin, la date de l'information du report. Celui-ci a en effet été porté à la connaissance des CPAM par un message CNAMTS diffusé par fax le 5 avril, soit cinq semaines avant la lettre de la ministre citée plus haut, qui n'a fait qu'apporter une confirmation officielle. Le « point CMU » n° 19 du 6 avril précisait que *« les droits à la CMU complémentaire des bénéficiaires issus de la « bascule » sont prorogés jusqu'au 31 octobre 2000, sauf si le renouvellement de ces droits est prononcé à l'échéance initiale. Ainsi, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire dont les droits arriveront à terme les 30 juin, 31 juillet, 31 août, 30 septembre et 31 octobre 2000, la procédure de renouvellement pourra s'échelonner à partir de la deuxième quinzaine d'avril jusqu'au 15 septembre 2000, de façon à étaler la charge d'accueil des caisses en ce qui concerne les mois de juin et décembre prochains »*. Une procédure nationale de renouvellement des droits a été mise en place par la CNAMTS le 14 avril : elle reposait sur l'envoi, par les centres techniques informatiques (CTI), d'un courrier aux bénéficiaires, sans lui annexer les formulaires de déclaration de ressources et de choix de l'organisme complémentaire, afin de *« privilégier la qualité du service, au travers de l'accueil et de l'accompagnement des personnes concernées dans cette démarche socio-administrative »*. Les directeurs de caisses préférant mettre en place une procédure locale devaient, en conséquence, assumer les travaux supplémentaires correspondants.

1.6.1.2 Un second report, du 31 octobre 2000 au 30 juin 2001, annoncé par la ministre à l'Assemblée Nationale le 27 octobre

Ce deuxième report a été décidé par le Gouvernement pour répondre à des préoccupations exprimées par plusieurs parlementaires, à l'occasion du débat sur la loi

de financement de la sécurité sociale pour 2001, au sujet du montant du plafond de ressources de la CMUC. La ministre de l'emploi et de la solidarité s'est engagée à relever ce plafond de 3.500 F à 3.600 F pour une personne seule, et parallèlement à prolonger au 30 juin 2001 les droits ouverts à la CMUC.

Les lettres adressées par la ministre le 27 novembre 2000 aux directeurs des caisses nationales d'assurance maladie, pour officialiser ces décisions, indiquaient notamment : *« J'ai pu apprécier l'effort très important d'information et de communication fourni par la caisse nationale aussi bien auprès de son réseau de caisses que des professionnels de santé ou des relais sociaux. Toutefois, malgré cet effort d'information, un nombre important de bénéficiaires ne se sont pas manifestés. De plus, je pense nécessaire d'entreprendre une réflexion avec l'ensemble des partenaires concernés - collectivités locales, caisses d'assurance maladie, organismes complémentaires - pour élaborer des solutions permettant de prendre en charge les bénéficiaires de l'aide médicale gratuite dont les ressources étaient supérieures au barème de la CMU. C'est la raison pour laquelle je vous demande de différer au 30 juin 2001 la fin des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits n'auraient pas été renouvelés dans le cadre de la procédure actuelle ».*

Contrairement à la précédente, cette nouvelle décision de report a été très mal perçue par les institutions gestionnaires. Dans sa lettre d'observation sur le projet de rapport de l'IGAS sur la détection des droits, le directeur de la CNAMTS indiquait ainsi, le 6 mars 2001 : *« Les techniciens qui s'étaient mobilisés depuis de nombreuses semaines pour traiter les demandes, expliquer les motifs de refus éventuels et relancer les personnes qui n'avaient pas répondu ont réalisé brusquement que leur travail était rendu inutile et même tourné en dérision par des assurés venus quelques jours plus tard en novembre leur montrer leur attestation de report de droit. Or la population dont les droits ont ainsi été prolongés de manière automatique comprenait des personnes dont les revenus sont parfois très largement supérieurs au seuil ».*

Certes, les taux de réponse aux convocations lancées dans le courant de l'été 2000 s'avéraient anormalement faibles en octobre 2000, puisqu'ils représentaient en moyenne 30 à 40 %, en dépit de plusieurs relances. Par ailleurs, diverses initiatives, prises pour accompagner la sortie du dispositif en lissant les effets de seuil, appelaient une réflexion des divers partenaires afin de parvenir à une certaine harmonisation, comme le faisait valoir la lettre ministérielle. Il reste que ce second report, qui ne répondait pas à une demande des organismes gestionnaires et n'a été connu que trois jours avant l'échéance, a effectivement perturbé fortement le fonctionnement du dispositif.

1.6.1.3 Un troisième report de droits, du 30 juin au 31 décembre 2001, réservé aux personnes dont les ressources sont comprises entre 3.600 F et 4.000 F

La faiblesse des taux de réponse aux convocations, déjà constatée lors des campagnes précédentes, a été à nouveau observée pour l'échéance de renouvellement des droits prévue au 30 juin 2001. Par ailleurs, la réflexion sur le lissage des effets de seuil s'est poursuivie, comme indiqué de façon plus détaillée dans la suite du chapitre. Lors du débat parlementaire sur le projet de loi portant diverses mesures sociales, culturelles et éducatives, la ministre de l'emploi et de la solidarité, après avoir obtenu le rejet d'un amendement visant au relèvement du plafond de ressources, a annoncé à l'Assemblée

Nationale, le 10 mai 2001, le maintien dans le dispositif, à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2001, des bénéficiaires dont les ressources, se situant entre 3.600 F et 4.000 F pour une personne seule, excèdent d'environ 10 % le plafond réglementaire, dans l'attente d'un dispositif pérenne qui pourrait intervenir au 1er janvier 2002.

Par lettre du 1er juin 2001, la ministre a notifié cette décision au directeur de la CNAMTS, en lui précisant que « *la couverture complémentaire des bénéficiaires de cette prolongation reste gérée jusqu'au 31 décembre 2001 par la caisse ou l'organisme complémentaire dont ils dépendent actuellement* ». En lui confirmant « *qu'il est nécessaire que ce processus aille à son terme et que les caisses examinent l'ensemble des demandes qui leur sont adressées* », elle lui a donné son accord sur plusieurs aménagements techniques proposés par la caisse nationale et diffusés aux CPAM le 30 mai⁷, qui ont d'ailleurs été un peu modifiés, comme indiqué dans la lettre de la CNAMTS datée du 7 juin. En définitive, les dispositions suivantes ont été arrêtées et portées à la connaissance des caisses primaires les 7 et 14 juin :

- les titulaires du RMI ont droit à l'attribution automatique d'une nouvelle année de droit jusqu'au 30 juin 2002 ;
- s'agissant des autres bénéficiaires de la CMUC, ex AMD basculés et primo-demandeurs en cours de renouvellement, dont les droits expiraient au 30 juin 2001 :
 - ressources inférieures à 3.600 F : renouvellement des droits pour un an à partir de la date d'instruction ;
 - ressources comprises entre 3.600 F et 4.000 F : refus mais avec application différée au 31 décembre 2001 donnant lieu à l'édition d'une attestation spécifique ;
 - ressources supérieures à 4.000 F : refus notifié par la CPAM.
- en ce qui concerne les autres bénéficiaires de la CMUC, ex AMD basculés et primo-demandeurs en cours de renouvellement, dont les droits expiraient entre le 1er juillet et le 30 novembre 2001 : application de la règle générale ci-dessus, en fonction du niveau des ressources ;
- enfin, pour les bénéficiaires dont les droits arrivaient à échéance au 31 décembre 2001, décision de renouvellement lorsque les ressources sont inférieures à 3.600 F ; refus si elles excèdent 4.000 F ; refus avec basculement vers un autre dispositif éventuel, si elles se situent entre 3.600 F et 4.000 F.

Par ailleurs, les mesures suivantes ont été mises en place pour le traitement des dossiers des bénéficiaires dont les droits arrivaient à échéance au 30 juin 2001 :

- si leur dossier n'avait pas été instruit au 30 juin, octroi d'une prolongation jusqu'au 31 août ;
- s'ils n'avaient pas retourné leur dossier à la date du 30 juin, relance au cours de l'été (et non prolongation automatique au 31 août comme initialement prévu) et application de la règle générale pour les dossiers retournés entre le 1er juillet et le 31 août ;
- les dossiers retournés après le 31 août devaient être instruits selon le droit commun applicable aux primo-demandeurs.

⁷ « Point CMU » CNAMTS n°46

En ce qui concerne les refus notifiés lors des renouvellements effectués entre le 31 janvier et le 31 mai 2001, « *seul un recours au fonds national d'action sanitaire et sociale permettra de pallier le non bénéfice de la CMUC pour certains demandeurs* »⁸.

La lettre de la ministre du 1er juin indiquait en outre : « *Je sais que certaines caisses ont déjà mis en place, sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, des actions permettant une meilleure prise en charge des personnes dont les revenus excèdent de peu le plafond de la CMU. Il est indispensable que chaque organisme puisse proposer un dispositif permettant de prendre en charge, à partir du 1er juillet 2001, la situation des primo-demandeurs qui ne pourront bénéficier de la CMU complémentaire et dont les revenus se situeront entre le plafond CMU et 48.000 F* ».

Contrairement à ce qui s'était passé lors des précédents reports, les directeurs des autres caisses nationales d'assurance maladie n'ont pas reçu en temps utile de correspondance ministérielle sur ce sujet ; ils en ont été informés indirectement par la CNAMTS, mais n'ont pas jugé bon, dans ces conditions, de diffuser immédiatement à leur réseau les nouvelles règles applicables au second semestre 2001. Ils n'ont été avisés officiellement du report que par une lettre de la DSS datée du 26 juin.

S'agissant du régime général, ce troisième report, a bien entendu causé de nouvelles difficultés de fonctionnement dans les caisses, qui ont dû adapter les informations fournies à l'accueil et aux institutions relais à cette nouvelle donne et ajuster les réponses à apporter aux demandes aux différents cas exposés plus haut. En outre, les distinctions introduites par ce dispositif ont nécessité un aménagement de l'appareil statistique, notamment en vue de connaître, fin 2001, le nombre de personnes maintenues à titre provisoire au bénéfice de la CMUC. Une certaine lassitude des gestionnaires est donc tout à fait compréhensible, d'autant plus que le système de prolongation des droits mis en place appellera un nouvel examen de la situation des personnes maintenues dans leurs droits à l'échéance du 31 décembre 2001, au regard de leurs ressources sur les douze derniers mois.

Cependant, à l'inverse de l'opération précédente, ces mesures ont été annoncées au régime général un mois et demi avant l'échéance du 30 juin, ce qui a permis d'organiser les procédures d'application avant ce terme et de façon concertée entre la CNAMTS et les pouvoirs publics. Surtout, elles ont permis de préparer un dispositif de sortie de la CMU complémentaire plus favorable pour les intéressés, comme indiqué au chapitre 2.

1.6.2 Des inégalités de traitement entre les différentes catégories de bénéficiaires de la CMUC

Les reports des dates butoirs de réexamen des droits ont bénéficié, par définition, à ceux dont l'antériorité du droit, ouvert pour un an, appelait un renouvellement, à savoir :

- pour le report du 30 juin au 31 octobre 2000, les anciens bénéficiaires de l'AMD basculés en CMUC ;
- pour le report du 31 octobre 2000 au 30 juin 2001, les mêmes bénéficiaires ;
- enfin, pour le report du 30 juin au 31 décembre 2001, les mêmes

⁸ « Point CMU » CNAMTS n°47

bénéficiaires, auxquels s'ajoutent les personnes ayant accédé à la CMU complémentaire au premier semestre 2000, dès lors que leurs ressources sont comprises entre 3.600 F et 4.000 F par mois pour une personne seule.

Inversement, les primo-demandeurs, qui ont présenté une demande entre le 1er juillet 2000 et le 30 juin 2001, ont fait l'objet d'une décision de rejet si leurs ressources mensuelles excédaient 3.500 F avant octobre 2000 et 3.600 F à partir de cette date.

Les reports ont donc créé des inégalités de traitement entre les premiers entrants dans le dispositif - ex bénéficiaires de l'AMD et nouveaux inscrits du premier semestre 2000 - et les primo-demandeurs à partir du 1er juillet 2000. Il s'agit d'une discrimination de fait, non prévue par la loi et par ses textes d'application, qui ne permettaient qu'une période transitoire limitée au premier semestre 2000 pour éviter les risques de rupture de droits. Cette différence de traitement paraît, dans certains cas, difficilement admissible : ainsi, par exemple, comment refuser l'accès à la CMUC à un nouveau demandeur, au motif qu'il déclare des ressources de 3.650 F, et, parallèlement, maintenir dans ce droit un ancien bénéficiaire de l'aide médicale, dont les ressources se situent depuis plusieurs mois à 3.950 F ?

Ce type de situations ne peut se prolonger. Certes, comme indiqué plus haut, le recours au fonds d'action sanitaire et sociale peut pallier, pour certains demandeurs proches du plafond, une partie des effets des décisions de rejet. Dans certains départements, des initiatives visent à atténuer ces effets. Toutefois, les dispositifs d'accompagnement diffèrent d'un département à l'autre, d'une CPAM à l'autre, créant ainsi des disparités que la loi, en supprimant l'AMD, entendait effacer.

Ce risque, sans être purement théorique, mérite d'être cependant relativisé à partir d'une analyse des phénomènes de non-réponse aux convocations constatés à chaque campagne de renouvellement. Il semble que, dans un nombre important de cas, les personnes qui n'avaient pas renvoyé leur dossier ou ne s'étaient pas présentées au guichet savaient qu'elles ne remplittaient plus les conditions de ressources justifiant le maintien dans les droits. Les vérifications faites par les caisses ont permis d'exclure certaines d'entre elles de la CMUC, lorsqu'elles dépassaient 4.000 F ; pour celles qui se situent en-dessous de ce seuil, l'inégalité de traitement évoquée plus haut demeure jusqu'au 31 décembre 2001.

Le renouvellement automatique des droits au 30 juin et au 31 octobre 2000, puis au 31 décembre pour les bénéficiaires hors RMI, s'est accompagné, pour des raisons de simplicité, du maintien de l'organisme complémentaire initial. Le dispositif mis en place en juin 2001, en revanche, a demandé aux titulaires du RMI reconduits en CMUC jusqu'au 30 juin 2002 de choisir l'organisme appelé à gérer leurs prestations.

Selon les résultats de la CNAMTS disponibles en décembre, 5 % des familles dont la CMUC était initialement gérée par la CPAM et 8 % de celles initialement gérées par un O.C. ont changé d'option lors du renouvellement de leurs droits au cours de l'année 2001.

1.6.3 Des coûts à la charge du Fonds de financement de la CMUC

Le maintien dans les droits à la CMUC d'effectifs importants de personnes qui auraient

dû sortir du dispositif, à raison de l'état de leurs ressources, a créé des charges supérieures à celles qui auraient résulté d'un réexamen des droits au 30 juin de chaque année, pour les ex bénéficiaires de l'AMD, et au terme de chaque année de droits ouverts, pour les autres bénéficiaires.

Les coûts théoriques imputables aux reports successifs peuvent être évalués, au total, à environ 1,5 milliard de francs, sur la base de 900.000 bénéficiaires maintenus de juillet 2000 à juin 2001 et de 200.000 bénéficiaires maintenus de juillet 2001 à décembre 2001.

1.7 Un dispositif de pilotage et de suivi à consolider

L'instauration de la CMU a entraîné la mise en place d'un dispositif complexe qui se substitue à des dispositifs anciens en imposant de nouvelles procédures, qui confie de nouveaux rôles aux structures existantes et qui bouleverse le partenariat local traditionnel. Elle a nécessité une mobilisation de tous les acteurs concernés qui ont dû apprendre à travailler ensemble ou à travailler différemment.

Cette mutation s'est faite assez bien et assez rapidement mais, compte tenu de la priorité donnée jusqu'ici aux réponses aux situations d'urgence, le pilotage et le suivi du dispositif doivent être encore améliorés.

1.7.1 Le pilotage du dispositif et l'animation des partenariats

L'application de la CMU fait intervenir de nombreux acteurs, dont les principaux sont les caisses d'assurance maladie, gestionnaires du dispositif, et les services et établissements de l'État, garants de sa bonne exécution sur le plan financier. Il importe donc, pour la réussite de la réforme, d'assurer une bonne coordination entre ces différents intervenants et de veiller à la qualité des circuits d'information entre les divers échelons. De nombreuses dispositions ont été prises à cet effet mais elles mériteraient, sur certains points, d'être consolidées dans l'avenir.

1.7.1.1 Un souci d'accompagnement du lancement de la CMU à tous les niveaux

Conscient des enjeux de la période de lancement de la CMU, le cabinet du ministre de l'emploi et de la solidarité avait confié dès le mois de juillet 1999 une mission de pilotage et de coordination à un inspecteur général des affaires sociales et à un inspecteur-adjoint des affaires sociales. Ce dispositif, qui a été opérationnel jusqu'en janvier 2000, réunissait les directions du ministère concernées (la direction de la sécurité sociale et la direction de l'action sociale, la direction des hôpitaux n'ayant été consultée que ponctuellement, à la fin du processus) et les caisses nationales d'assurance maladie ; il associait, en tant que de besoin, d'autres partenaires, comme les organismes complémentaires, l'assemblée des départements de France ou l'UNCCAS.

Grâce à un fonctionnement assez souple qui lui permettait d'acter au fur et à mesure les points d'accord, la mission a pu remplir efficacement son rôle d'appui administratif pour le lancement de la CMU et assumer ses deux tâches essentielles : la coordination de l'élaboration des textes réglementaires et l'organisation du dispositif de communication.

Au niveau local, la mise en place du dispositif s'est appuyée sur les autorités

départementales (préfet, DDASS) qui ont été mobilisées dès le mois d'octobre 1999 pour préparer et accompagner le lancement de la CMU. Alors que les DRASS étaient chargées d'assurer l'interface entre le niveau national et le niveau local, les DDASS devaient, sous la coordination du préfet de région, organiser et présider les comités de suivi départementaux qui rassemblaient, selon une composition variable, les différents acteurs principaux concernés (notamment les trois régimes d'assurance maladie et de la branche famille, les organismes complémentaires, les professionnels de santé, le conseil général, les associations, les CCAS et les établissements de santé, notamment ceux disposant d'une PASS) afin de faire le point sur les difficultés rencontrées. Après s'être réunis très régulièrement au cours des premiers mois de l'année 2000 et avoir joué un rôle assez actif (échanges d'informations, élaboration de documents en commun, réflexion sur certains thèmes spécifiques...), ces comités semblent désormais en sommeil, certainement parce que la CMU entre désormais dans une période de croisière mais aussi parce que se sont instaurés de nouveaux partenariats au niveau local et national.

1.7.1.2 Un nouveau partage des rôles au niveau local

La mise en œuvre de la CMU conduit à s'interroger sur la place et le rôle des différents acteurs locaux : elle a en effet progressivement modifié les rapports entre ces acteurs, qui ont perdu une partie de leurs prérogatives ou qui se sont vus attribuer de nouvelles fonctions, comme le montrent les enquêtes sur la mise en œuvre du dispositif effectuées dans plusieurs départements à la demande de la DREES.

Les conseils généraux et les CCAS ont renoncé au rôle de pivot du dispositif d'accès aux droits à la santé pour les plus démunis qui était le leur dans le cadre de l'AMD. Si la plupart des départements étaient favorables à l'abandon de ce dispositif complexe et coûteux, certains élus ont vu dans ce transfert la perte d'un instrument valorisant de lutte contre la précarité et l'exclusion.

Les services déconcentrés, quant à eux, se sont trouvés dans une situation ambiguë. Si les DRASS continuent à centraliser les informations au niveau régional, les DDASS, après avoir été les premiers interlocuteurs du ministère lors du lancement de la CMU, ont vu leur rôle modifié en raison du développement des contacts directs entre le ministère et les caisses d'assurance maladie qui sont devenues en fait les acteurs principaux du dispositif. Les DDASS sont centrées désormais sur la gestion du contentieux, de plus en plus important, de la CMUC. Elles ne disposent que des informations qui leur sont transmises parfois par les caisses elles-mêmes ou par les DRASS (qui reçoivent les remontées d'informations communiquées par les caisses au ministère) et elles ne sont donc pas à même d'assurer un rôle de pilotage du dispositif au niveau départemental. Ce retrait des DDASS est lié à la place accordée aux caisses par la loi, à l'insuffisance de leurs moyens mais aussi à un positionnement officiel trop vague : les autorités départementales ont été simplement invitées à créer des groupes de travail dans une lettre ministérielle du 4 octobre 1999 consacrée au transfert des fichiers de l'aide médicale départementale ; leur rôle et celui des DRASS dans le pilotage et le suivi de la mise en œuvre n'ont pas été assez clairement définis.

A côté des caisses qui ont intensifié leurs liens, les relais sociaux, notamment les associations d'accueil et de suivi des populations précaires et les associations

humanitaires, mettent en place de nouveaux partenariats avec des professionnels de santé et les travailleurs sociaux. Ces réseaux, qui ont un rôle actif grandissant dans certaines régions, se trouvent de plus en plus au cœur du dispositif de mise en œuvre de la CMU.

Le positionnement des services déconcentrés du ministère est à préciser en fonction de ces réalités. Il ne se situe pas dans la gestion du dispositif, délégué aux caisses par l'État, mais, outre le contentieux CDAS, dans la fonction de suivi et d'évaluation de l'application de la loi, notamment au regard de la domiciliation des SDF, de l'inscription sur la liste des organismes complémentaires et des suites éventuelles données aux signalements de refus de soins. Les services de l'État ont par ailleurs à veiller à l'articulation entre CMU et lutte contre les exclusions, à travers le développement et le suivi des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et la mise en œuvre des contrats entre l'État et les collectivités territoriales. Enfin, déjà responsables au niveau régional de l'évaluation de la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion des organismes d'assurance maladie (COG), ils devraient jouer un rôle de facilitation des partenariats et de suivi des dispositifs locaux d'aide à la mutualisation, en veillant à la convergence progressive des interventions entre caisses et entre régimes.

.1.7.2 Les circuits d'information et de suivi

1.7.2.1 Un dispositif de communication efficace lors de la mise en place du dispositif

Comme on l'a vu plus haut, le ministère a utilisé l'ensemble des relais d'information afin d'informer le public potentiel mais aussi pour mobiliser les différents acteurs appelés à intervenir dans le dispositif.

Le système de formation et d'information des services déconcentrés mis en place en collaboration avec les caisses d'assurance maladie a bien fonctionné : les différentes circulaires et les instructions des caisses nationales, la journée d'information organisée en janvier 2000 à l'intention des représentants des DRASS et des CPAM, la réunion des DRASS et des CPAM de juin 2000 consacrée au premier bilan de la CMU, les points spéciaux inscrits à l'ordre du jour des réunions des DRASS et des DDASS tout au long de l'année 2000, la diffusion de dépliants et du guide destiné aux personnes-relais, la procédure de questions-réponses sur le réseau Internet ainsi que les nombreux échanges de courriers ont permis d'instaurer un véritable dialogue entre l'administration centrale et les services.

Ces réseaux institutionnels semblent toutefois avoir joué localement un rôle d'information assez mineur auprès des professionnels de santé et des associations : ceux-ci ont été informés essentiellement par les ordres professionnels, les syndicats, les caisses d'assurance maladie et la presse, professionnelle et généraliste, comme l'ont observé les experts de l'enquête sur la mise en œuvre de la CMU sur le terrain.

1.7.2.2 Une connaissance encore imparfaite de la réalité

A travers une lettre adressée aux préfets de région et aux directeurs des organismes

concernés le 17 janvier 2000, le ministère a souhaité organiser le suivi de la CMU afin de pouvoir porter une appréciation tant quantitative que qualitative sur le dispositif, grâce aux informations communiquées par les acteurs les plus directement impliqués.

- Sur le plan quantitatif, la remontée des informations est du ressort des caisses nationales de sécurité sociale qui sont chargées de transmettre leurs données statistiques chaque mois au ministère, à la DREES et à la DSS (les petits régimes fournissent leurs données deux fois par an). Par ailleurs, l'ACOSS doit communiquer plusieurs informations démographiques et financières : le montant de cotisation appelé et recouvré, le nombre de bénéficiaires gérés par les organismes de couverture complémentaire ainsi que l'assiette et le rendement de la contribution de 1,75 % et le montant du droit à déduction déclaré par les organismes de couverture complémentaire.

- Sur le plan qualitatif, les DRASS organisent, chaque mois au moins jusqu'en juin 2000 puis chaque trimestre, une réunion d'information et de concertation avec les caisses de leur circonscription destinée à faire le point sur la montée en charge du dispositif, sur les relations avec les différents partenaires et sur les difficultés de mise en œuvre ; elles envoient au ministère les notes de synthèses établies à la suite de ces rencontres. De son côté, la CNAMTS reçoit des remontées trimestrielles d'informations établies par les CPAM, à partir d'un questionnaire d'évaluation qualitative portant notamment sur les mesures de lissage de l'effet de seuil et la participation des professionnels de santé.

Ces différents tableaux et documents ont permis d'assurer un suivi assez précis du lancement de la CMU. Ils sont toutefois insuffisants pour évaluer ce nouveau dispositif et pour apprécier s'il répond bien aux objectifs assignés à la couverture maladie universelle, en raison des insuffisances des outils informatiques mis en place. Ces outils, qui ont dû être installés rapidement, sans réelle concertation entre tous les partenaires, sont trop souvent calqués sur les outils de gestion et n'ont pas été conçus comme de véritables instruments au service des décideurs. Les statistiques qu'ils fournissent restent encore limitées, notamment pour des raisons méthodologiques :

. Les données publiées ne sont pas totalement comparables. Elles reprennent les nombres de bénéficiaires, en termes de stocks, déclarés par les régimes mais ces chiffres ont fait l'objet d'un traitement différent dans chaque régime : alors que la CCMSA prend les chiffres bruts et la CANAM se contente de quelques corrections, la CNAMTS établit un historique en procédant à des recalages assez longs. La DREES et le Fonds de financement de la CMUC ne publient pas exactement les mêmes chiffres car l'une prend en compte les chiffres des trois grandes caisses et l'autre reprend chaque mois les stocks, sans reconstitution historique, de l'ensemble des régimes.

. Certains éléments sont imprécis, comme le nombre des ayants-droit, qui porte sur les ayants-droit au sens de la sécurité sociale et non au sens de la CMU et qui ne distingue pas les enfants mineurs et les adultes à charge.

. Ces données ne permettent pas de suivre le parcours des bénéficiaires à l'intérieur du dispositif. Les nombres des entrées et des sorties recensés par les caisses ne sont pas totalement probants : d'une part, jusqu'ici, ces chiffres d'entrées ne distinguent pas les primo-demandeurs et les renouvellements ; d'autre part, les nombres des sorties ne sont pas différenciés en fonction des motifs de sortie et ils recouvrent à la fois les déménagements, les décès, les changements de résidence, les changements de caisses d'affiliation ou les transferts de dossiers vers un organisme complémentaire, ce qui

fausse particulièrement les statistiques de la CNAMTS, dont le public, notamment en région parisienne, est très mobile.

. Les tableaux ne permettent pas non plus de dégager le profil précis des bénéficiaires, au-delà de leur sexe et de leur âge.

Pour compléter ces informations, un dispositif de suivi-évaluation spécifique, associant notamment les directions concernées du ministère, les trois caisses nationales d'assurance maladie, le Fonds CMU et le CREDES, a été mis en place sous la coordination de la DREES. Ce dispositif repose sur sept opérations : le bilan préalable de l'AMD, le suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif, l'échantillon permanent des assurés sociaux, l'enquête sur la santé et la protection sociale, une enquête auprès des bénéficiaires de la CMU, une enquête qualitative sur la mise en œuvre sur le terrain et une enquête auprès des usagers du dispositif de soins.

Les résultats de ces travaux, qui ne seront totalement disponibles qu'à la fin du premier trimestre 2002, apporteront certainement des éléments intéressants pour le suivi de la CMU. Il n'en est pas moins nécessaire, au moment où le dispositif va se stabiliser, d'améliorer le système d'information afin de rassembler des données homogènes et d'harmoniser les méthodes de traitement informatique.

Il paraît également utile d'encourager les initiatives prises dans certaines régions par les DRASS, les caisses régionales d'assurance maladie ou les observatoires régionaux de la santé qui, depuis quelques mois, mettent en place des observatoires locaux. Ces observatoires devraient permettre d'avoir une meilleure connaissance des bénéficiaires de la CMU, de leur consommation de soins et des professionnels qui les prennent en charge, mais aussi d'établir une carte fine de la répartition et de l'évolution de la précarité au niveau infra-départemental. Les expériences en cours, notamment en Picardie, en Rhône-Alpes (avec l'appui du Fonds CMU), en Lorraine, en Bretagne, dans les Pays-de-Loire, en Languedoc-Roussillon ou dans la région Centre, doivent être suivies avec attention et pouvoir éventuellement être diffusées.

CHAPITRE 2 – L'ACCES AUX DROITS : LE PLAFOND DE RESSOURCES ET LA GESTION DES EFFETS DE SEUIL

2.1 Un système d'accès à la CMUC sous condition de conditions de ressources exposé à plusieurs critiques

Le dispositif retenu pour l'accès gratuit à la CMU complémentaire a suscité, dès la discussion du projet de loi et depuis sa mise en application, deux types d'observations critiques, émanant notamment de certains parlementaires et élus, de fédérations d'organismes complémentaires, du milieu associatif et de divers acteurs. Le montant de ce plafond, fixé par décret mais qui avait fait l'objet de débats lors de l'élaboration et de l'adoption de la loi, a été jugé par certains insuffisant, notamment par référence au montant de plusieurs minima sociaux. Il a été relevé aussi que la fixation d'un plafond de ressources, sans barème progressif, produisait des effets de seuil générateurs de droits très différents, selon que le demandeur se situe en-deçà ou au delà du plafond. Ces observations, qui ont conduit à différer les réexamens de droits dans l'attente de mesures de nature à y répondre, sont détaillées ci-après. Elles appellent cependant quelques remarques qui, sans remettre en cause leur intérêt, permettent d'en relativiser quelque peu la portée.

2.1.1 Des droits ouverts sous condition de ressources

La loi du 27 juillet 1999 attribue une couverture complémentaire gratuite aux personnes résidant en France « *dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix* » (art. L. 861-1 du code S.S.).

Le décret n° 99-1004 du 1er décembre 1999 a fixé les majorations de plafond en fonction de la taille du foyer (50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer, 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personnes, 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne), ainsi que les ressources à prendre en compte pour la détermination du droit.

Ces ressources, calculées sur les douze mois civils précédant la demande, comprennent, notamment, une estimation forfaitaire des avantages logement : avantages en nature procurés par un logement occupé, soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer du demandeur (art. R. 861-5), ou aides personnelles au logement (art. R. 861-7). Ces avantages logement sont inclus dans les ressources du foyer, à concurrence d'un forfait mensuel égal à 12 % du RMI pour une personne isolée (soit 306 F en 2000 et 313 F en 2001) et à 14 % du RMI correspondant, lorsque le foyer comprend plusieurs personnes. En revanche, ne sont pas prises en compte dans les ressources 17 « prestations à objet spécialisé » (par exemple l'allocation d'éducation spéciale) énumérées à l'article R. 861-10.

Le plafond de ressources pour une personne seule, fixé initialement à 42.000 F par an, soit 3.500 F par mois (décret n° 99-1006 du 1er décembre 1999), a été porté à 43.200 F par an, soit 3.600 F par mois, par le décret n° 2001-23 du 9 janvier 2001 ; ce premier relèvement, égal à + 2,86 %, a été légèrement supérieur à la simple actualisation en

fonction de l'évolution des prix.

Ces plafonds de ressources sont opposables aux primo-demandeurs de CMUC et, à l'occasion du réexamen de leurs droits, aux personnes bénéficiaires de l'AMD basculées en CMUC au 1er janvier 2000, ainsi qu'à celles qui y ont accédé en 2000. Les bénéficiaires de la CMUC ayant choisi de faire gérer leur complémentaire par un O.C. (option b), ont droit, s'ils perdent ultérieurement le droit à la CMU complémentaire, à une année de prolongation auprès de ce même organisme, « *avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté* », aux termes de l'article 23 de la loi. Un arrêté du 27 avril 2001 a précisé que le montant maximum annuel de cette cotisation à tarif privilégié ne pouvait excéder « *quatre fois la somme prévue au III de l'article L. 862-4 du même code pour une adhésion ou un contrat individuel* », soit actuellement 1.500 F (4 fois 375 F).

Par ailleurs, le guide destiné aux personnes-relais indique (fiche n° 17) que, pour les personnes dont les ressources sont supérieures au plafond, « *les fonds de secours des caisses, des collectivités locales ou des mutuelles peuvent intervenir pour prendre en charge ticket modérateur, forfait journalier ou dépassement* ».

2.1.2 Deux critiques adressées au dispositif

2.1.2.1 Un plafond jugé par certains insuffisant, notamment au regard de plusieurs minima sociaux

Les partisans d'un relèvement significatif du plafond de ressources font valoir les arguments suivants :

- la fixation du plafond à un niveau plus élevé qu'actuellement permettrait d'accueillir des publics pauvres qui n'accèdent pas à la CMUC

Il est parfois fait référence au concept de « seuil de pauvreté à l'échelle européenne », évalué aux alentours de 3.800 F, pour exprimer l'idée que le niveau actuel du plafond CMUC n'intègre pas l'ensemble des personnes dont l'accès aux soins est contrarié par une solvabilité insuffisante.

Ainsi, par exemple, dans leur bilan d'application de la première année de la CMU (janvier 2001), l'UNIOPSS et le collectif Alerte « *réaffirment avec force leur demande que le seuil de la CMU complémentaire soit porté au niveau du seuil de pauvreté (soit actuellement 3.800 F), avec ensuite une prise en charge dégressive des frais de mutualisation jusqu'au SMIC* ».

- la revendication se concentre sur l'alignement du plafond de la CMUC sur le niveau de certains minima sociaux (minimum vieillesse et allocation aux adultes handicapés).

Pour certains, il apparaît choquant qu'il n'y ait pas une exacte correspondance entre le concept de « minima sociaux » et une mesure telle que la CMU, destinée à favoriser l'accès aux soins des plus démunis, dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

Tel est le sens, notamment, de l'amendement au projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social déposé par Mme GRZEGRZULKA en mai 2001, dont l'exposé sommaire indique : « *Actuellement, pour seulement quelques dizaines de francs de ressources mensuelles supplémentaires par rapport au plafond de ressources fixé pour la Couverture maladie universelle (CMU), les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et ceux du minimum vieillesse (soit près de deux millions de personnes) sont exclus du champ de la CMU alors qu'ils devraient être les premiers à en bénéficier, connaissant hélas des problèmes de santé souvent graves liés à leur état. La solidarité nationale doit retrouver tout son sens en acceptant que le plafond de la CMU soit au moins supérieur à ceux fixés pour l'AAH et le minimum vieillesse. Le présent amendement ne change pas la règle de fixation du plafond de la CMU, qui relève toujours d'un décret mais impose à ce dernier pour la CMU de base et pour la CMU complémentaire un niveau minimum, susceptible de suivre l'évolution des prix ainsi que celle des deux allocations visées* ». Après le retrait de son amendement, Mme GRZEGRZULKA a repris cette proposition dans sa communication du 30 mai 2001 à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, en évoquant également divers « *dispositifs alternatifs* ».

L'UNIOPSS insiste également, dans son bilan déjà cité, sur la situation des personnes âgées et des personnes handicapées titulaires du minimum vieillesse ou de l'AAH. Elle « *dénonce la situation de ces personnes qui est extrêmement précaire, notamment lorsqu'elles sont hébergées en établissement social, ce qui est le cas d'un grand nombre. En effet, dans ce cas, elles contribuent à leur hébergement et l'aide sociale ne leur laisse qu'environ 350 F par mois de revenus. Comment, avec une pareille somme, se payer une mutuelle ? Ainsi, dans la pratique, ces milliers de personnes restent exclues d'un bon accès aux soins* ».

- enfin, le plafond de la CMUC est inférieur à celui antérieurement pratiqué en aide médicale dans les départements les plus généreux, ce qui traduit un retrait par rapport à une situation de « droits acquis ».

2.1.2.2 Un « effet de seuil » qui agit comme un couperet

Ces termes, couramment utilisés, expriment les réalités suivantes :

- un montant unique (selon la taille du foyer), qui ne permet pas, contrairement à un système de barème progressif, de gestion intermédiaire des droits. Le plafond induit des situations radicalement différentes : en dessous du seuil, accès aux prestations de la CMUC sans paiement de cotisations d'assurance complémentaire et bénéfice de la dispense d'avance de frais; au dessus, situation de l'assuré de droit commun, avec nécessité de payer des cotisations et sans droit automatique au tiers payant. Cette situation de « tout » ou « rien » peut être particulièrement mal vécue par les personnes dont les ressources sont très proches du seuil - ce qui laisse supposer qu'elles ont peu de moyens financiers - , a fortiori lorsqu'elles franchissent le seuil de quelques francs, après avoir bénéficié antérieurement de ce type d'avantages sociaux, soit dans le cadre de l'AMD, soit dans celui de la CMUC ;

- un système binaire qui n'admet ni dérogation ni examen au cas par cas : le droit est fondé sur le montant des ressources entrant en compte dans la détermination du droit

à CMUC, sans considération des situations particulières, ni des dépenses justifiées par la nécessité des soins. Pour l'application du dispositif, les caisses d'assurance maladie ont une compétence liée, que les décisions des C.D.A.S. et de la C.C.A.S. entérinent logiquement, dès lors que le calcul des ressources a été correctement effectué ;

- un dispositif qui, sur ce point, peut s'avérer, dans certains cas, moins favorable que l'aide médicale départementale, lorsque les conseils généraux avaient prévu des barèmes distincts pour l'admission totale, avec un plafond de ressources fixé par référence au RMI, et pour l'admission partielle, avec un plafond de ressources plus élevé mais ouvrant droit à des prestations moindres, ainsi que des possibilités de prise en charge au coup par coup de certains soins coûteux.

.2.1.3 Des critiques qui appellent cependant plusieurs remarques

2.1.3.1 Il s'agit d'observations déjà exprimées lors de la préparation et du vote de la loi

Ces observations ne sont pas nouvelles, puisqu'elles se sont exprimées très largement il y a deux ans et ont reçu plusieurs réponses :

- lors des débats parlementaires : ainsi, par exemple, à l'occasion de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, la ministre de l'emploi et de la solidarité a donné plusieurs indications justifiant la position du gouvernement sur ces différents points. Elle a rappelé, notamment, que « *le seuil de pauvreté, souvent invoqué, donne lieu, en réalité, à des évaluations variables suivant les organismes: 3.500 F pour l'INSEE, 3.800 F selon les statistiques internationales, 3.200 F pour le Haut comité de la santé publique* » et que tout relèvement du plafond, au-delà du niveau envisagé de 3.500 F pour une personne seule, aurait une incidence financière importante ; c'est le cas, en particulier, pour des personnes âgées ou handicapées, dont la consommation médicale est supérieure à la moyenne, même si leurs dépenses de soins sont en partie déjà prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée ;

- sur un plan plus juridique, dans le cadre de la saisine du Conseil constitutionnel par plus de 60 députés fin juin 1999 : un des moyens de ce recours consistait, en effet, à suggérer que le dispositif CMU établit « un seuil couperet » qui institue de graves inégalités entre assurés sociaux non liées à la poursuite d'un motif d'intérêt général conforme à l'objet poursuivi par la loi ; ce grief a été écarté par le Conseil constitutionnel.

2.1.3.2 Certaines dispositions associées au vote de la loi ont pour objet de lisser les effets de seuil

- la loi a prévu, pour les bénéficiaires de la CMUC radiés du dispositif lorsque leurs ressources excèdent le plafond, la prolongation pendant un an de leurs droits à prestations à un tarif de cotisations préférentiel, plafonné à 1.500 F par an, lorsqu'ils ont opté pour une couverture complémentaire gérée par un O.C. Cette mesure, toutefois, n'entraînait pas, jusqu'au vote récent d'un amendement gouvernemental dans ce sens, le maintien de la dispense d'avance de frais ;

- par ailleurs, dans les conditions de droit commun, les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie et des mutuelles peuvent intervenir pour prendre en charge des situations particulières ; en elle-même, l'instauration de la CMU avait normalement pour effet d'alléger les charges des fonds sociaux des institutions ; en outre, l'aide sociale des collectivités locales, qui n'est pas plafonnée, peut être utilisée dans certains cas.

2.1.3.3 Le plafond de ressources actuel de la CMUC est dans l'ensemble supérieur à d'autres indicateurs comparables

- par rapport aux minima sociaux : il est supérieur au plafond et au montant de l'allocation mensuelle de 5 minima sociaux : API (3.295 F) ; allocation d'assurance veuvage (3.230 F) ; RMI (2.608 F) ; allocation de solidarité spécifique (ASS) générale (2.577 F) ; allocation d'insertion (AI) (1.815 F). En revanche, il est inférieur à ceux de 4 autres minima sociaux : ASS majorée (3.702 F) ; minimum vieillesse et invalidité ; AAH (3.654,50 F).

- par rapport aux barèmes de l'AMD en admission totale, directement comparable à la CMUC, le plafond CMUC, déduction faite du forfait logement, demeure plus favorable, sauf dans 9 départements, dont 4 situés en région parisienne, comme indiqué au chapitre 1.

2.1.3.4 Sur un plan technique, les comparaisons entre plafonds de ressources CMUC et minima sociaux doivent tenir compte de plusieurs différences

- l'incidence du forfait logement : les comparaisons entre les allocations mensuelles du minimum vieillesse/invalidité et de l'AAH (3.654,50 F) et le plafond CMUC (3.600 F) doivent prendre en compte le forfait logement (313 F), qui concerne la grande majorité des bénéficiaires de la CMUC ; dès lors, l'écart n'est pas de 54,50 F, mais de 367,54 F ;

- les plafonds en vigueur pour le minimum vieillesse/invalidité (3.743 F) et l'AAH (3.654,50 F) ne sont pas directement comparables au plafond de la CMUC : sont pris en compte soit une base ressources propre à cette prestation pour les premiers, soit le « revenu net catégoriel », après abattements fiscaux de 10 et 20 %, pour les seconds, alors que le plafond de la CMUC incorpore toutes les ressources, sous réserve des « prestations à objet spécialisé » énumérées par décret ;

- selon diverses simulations, l'extension de la CMU complémentaire à l'ensemble des bénéficiaires du minimum vieillesse est tout à fait illusoire, sauf à majorer considérablement le plafond de la CMUC. Un relèvement à 3.743 F ne permettrait de toucher que les allocataires isolés sans aides logement ; il faudrait le porter à 4.056 F pour couvrir toutes les personnes isolées sans autres revenus supplémentaires que des aides logement, c'est-à-dire un peu moins de la moitié des bénéficiaires du minimum vieillesse, dont l'effectif total est de l'ordre de 800.000 personnes. Ce niveau de plafond ne permettrait pas de faire accéder aux droits CMU l'autre moitié, notamment les couples et les isolés percevant des revenus issus de biens

mobiliers ou immobiliers, pris en compte au forfait pour le minimum vieillesse, mais au réel pour la CMUC ;

- le relèvement du plafond CMUC de 3.600 F à 3.654,50 F ne donnerait accès aux droits de la CMU complémentaire qu'à une fraction infime des allocataires de l'AAH, allocataires isolés sans complément ni aides au logement, soit environ 2 % du total. Pour annuler l'effet du forfait logement, il faudrait relever le plafond de la CMU à 3.967 F, ce qui donnerait l'accès gratuit aux soins – hors affections de longue durée – à un peu moins du tiers des allocataires AAH, dont le nombre total ressort à environ 700.000 personnes. Dès lors que l'allocataire isolé perçoit le complément AAH (585 F) et à plus forte raison un revenu d'activité, l'exercice paraît impossible : prétendre inclure l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH dans la CMU par un relèvement du plafond est illusoire, sauf à doubler le plafond CMUC actuel.

2.1.3.5 La CMUC n'est pas une allocation mensuelle

Enfin, l'effet de seuil affecte les personnes dont les avantages sociaux sont réduits du fait d'un accroissement de leurs ressources : en l'occurrence, la disparition de droits potentiels en cas de maladie (gratuité des prestations et tiers payant) n'a pas les mêmes conséquences immédiates que la suppression d'une allocation mensuelle.

En fait, la perte – ou la non attribution – de la CMUC signifie l'absence de prise en charge gratuite du panier de soins (ticket modérateur, forfait journalier, prestations énumérées dans les arrêtés du 31 décembre 1999), qui représente en moyenne une dépense annuelle supportée par la protection complémentaire estimée à 1.500 F.

Cet enjeu peut donc sembler assez modeste, comparé au montant annuel des allocations servies au titre des minima sociaux : le RMI annuel, par exemple, ressort à 31.296 F, soit un enjeu financier plus de vingt fois supérieur. Il ne l'est pas, néanmoins, pour des personnes à faibles revenus qui, atteints d'une affection nécessitant des soins coûteux, sont obligés d'engager des dépenses de soins bien supérieures à cette dépense moyenne. Par ailleurs, pour les demandeurs non entrants, comme pour les sortants n'ayant pas opté pour une gestion par un O.C., le coût effectif des cotisations complémentaires pratiqué par ces organismes s'avère, en général, nettement plus élevé que 1.500 F, à couverture de prestations comparables à celles assurées par la CMU complémentaire.

Dans certains cas, la prise en compte de l'âge ou de la pathologie majeure le prix de la couverture du risque. Consacrer un mois de leurs revenus d'allocations à la protection complémentaire n'est pas à la portée des usagers isolés et à faibles ressources ; dès lors, l'idée d'un concours de la collectivité à leur mutualisation mérite d'être attentivement étudiée.

2.2 Un contentieux important

L'application de la loi a provoqué un abondant contentieux, fondé sur la contestation des ressources prises en compte par les caisses, dont le niveau détermine l'accès, ou non, à l'exonération du paiement de cotisations et à la dispense d'avance de frais.

2.2.1 De nombreux recours, qui ont des incidences sur la charge de travail des DDASS

La distinction entre CMU de base et CMU complémentaire a pour conséquence la dualité du contentieux : pour la couverture de base, sont compétents les tribunaux des affaires sociales (T.A.S.S.) ; pour la protection complémentaire, les juridictions de l'aide sociale, à savoir, au niveau local, en vertu de l'article 20-III- de la loi (art. L. 861-5) les Commissions départementales d'aide sociale (C.D.A.S.) ; en appel, la Commission centrale d'aide sociale (C.C.A.S.) ; en cassation, le Conseil d'État.

Les litiges relatifs à la CMU de base paraissent jusqu'ici de faible ampleur. En revanche, les recours portés devant les C.D.A.S. au titre de la CMUC ont été nombreux dès 2000 ; ils risquent de s'accroître avec les notifications de sorties de droits consécutives aux réexamens des situations des bénéficiaires.

Ce contentieux est facile d'accès : le requérant est dispensé de tout frais de timbre et n'a pas l'obligation de faire assurer sa défense par un ministère d'avocat. Les exposés des moyens, même très sommaires, sont en général acceptés par les C.D.A.S. sans autre formalité. Les DDASS assurent le secrétariat des commissions départementales, qui organise l'instruction des recours. Il revient aux commissions de vérifier, en cas de recours, si la décision prise l'a été dans les formes légales, si elle est correctement motivée et si elle fait une exacte appréciation des conditions d'attribution. En ne disposant pas de plus de pouvoirs que l'administration, ou que les caisses d'assurance maladie agissant par délégation de l'État, les juridictions de l'aide sociale ne sont pas compétentes pour apprécier, comme elles peuvent parfois le faire en matière d'aide sociale, au-delà des conditions légales d'attribution, le besoin d'une telle protection complémentaire. Cependant, à la différence des caisses - qui ne peuvent en aucun cas être rapporteurs devant elles -, les C.D.A.S. n'ont pas à se contenter de données purement déclaratives sur les montants des ressources ; elles disposent d'un large pouvoir d'instruction et peuvent procéder à toute expertise qu'elles jugent nécessaire.

En exécution d'une circulaire DSS du 5 janvier 2001, les services déconcentrés ont transmis les éléments statistiques du contentieux de la CMUC en 2000, qui sont repris dans le tableau ci-après. Plusieurs indications importantes ressortent de ces données chiffrées :

- le nombre important de recours déposés au titre de la CMUC : 37.844, dont 37.204 en métropole ;
- le volume des dossiers en instance fin 2000 : 13.932, soit plus d'un dossier sur trois (37 %), ce qui correspond à un délai moyen de traitement de l'ordre de quatre à cinq mois et traduit, sans doute, la difficulté des DDASS et des C.D.A.S. à gérer les flux de recours ;
- la forte proportion (26 %, soit plus d'un jugement sur quatre) de décisions de « non lieux à statuer » prises par les C.D.A.S, résultant des prolongations de droits des anciens bénéficiaires d'AMD qui avaient reçu initialement des notifications de non-renouvellement de la CMUC ;
- hors sursis à statuer, incompétence et irrecevabilité, les jugements sur le fond

s'élèvent à 16.942, soit 71 % des jugements rendus, dont 15.480 rejets du recours (91 %) et 1.462 annulations de la décision des caisses, induisant l'admission du requérant (9 %).

Tableau n° 8 - Recours contentieux CMUC devant les C.D.A.S. en 2000

Indicateurs	Nombre	%
1 - Recours déposés	37.844	
2 - Dossiers en instance fin 2000	13.932	36,8
3 - Jugements rendus (1 – 2)	23.912	63,2
4 - dont rejet du recours	15.480	64,7
5 - dont annulation de la décision	1.462	6,1
6 - dont non lieu à statuer	6.239	26,1
7 - dont irrecevabilité	463	1,9
8 - dont incompétence	268	1,1

(Sources : DSS - remontées d'information des DDASS)

Ces statistiques nationales sont largement corroborées par les constats de terrain de la mission. A titre d'exemples, les chiffres communiqués par les DDASS rencontrés sont les suivants, en termes de jugements rendus sur le fond (rejet du recours ou annulation de la décision de la caisses) :

Charente-Maritime : 288 jugements sur le fond, dont 280 rejets et 8 annulations

Seine-Maritime : 240 jugements sur le fond, dont 224 rejets et 16 annulations

Eure : 222 jugements sur le fond, dont 203 rejets et 19 annulations

Hérault : 538 jugements sur le fond, soit 538 rejets

Seine-Saint-Denis : 346 jugements sur le fond, soit 254 rejets et 92 annulations

Dans leur quasi-totalité, ces recours sont fondés sur la contestation du montant des ressources du foyer pris en compte par les caisses pour la détermination du droit à la CMUC. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, sur 1.153 recours enregistrés en 2000, 1.150 concernaient la condition de ressources et 3 seulement la condition de résidence. Un nombre élevé de requérants avaient plus de 60 ans et étaient titulaires du minimum vieillesse, qui est supérieur au plafond de la CMUC. La répétition de ces recours, alors que les fondements du droit sont désormais bien connus, résulte peut-être, dans certains lieux, d'un encouragement à faire pression sur les pouvoirs publics pour modifier les règles d'admission. Selon les fonctionnaires rencontrés exerçant dans les secrétariats des C.D.A.S., l'argumentation des requérants ne se situe pas, la plupart du temps, sur le terrain du droit positif, mais sur celui d'un droit présumé plus équitable en considération de la situation personnelle des intéressés.

En Seine-Saint-Denis, la mission a observé un taux d'infirmité par la C.D.A.S. des décisions de la CPAM tout à fait atypique, puisqu'il représente 26,6 % des dossiers jugés sur le fond. De l'examen plus approfondi effectué en liaison avec la DDASS et la CPAM, il ressort que, dans 80 % des cas étudiés, ces infirmités résultent, soit de divergences d'interprétation des textes quant à la nature des ressources à considérer ou des forfaits à appliquer, ou encore de la date à prendre en compte au sujet du montant du plafond réglementaire (date de la décision de la caisse ou date de la contestation), soit d'erreurs de calcul au moment de la présentation du dossier devant la commission, soit de mesures de bienveillance de la part de la C.D.A.S. Celle-ci, en effet, a estimé

pouvoir, « considérant le faible dépassement », attribuer le bénéfice de la CMUC à des demandeurs allocataires de minima sociaux dont les ressources dépassaient le plafond. Cette jurisprudence locale surprenante, certes limitée à quelques dossiers, n'a pas fait l'objet d'un appel devant la C.C.A.S.

L'évaluation, réalisée par la DSS, de la charge de travail des DDASS liée au contentieux aboutit à environ 35 agents ETP pour l'ensemble du territoire, sur la base de 38.000 recours en 2000, nécessitant chacun une durée moyenne d'instruction de 1 heure 30, et d'une définition ETP reposant sur une durée annuelle de travail de 1.600 heures. Certes, les DDASS assuraient déjà certaines fonctions auprès des C.D.A.S. - dont les commissaires du Gouvernement, les rapporteurs et les secrétaires sont choisis parmi les fonctionnaires ou magistrats en activité ou en retraite - , mais l'instruction des recours en matière d'AMD, dont les flux étaient moins importants que pour la CMUC, était souvent préparée par un rapporteur adjoint placé auprès du Conseil général. S'agissant désormais d'un dispositif financé, pour l'essentiel, par l'État, l'implication des DDASS est nécessairement plus forte. Dans certains départements, comme à la Réunion, des personnels des caisses ont pu être mis par convention à la disposition de la DDASS pour aider à l'accélération de la procédure en remplissant des fiches de synthèse des dossiers soumis à la commission.

La croissance du contentieux, déjà perceptible sur le premier semestre 2001 – par exemple, en Seine-Saint-Denis, 517 recours enregistrés au 30 juin 2001, contre 229 à la même date en 2000, soit + 125 % -, risque de faire sentir tous ses effets dans les prochains mois. C'est pourquoi il convient de réfléchir aux mesures de nature à stabiliser le volume des litiges, et par conséquent à assurer leur traitement dans des délais raisonnables.

A réglementation inchangée, quelques progrès peuvent être attendus d'une meilleure formation et information des différents acteurs sur les points les plus fréquemment contestés. La connaissance de la jurisprudence de la C.C.A.S. sur des sujets jusque là controversés, tels que ceux cités dans le paragraphe suivant, peut jouer un rôle préventif. La communication au demandeur, en annexe à la notification du rejet, des éléments du calcul de ressources ayant abouti à la décision, est expérimentée par une des CPAM rencontrées par la mission, avec l'espoir que cette information supplémentaire pourrait jouer un rôle pédagogique et dissuader l'usager de former un recours injustifié. Cependant, il est probable que le volume des recours ne pourra être allégé de façon significative qu'avec la mise en place d'un dispositif d'accompagnement des effets de seuil, qui fait l'objet principal de ce chapitre.

2.2.2 Des éléments de jurisprudence sur certains points controversés, suite aux premiers recours devant la Commission centrale

Selon les indications fournies par la DSS à partir des remontées des DDASS, 1.790 décisions, soit 7,5 % des jugements rendus en 2000 par les C.D.A.S., ont fait l'objet d'un appel devant la C.C.A.S. Ces appels ont été formés, en grande majorité (1.264, soit 71 %) par les demandeurs ; par un tiers (316, soit 18 %) ; par les caisses (143, soit 8 %) ; enfin, par le préfet (3 %).

Au 31 juillet 2001, la C.C.A.S. avait enregistré 1.408 appels au titre de la CMU depuis le début 2000. Sur cette même période, 260 décisions avaient été rendues, dont 67 en

2000 et 193 en 2001 ; 206, soit 79 %, s'étaient traduites par le rejet du recours.

Les premières décisions de la Commission centrale, qui sont publiées sous forme de B.O. spéciaux disponibles sur l'Intranet du ministère, ont permis d'asseoir une jurisprudence sur plusieurs points controversés intéressant l'application de la réglementation. Quelques exemples sont évoqués ci-après :

- confirmation de la prise en compte du forfait logement dans le calcul des ressources : sur ce sujet, qui a fait l'objet de très nombreux recours, la C.C.A.S. a confirmé les décisions prises par les caisses et rejeté les recours, en rappelant les dispositions des articles R. 861-5 et 7 du code de la sécurité sociale. Elle a pris en considération le recours lorsque les conditions prévues par ces textes n'étaient pas réellement réunies ; tel était le cas, par exemple, d'un demandeur qui disposait d'une adresse au domicile de sa mère sans y résider, et n'était à la date de sa demande ni propriétaire, ni titulaire d'une aide personnalisée au logement ;

- prise en compte du montant réduit de l'AAH versée à un assuré hospitalisé de plus de 60 jours : les titulaires de l'AAH voient en effet le montant de leur allocation réduit au-delà d'une période de 60 jours d'hospitalisation (ou de 45 jours passés en maison d'accueil spécialisé) pour tenir compte des dépenses d'hébergement ; le montant de l'AAH est alors réduit de 20 % s'il est marié, de 35 % s'il est célibataire, veuf ou divorcé. Un mécanisme permet de garantir à l'allocataire un montant d'« argent de poche » au moins égal à 17 % de l'allocation à taux plein (621 F), après paiement du forfait journalier. Dans une décision récente, la C.C.A.S. a considéré, contrairement à la position adoptée jusque là par l'Administration et par la CNAMTS, qu'il convenait de prendre en compte les ressources effectivement perçues, et en l'espèce le montant de l'AAH à taux réduit et non à taux plein. Une lettre ministérielle DSS du 26 juillet 2001 a tiré les conclusions de cette jurisprudence.

- s'agissant de la prise en compte des ressources des demandeurs hébergés en établissement pour personnes âgées ou handicapés, lorsque ces ressources sont affectées pour l'essentiel au paiement des frais de séjour, la question était de savoir s'il convenait de comptabiliser les ressources « brutes », qui situent les intéressés percevant le minimum vieillesse ou l'AAH au-dessus du plafond CMUC, ou de ne compter que les ressources « nettes » correspondant au « reste à vivre », après prélèvement de ces prestations par les établissements d'hébergement pour contribuer au paiement des frais de séjour. Après avoir jusqu'ici pris en compte les ressources « brutes », la C.C.A.S., dans une décision du 31 août 2001, a infirmé sa jurisprudence antérieure, en ne considérant que « l'argent de poche » laissé effectivement à la disposition d'un retraité hébergé. Sur ce point, comme sur d'autres décisions récentes de la CCAS, le ministère s'est pourvu en cassation devant le Conseil d'État, car il conteste en droit l'interprétation que la commission centrale fait de la condition de ressources ; en outre, l'incidence financière de cette interprétation serait importante.

2.3 L'évaluation des différents scénarios : relèvement du plafond de ressources et lissage des effets de seuil

2.3.1 L'appréciation des scénarios en fonction de quatre critères

Face aux deux types de critiques recensées ci-dessus - un plafond de ressources jugé insuffisant et l'existence d'un « effet de seuil » -, deux familles de scénarios ont été identifiées. A l'intérieur de chacune d'elles, la mission s'est efforcée de tester quatre scénarios alternatifs ou complémentaires :

Les scénarios de relèvement du plafond de ressources :

- actualisation « arrondie » du plafond
- suppression du forfait logement
- relèvement du plafond à 4.000 F, avec maintien du forfait logement
- relèvement du plafond permettant l'accès gratuit à la CMUC des seuls titulaires de l'AAH de base et des bénéficiaires isolés du minimum vieillesse

Les scénarios de « lissage » des effets de seuil :

- extension de la dispense d'avance de frais
- déduction (ou crédit) d'impôt
- création d'un double barème de la CMUC
- aide à la mutualisation

Pour l'évaluation de ces différents scénarios, quatre critères ont été retenus :

- l'acceptabilité par les différents acteurs
- l'impact physique et financier (nombre de bénéficiaires et coût budgétaire)
- la faisabilité pratique
- le support juridique nécessaire

Les avantages et les inconvénients de ces différents scénarios, ainsi que les conclusions tirées de cette analyse par les rapporteurs, sont exposées dans les trois paragraphes suivants.

2.3.2 Les scénarios de relèvement du plafond de ressources

2.3.2.1 Scénario S1 : Actualisation arrondie du plafond

Il s'agit d'aller un peu au-delà de la simple actualisation annuelle résultant de l'évolution des prix prévue par la loi, de façon à faire accéder à la CMUC de nouveaux bénéficiaires, sans remettre en cause l'économie générale du dispositif.

Un scénario de ce type a déjà été mis en œuvre lors de la première révision du plafond,

avec le passage de 3.500 F à 3.600 F pour une personne seule (+ 2,86 %) ; il implique, en tout état de cause, que le nouveau plafond de la CMUC demeure inférieur au montant révisé au 1^{er} janvier 2002 des allocations mensuelles du minimum vieillesse et de l'AAH.

Ce scénario, applicable par décret simple, est perçu comme un minimum, sans incidence forte sur le volume des bénéficiaires ni sur l'économie générale du système, puisqu'il n'intègre pas les titulaires de l'AAH et du MV. Cette mesure constituerait en fait un effort en complément des mesures prioritaires de lissage des effets de seuil.

2.3.2.2 Scénario S2 : Suppression du forfait logement

Cette hypothèse consiste à exclure les avantages logement des éléments pris en compte pour la détermination des ressources au regard du plafond CMUC.

Ces avantages logement sont pris en compte de façon forfaitaire, comme pour le calcul des droits au RMI. Le forfait est fixé en référence au RMI : pour une personne seule, 12 % du RMI, soit 306 F en 2000 et 313 F en 2001.

Aucune étude n'a été menée au plan national pour déterminer la proportion des bénéficiaires de la CMUC auxquels s'applique le forfait logement. Les tests sur des échantillons de dossiers effectués par certaines CPAM visitées, à la demande de la mission, font apparaître des pourcentages importants de bénéficiaires : par exemple, à Rouen, sur 198 dossiers testés, 153, soit 77 %, comptabilisaient dans les ressources le forfait logement ; en Seine-Saint-Denis, 57 demandeurs sur 86, soit 66 % des dossiers étudiés, bénéficiaient d'un avantage logement. Dans les autres CPAM, les réponses spontanées des techniciens, à défaut de test, tournaient entre 70 et 90 %.

La suppression du forfait logement (FL) présenterait un double intérêt :

- élargir le champ des bénéficiaires CMUC aux personnes dont les ressources hors FL sont comprises entre 3.287 et 3.600 F (ou entre 3.600 et 3.913 F avec FL), sans intégrer les surcoûts associés aux dépenses de soins des titulaires de l'AAH et du minimum vieillesse/invalidité (allocation mensuelle de base : 3.654,50 F) ;

- simplifier le dispositif, en évitant des risques d'erreurs ou de malentendus sur le calcul des ressources générant des contentieux, et favoriser les comparaisons avec les minima sociaux hors RMI et API (pas de forfait logement pour l'ancienne AMD sauf dans deux départements, ni pour les autres minima sociaux actuels).

Ce scénario, qui nécessiterait sans doute une modification législative pour faire entrer les avantages logement dans les « prestations à objet spécialisé », au sens de l'article 20 de la loi, aurait cependant une incidence financière importante, directement sur la CMU et indirectement sur le RMI, dans la mesure où elle pourrait conduire à remettre en cause les systèmes forfaitaires analogues en vigueur pour l'attribution du RMI.

2.3.2.3 Scénario S3 : Relèvement général du plafond à 4.000 F, avec maintien du forfait logement

Ce scénario vise à élargir notablement l'accès aux droits CMUC, en fixant le plafond au niveau maximum (4.000 F pour une personne seule) ouvrant droit au maintien provisoire dans les droits au cours du second semestre 2001, selon une approche « ressources », et non une logique « statutaire » réservant le bénéfice de la mesure aux seuls titulaires de minima sociaux (AAH et MV), qui correspond à l'hypothèse du scénario S4.

Cette mesure permettrait de couvrir toutes les personnes disposant de ressources entre 3.600 et 4.000 F, forfait logement compris ; ce public comprendrait une partie des bénéficiaires isolés du minimum vieillesse et des allocataires de l'AAH qui, en percevant l'allocation mensuelle minimale actuelle (3.654,50 F) et des avantages logements forfaitisés à 313 F, ont un revenu de 3.967,50 F, inférieur au plafond de 4.000 F. Ce scénario serait fortement soutenu par la majorité du mouvement associatif, car un plafond à 4.000 F, même assorti du forfait logement, couvrirait les personnes aux ressources inférieures au « seuil de pauvreté », au sens européen mis en exergue par les intéressés, parmi lesquelles un certain nombre de personnes âgées et handicapées.

Inversement, cette mesure serait combattue notamment par les organismes complémentaires, compte tenu de son impact sur la dépense médicale moyenne, qu'ils estiment déjà supérieure au montant des déductions sur contributions autorisées par la loi ; ils rappellent que ce débat avait été arbitré au moment du vote de la loi, pour ce motif et en raison de son coût budgétaire massif.

Il est certain que l'impact financier de S3 serait très important, en raison de l'effectif de bénéficiaires potentiels (2 millions de personnes) et de son coût unitaire moyen puisque, par hypothèse, la dépense médicale moyenne de ces nouveaux publics est supposée supérieure à celle des publics actuels, compte tenu de l'âge et/ou du handicap d'une partie d'entre eux, même si une partie des soins est déjà prise en charge à 100 % au titre des affections de longue durée (ALD)

Ce scénario, sans doute applicable, comme S1, par décret simple, ne permettrait pas, cependant, de faire accéder à la CMUC l'ensemble des allocataires du minimum vieillesse et de l'AAH, pour les raisons développées pour le scénario S4.

Enfin, le relèvement du plafond à 4.000 F ne ferait pas disparaître les effets de seuil en cas de franchissement, même minime, du plafond de ressources. Il se bornerait à le déplacer vers le haut. Parmi les interlocuteurs rencontrés par la mission, nombreux se sont déclarés hostiles à ce scénario pour cette raison et pour des motifs psychologiques, en termes de « désincitation » à l'accès et au retour à l'emploi.

2.3.2.4 Scénario S4 : Relèvement du plafond permettant l'accès gratuit à la CMUC des seuls titulaires de l'AAH de base et du minimum vieillesse

Cette hypothèse constitue une variante du scénario S3 : elle consiste à élargir l'accès actuel à la CMUC, mais, afin d'en réduire le coût budgétaire, d'en réserver le bénéfice de plein droit aux seuls titulaires du minimum vieillesse et de l'AAH percevant aujourd'hui 3.654,50 F par mois, en justifiant cette priorité par leur « statut » et par leurs besoins spécifiques de soins.

Cette mesure aurait l'avantage, comme la précédente, d'ouvrir la CMUC à une partie des personnes âgées et handicapées de ressources modestes. Elle en présente les mêmes inconvénients, assortis du risque supplémentaire associé à une approche « statutaire » des bénéficiaires de la CMU. En effet :

- son incidence financière resterait forte, car la diminution des effectifs de bénéficiaires potentiels serait en partie compensée par un coût unitaire plus élevé ;

- elle n'atteindrait qu'une fraction des populations en cause : selon diverses simulations, le relèvement du plafond CMUC à 4.000 F ne bénéficierait qu'aux personnes isolées au minimum vieillesse (soit près de 50 % des bénéficiaires de ce minimum social) et aux seuls allocataires de base de l'AAH, à l'exclusion de ceux qui perçoivent en outre le complément d'AAH (585 F par mois) et/ou des revenus d'activité (soit environ 30 % de l'ensemble) ;

- elle créerait une discrimination, à ressources égales, entre personnes relevant ou non d'un « statut » - alors que, jusqu'ici, seuls les allocataires RMI sont bénéficiaires de plein droit de la CMU, mais le niveau de leur allocation mensuelle est très inférieur au plafond CMU : pour cette raison, la plupart des institutions et personnalités rencontrées ont émis de fortes réserves sur ce scénario.

Cette mesure, qui nécessiterait une modification législative, serait peu compatible avec l'esprit universaliste de la loi.

2.3.2.5 Synthèse des quatre scénarios de relèvement du plafond

- S4 paraît devoir être écarté pour sa philosophie, contraire à l'esprit « universaliste » de la loi ; l'approche « statutaire » semble d'ailleurs rejetée par de nombreux partenaires ;

- S2 aurait le mérite de simplifier le dispositif ; cependant cette mesure, à mettre en œuvre en une seule étape, représente un coût important et ne peut être dissociée d'une réflexion parallèle sur les ressources prises en compte pour le RMI ;

- S3 est fortement soutenu par la majorité du mouvement associatif, mais ne ferait pas disparaître les effets de seuil et serait très mal perçu par la plupart des organismes complémentaires, compte tenu, notamment, de son impact sur la dépense médicale moyenne ; il avait été clairement exclu au moment du vote de la loi, pour ces raisons et pour son coût budgétaire, qui n'est pas compatible en l'état avec le budget CMU voté dans le cadre de la loi de finances pour 2002 ;

- S1 est perçu comme un minimum, sans incidence forte sur le volume des bénéficiaires ni sur l'économie générale du système ; il peut constituer un effort d'élargissement du champ d'application de la loi, venant en complément des mesures de lissage des effets de seuil.

2.3.3 Les scénarios de lissage des effets de seuil

2.3.3.1 Scénario S5 : Extension de la dispense d'avance de frais

Ce scénario a pour but de lisser les effets de seuil, en permettant aux personnes proches du plafond CMUC (hypothèse : ressources n'excédant pas 10 % de ce plafond) de bénéficier de la dispense d'avance de frais, considérée comme un élément décisif au regard de l'accès effectif aux soins.

Cette mesure peut comporter plusieurs variantes qui appellent des choix :

- le champ des bénéficiaires : 3 hypothèses :

* réservée aux sortants de la CMUC gérés par un O.C. : il s'agit de compléter la prolongation des droits aux « prestations » CMUC pendant un an à tarif de cotisations plafonné à 1.500 F, prévu à l'article 23 de la loi, par le bénéfice de la dispense d'avance de frais, accordée aux bénéficiaires de la CMUC par l'article L. 861-3 du CSS ;

* réservée à tous les sortants de la CMUC, qu'ils soient gérés par un O.C. ou par un organisme de base ;

* étendue à tout demandeur non admis en CMUC au titre de la condition de ressources, mais dont les revenus n'excèdent pas 1,10 fois le plafond CMUC.

- l'étendue du tiers payant :

* sur la couverture de base, la personne faisant l'avance du ticket modérateur ;

* sur la couverture totale (base + complémentaire), avec tiers payant coordonné, si l'intéressé a souscrit une assurance complémentaire.

- la durée de la dispense d'avance de frais

Cette mesure, qui implique une modification de l'article L. 861-3 du CSS (article 20-III de la loi CMU), paraît comporter plusieurs avantages pour l'usager à revenus modestes : avant tout, elle simplifie ses démarches et lui évite de faire l'avance de trésorerie, qui, selon les associations rencontrées, constitue souvent une désincitation à se soigner. Elle est peu coûteuse - sauf à démontrer son éventuel effet inflationniste sur la consommation médicale - et s'inscrit dans une démarche cohérente d'évolution du tiers payant et des télétransmissions avec les professionnels de santé, génératrice de réduction de délais de paiement, appliquée ici en priorité à une frange de population peu fortunée et à la marge de la CMU.

2.3.3.2 Scénario S6 : Déduction (ou crédit) d'impôt

Il s'agit d'une proposition de la Mutualité française (FNMF), visant à instituer « la déductibilité des cotisations mutualistes solidaires et viagères » afin d'assurer « la garantie d'accès aux soins pour tous » et de contribuer au lissage des effets de seuil de la CMUC.

Cette déduction fiscale s'appliquerait « aux couvertures solidaires et viagères dont les prestations sont équivalentes ou supérieures aux paniers de soins définis » ; elle « pourrait s'élever à 1.000 F par an et par personne majeure couverte et à 250 F supplémentaires par mineur à charge dans la limite des deux premiers ». Afin de

favoriser leur accès aux soins et combattre les phénomènes de renoncement aux soins, elle serait réservée à des personnes à faibles revenus mais excédant le plafond CMUC, contribuant ainsi à résoudre l'effet de seuil. Les personnes non imposables bénéficieraient d'un crédit d'impôt.

Cette mesure fiscale, qui relèverait de dispositions de la loi de finances, n'a pas pu être expertisée de façon approfondie par la mission.

2.3.3.3 Scénario S7 : Création d'un double barème de la CMUC

Cette hypothèse vise à lisser les effets de seuil en instituant, au profit des personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond de la CMUC, un dispositif légal donnant accès gratuitement à une partie des prestations réservées aujourd'hui aux bénéficiaires de la CMUC (prise en charge gratuite du ticket modérateur, du forfait journalier et du panier de soins plafonné).

Ce dispositif légal s'apparenterait aux systèmes d'admission de l'ancienne AMD :

- admission totale à certaines prestations en dessous d'un premier plafond de ressources ;

- admission partielle à certaines prestations si les ressources se situent dans une tranche plafonnée située immédiatement au dessus de ce plafond.

La création par la loi d'un second barème de prise en charge des prestations permettrait de lisser les effets de seuil par une prise en charge graduée des dépenses en fonction du niveau des ressources ; elle aurait l'avantage d'assurer l'égalité de traitement des demandes sur l'ensemble du territoire.

Ce scénario, qui appellerait une modification législative et remettrait fortement en cause l'économie générale du dispositif adopté par le Parlement il y a deux ans, n'est explicitement demandé que par quelques partenaires institutionnels ; il aboutirait à une sorte de CMU bis, sans doute plus difficile à gérer que le système actuel, mais probablement réductrice de contentieux. Ses avantages et ses inconvénients méritent d'être rapprochés de ceux associés au scénario S8 ci-après.

2.3.3.4 Scénario S8 : Aide à la mutualisation

Ce scénario a pour objet de lisser les effets de seuil, en organisant un système de prise en charge de tout ou partie des cotisations à une assurance complémentaire, selon des modalités à préciser, au bénéfice des personnes dont les ressources excèdent légèrement le seuil CMUC.

Dans son esprit, ce dispositif vise à accompagner la transition vers le droit commun des personnes concernées, en favorisant à court terme leur accès effectif aux soins par une aide financière permettant leur solvabilisation, tout en cherchant à les responsabiliser au moyen d'une adhésion volontaire à une protection complémentaire. Sa mise en œuvre

nécessite de définir un cahier des charges et de choisir entre plusieurs formules opératoires, qui ont une incidence sur l'efficacité de la mesure au regard des effets de seuil et sur l'égalité de traitement des personnes selon leur localisation, notamment : le champ des bénéficiaires, les modalités de l'aide, l'outil de gestion du dispositif, les sources de financement et le cadre juridique.

Un dispositif de ce type est déjà mis en œuvre dans plusieurs départements, avec des financements sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie, abondés, dans certains cas, par un apport des conseils généraux. Sauf à créer de nouvelles prestations légales, la généralisation des premières expériences, dans le cadre d'un schéma national précisant les grandes lignes du dispositif applicable au niveau local et les règles de financement, ne nécessite pas de modifier la loi ; elle peut être décidée de façon conventionnelle, par la voie d'un avenant aux conventions d'objectifs et de gestion (COG) actuellement en cours entre l'État et les caisses nationales d'assurance maladie.

2.3.3.5 Synthèse des quatre scénarios de lissage des effets de seuil

- S5 devrait être inscrite rapidement dans la loi : cette mesure, qui pourrait bénéficier en priorité aux sortants de la CMUC, serait à étendre dans un second temps aux demandeurs non admis à la CMU complémentaire dont les ressources se situent dans la limite de 1,10 fois le plafond, afin d'éviter des situations inéquitables ;

- S6 : la proposition de déduction (ou crédit) d'impôt n'a pas pu être expertisée par la mission ;

- S7 : la création par la loi d'un double barème pour l'accès aux prestations aurait l'avantage d'instituer un traitement différencié gradué selon le niveau des ressources et garantissant l'égalité dans l'accès aux droits sur l'ensemble du territoire ; cependant elle appellerait des préalables législatif et budgétaire et risquerait d'induire, par rapport au système en cours depuis janvier 2000, de nouvelles complexités dans la gestion ;

- S8 constitue une solution empirique qui présente plusieurs avantages, à l'aune des critères proposés par la mission : elle est bien acceptée par les différents acteurs institutionnels et constitue, de surcroît, une occasion nouvelle de les faire travailler ensemble ; elle peut avoir un impact quantitatif non négligeable sur les publics touchés par l'effet de seuil, tout en demeurant dans les capacités de financement mobilisables dès 2002 ; elle ne pose pas de gros problèmes de faisabilité pratique, et a en outre le mérite de prendre en compte l'apport des projets déjà lancés, décrits au § 2.4 ci-après ; enfin, elle devrait, sous réserve d'un accord conventionnel entre l'État et les caisses nationales d'assurance maladie, pouvoir se généraliser rapidement à l'ensemble du territoire, en se référant à un cahier des charges national qui éviterait des disparités choquantes, tout en laissant des marges d'initiative aux acteurs locaux.

Les limites de cette mesure résident dans la capacité contributive des personnes concernées sur la part de cotisation laissée à leur charge.

2.3.4 L'intérêt de combiner plusieurs mesures cohérentes avec l'économie de la loi de 1999 et compatibles avec les contraintes à court terme

2.3.4.1 Quelques éléments à prendre en compte

- cohérence avec l'esprit de la loi de 1999 : dispositif de solidarité en faveur des plus démunis ; objectif de cheminement vers le droit commun ; finalité d'accès effectif aux soins ; logique de ressources et non de statuts ;
- compatibilité avec les contraintes financières à court terme : budget de l'État (chapitre 46.82) et ressources mobilisables sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses ;
- souci de concilier égalité de traitement interrégimes (apport essentiel de la CMU par rapport à l'AMD) et prise en compte de certaines initiatives des caisses encouragées par les pouvoirs publics (aides à la mutualisation).

2.3.4.2 Des mesures à envisager en priorité

Sur la base de l'évaluation des différents scénarios à partir de quatre critères, et en tenant compte des considérations générales ci-dessus, les rapporteurs ont été amenés à préconiser les orientations suivantes :

- compte tenu des contraintes budgétaires connues et des risques d'effets contraires au but recherché, il paraît préférable d'agir sur les effets de seuil, en cherchant à minimiser leurs conséquences négatives au regard de l'accès aux soins, plutôt que de relever de façon significative le plafond de ressources de la CMU ;
- dans l'immédiat, il semble possible et souhaitable de mettre en œuvre de façon combinée deux scénarios étudiés dans le cadre du lissage des effets de seuil :

1) l'extension par une disposition législative de la dispense d'avance de frais (scénario S5) :

- aux sortants de la CMUC gérés par un organisme complémentaire ;
- aux sortants de la CMUC gérés par les caisses d'assurance maladie ;
- dans la mesure du possible, aux nouveaux demandeurs non admis à la CMUC, dont les ressources ne dépassent pas de plus de 10 % le plafond.

2) la mise en place des aides conventionnelles à la mutualisation (scénario S8) :

- par avenant à la COG entre l'État et la CNAMTS et par un accord entre les pouvoirs publics et les autres régimes (CANAM et CCMSA) ;
- sur la base d'un cahier des charges type national afin de réduire les risques de « balkanisation » des dispositifs locaux d'aide à la mutualisation ;
- en veillant à la cohérence entre le régime général et les autres régimes .

Il s'agirait d'une expérimentation pendant la durée d'application des conventions actuelles d'objectifs et de gestion, soit, jusqu'à fin 2003 pour le régime général. L'évaluation du dispositif qui sera faite – de façon spécifique ou dans le cadre de l'évaluation générale de l'exécution des COG – permettra d'apprécier s'il conviendra de le poursuivre ultérieurement sous cette forme.

2.4 Les dispositifs d'aide à la mutualisation mis en place ou projetés par les institutions

2.4.1 Une philosophie commune, mais des modalités différentes selon les régimes et selon les départements

Les remontées d'informations aux « têtes de réseau » (caisses nationales d'assurance maladie) ou à la DSS, complétées par diverses indications particulières, permettent de constater l'ampleur et la variété des formules d'aide à la mutualisation mises en place ou envisagées à l'automne 2001. Ces informations sont fragmentaires et peuvent ne plus être à jour, compte tenu de la rapide évolution des situations sur le terrain. Il est toutefois possible d'en tirer des enseignements, dans la perspective de l'élaboration éventuelle de cahiers de charges types annexés aux avenants aux COG entre l'État et les caisses nationales.

Au total, néanmoins, elles font ressortir des initiatives dont les modalités recèlent, par leur diversité, des risques de reconstitution de nouvelles disparités selon les départements, que la création de la CMU avait fait disparaître.

2.4.1.1 Régime général

Au niveau national (CNAMTS)

La COG 2000-2003, approuvée le 11 juillet 2000 par le conseil d'administration, prévoit, dans son article 2-4-1, « *un examen des situations individuelles en marge de la CMU* » et inscrit à cet effet sur le FNASS une dotation annuelle de 400 MF (dont 250 MF d'économies prévisibles liées à la mise en œuvre de la CMU et un abondement de 150 MF), reconductible pendant la durée de la convention.

Au cours de sa réunion du 10 octobre 2000, la Commission de l'assurance maladie a décidé « *de ne pas instaurer un dispositif national d'intervention* » concernant l'enveloppe de 400 MF et de « *laisser le choix aux caisses d'intervenir sur appréciation et examen des situations individuelles, soit sous forme d'aides ponctuelles au paiement de cotisations de primes de contrats d'assurance complémentaire, en fonction des contextes locaux et notamment des accords de partenariat qu'elle devrait privilégier ; dans le cas de prise en charge partielle et, le cas échéant partagée, des frais d'adhésion à un organisme complémentaire, il leur appartient d'établir un cahier des charges définissant le champ d'application et les modalités de mise en œuvre, dans le cadre des crédits limitatifs autorisés* ».

La notification des dotations paramétriques aux caisses a porté sur les montants

suivants : 846,74 MF en 2000 (dont 400 MF pour les populations en marge de la CMU) et 862,29 MF (dont 400 MF pour les populations en marge de la CMU, majorés des reports de 2000 non consommés, soit environ 80 MF) en 2001.

Au niveau local (CPAM et CGSS)

- Dans une note de juillet 2001, la CNAMTS a fait un état des lieux des initiatives prises localement :

. octobre 2000 : 10 CPAM (sur 78 ayant répondu au questionnaire) ont mis en place des aides à la mutualisation, seules ou en partenariat avec le département

. mars 2001 : 24 CPAM (sur 58 ayant répondu à l'enquête DDASS) ont institué un dispositif d'aide à la mutualisation (7 seules et 17 en partenariat avec le Conseil général)

. dans les contrats pluri-annuels de gestion (CPG) passés entre la CNAMTS et les CPAM sur 2000-2003, 33 CPAM ont prévu des aides à la mutualisation (8 seules, 16 avec le Conseil général, 9 en négociation ou recherche de partenaires) et 25 CPAM ont mis en place ou prévu un dispositif non inclus dans le CPG

Selon la CNAMTS, la consommation des crédits, probablement faible au premier semestre 2001, devrait s'accroître au second semestre 2001. Sur l'année 2001, on peut prévoir une consommation de 40 % de l'enveloppe de 400 MF, soit environ 160 MF.

Dans son commentaire général, la CNAMTS précisait : *« Compte tenu que les dispositifs d'aide à la mutualisation sont dans l'ensemble en cours de négociation, et dans l'attente de la mise en œuvre par le Ministère d'un dispositif de prise en charge pérenne, préalable indispensable pour que des politiques coordonnées et complémentaires puissent se développer, les interventions des Caisses en faveur des populations victimes de l'effet de seuil CMUC entrent principalement dans le champ classique des aides financières ponctuelles (ex secours) accordées sous conditions de ressources ».*

- Une enquête des DDASS menée en 2001 illustre les écarts sur les populations visées ainsi que sur les niveaux des ressources maximales prises en compte pour l'aide à la mutualisation, par exemple :

. de 3.600 à 3.800 F : CPAM Cher, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Besançon, Vaucluse, Isère ;

. de 3.600 à 3.900 F : CPAM Finistère, Indre, Loir-et-Cher, Creuse, Tarn-et-Garonne, Charente-Maritime ;

. de 3.600 à 4.000 F : CPAM Orne, Côtes d'Armor, Loiret, Ille-et-Vilaine, Montbéliard, Paris, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Gard, Lozère, Nord, Lens, Alpes-de-Haute-Provence ;

. plus de 4.000 F : CPAM Cantal (4.500 F), Pyrénées-Orientales (4.600 F), Ariège (4.100F), Rouen (5.000 F).

Par ailleurs, les dispositifs partenariaux avec le Conseil général prévoient, dans certains cas, la prise en charge par le département de certains publics, notamment les ex titulaires de « cartes Santé » et les personnes âgées ou handicapées placées en établissement au titre de l'aide sociale.

Les résultats du pointage de ces dispositifs effectués par la CNAMTS en décembre 2001 n'étaient pas connus par la mission au moment du dépôt du rapport.

2.4.1.2 Régime des professions indépendantes

Au niveau national (CANAM)

Le conseil d'administration a, le 1^{er} décembre 1999, adopté le principe d'une aide financière, imputée sur les FASS des CMR, aux bénéficiaires exclus de la CMUC et disposant de ressources modestes, à condition qu'ils choisissent un des O.C. sélectionnés par la CANAM sur la base d'une charte de référence. La FNMF a demandé l'annulation de cette délibération au Conseil d'État, qui a rejeté cette requête le 30 mars 2001.

Il a approuvé, le 22 mai 2000, un cahier des charges prévoyant notamment 6 tranches de ressources (de A à F) par rapport au plafond CMUC (de + 5 % à + 25 %) puis, le 6 décembre 2000, il a reconnu la conformité à ce cahier des charges des propositions faites, après appel d'offres, par la mutuelle GRM.

En 2000, la CANAM avait prévu à cet effet un budget de 55 MF.

Au niveau local (CMR)

Le dispositif des « contrats complémentaires labellisés » proposé au niveau national n'a pas été mis en place avant l'automne 2001, dans l'attente de l'arrêt du Conseil d'État. La mission ne dispose pas d'état des lieux récent sur leur mise en œuvre effective depuis la communication du rejet du recours.

2.4.1.3 Régime agricole

Au niveau national (CCMSA)

Il n'existe pas de fonds national d'action sanitaire et sociale dans le régime agricole. La caisse nationale a cependant lancé en juillet 2001 une enquête auprès des MSA afin de recenser les dispositifs éventuellement mis en place localement.

La CCMSA a proposé à la Commission d'ASS du 4 septembre 2001 « *un dispositif légal, basé sur une aide financière variable selon les tranches de revenus prédéterminées, afin d'autoriser la souscription de complémentaires maladie ayant des prestations similaires au panier de soins actuel de la CMUC, auprès d'un organisme complémentaire librement choisi* ».

A défaut, elle envisageait une participation des MSA à des dispositifs d'aide à la mutualisation en faveur des sortants de la CMUC et des primo-demandeurs à ressources légèrement supérieures au plafond.

Au niveau local (MSA)

Sur les 64 MSA ayant répondu à l'enquête fin août 2001, 13 avaient mis en place un dispositif de lissage des effets de seuil (7 seules, 3 en partenariat avec les assureurs et 3 en partenariat avec le Conseil général, les CPAM et les CMR). Par ailleurs, 11 MSA réfléchissaient sur des projets.

2.4.2 La situation dans les sept sites visités par la mission

Afin d'illustrer la variété des situations, la mission a rédigé une note qui décrit brièvement la situation constatée à la date de son passage sur chaque site et développe de façon plus détaillée le dispositif mis en place dans l'île de la Réunion. Cette note est annexée au rapport⁹.

2.5 Les mesures prises par le gouvernement fin 2001

Le gouvernement a pris dans les dernières semaines de 2001 trois mesures importantes qui constituent des réponses aux problématiques exposées dans le présent chapitre. Elles sont mentionnées ici dans l'ordre chronologique de leur annonce.

2.5.1 L'extension du bénéfice de la dispense d'avance de frais aux sortants de la CMUC

Cette mesure a fait l'objet d'un amendement gouvernemental au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, rédigé comme suit (article 38) :

« I - Avant le dernier alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité ;

II – Après l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-3 ainsi rédigé :

Art. 6-3 - Lorsque ces personnes mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense d'avance de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au b) de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale. »

Cet amendement, voté par le Parlement, étend ainsi le bénéfice du tiers payant à tous les sortants de la CMUC, qu'ils aient opté pour une gestion de leur protection complémentaire par un O.C., ou qu'ils aient été gérés par un organisme de base.

⁹ cette note est jointe en **annexe n°11**

Lorsqu'ils disposent d'une protection complémentaire, la dispense d'avance de frais s'applique à l'ensemble des dépenses ; il s'agit donc d'un tiers payant intégral qui élargira le périmètre du tiers payant coordonné.

Cet article de loi renvoie à un décret d'application, en cours d'élaboration lors du dépôt du présent rapport. De nombreux points techniques devront en effet être solutionnés, en liaison avec la CNAMTS et les représentants des O.C., pour que ce nouveau dispositif puisse fonctionner rapidement de manière satisfaisante. Il importe également que les professionnels de santé soient informés et sensibilisés sur ses incidences en termes de gestion des attestations et des conditions de prise en charge financière.

Sous réserve d'un règlement correct des difficultés techniques évoquées ci-dessus, cette extension de la dispense d'avance de frais constitue une mesure importante dans le cadre de la politique de lissage des effets de seuil. De l'avis de la mission, son champ d'application recèle toutefois, sur le plan de l'équité, une lacune qui lui paraîtrait devoir être comblée dans l'avenir. En effet, la mesure ne touche qu'une partie des demandeurs non entrants dans la CMUC en raison de leur dépassement du plafond, à savoir ceux qui acceptent de souscrire une assurance complémentaire assortie d'une aide à la mutualisation. Elle bénéficie ainsi, d'une part à tous les sortants de la CMUC – y compris ceux dont les ressources sont devenues supérieures au plafond majoré de 10 % , d'autre part, aux seuls demandeurs s'inscrivant dans un processus de mutualisation. Demeurent ainsi hors de son champ les demandeurs à la lisière du plafond qui, souvent faute de ressources suffisantes, ne seront pas en état de payer une partie des cotisations en complémentaire.

2.5.2 La mise en place d'un dispositif national d'aide à la mutualisation

A l'occasion de la lecture définitive du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, le ministre de l'emploi et de la solidarité a annoncé « *un nouveau dispositif permettant de réduire le coût d'acquisition d'un contrat de couverture maladie complémentaire par les personnes dont les ressources sont à peine supérieures au plafond de la CMU* ».

Ce plan d'aide à la mutualisation a fait l'objet d'une concertation entre les pouvoirs publics, les organisations représentatives des O.C. et la CNAMTS. La commission de l'action sanitaire et sociale de la caisse nationale a formulé son avis le 11 décembre, et un projet, tenant compte de ses observations, a été établi sous la forme d'un avenant n°2 à la convention d'objectifs et de gestion (COG) liant l'État et la caisse nationale ; ce projet devrait être examiné en janvier 2002 par le conseil d'administration de la CNAMTS.

Contrairement à la mesure d'extension de la dispense d'avance de frais évoquée ci-dessus, cette aide est proposée à « *l'ensemble des personnes ou des ménages dont les ressources n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond de la CMU* » : il s'agit donc, non seulement des sortants de la CMUC compris dans cette tranche de ressources, mais aussi des demandeurs non admis à la CMUC ayant un même niveau de revenus, dès lors qu'ils s'engagent dans ce processus de mutualisation aidée.

Aux termes de l'article 3 du projet d'avenant, « *les contrats éligibles à l'aide devront*

garantir le « panier de soins » de la CMU complémentaire : prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier journalier, et des dépassements en matière optique, dentaire et de correction auditive dans la limite des tarifs prévus par les arrêtés CMU du 31 décembre 1999 modifiés . Ces tarifs ne seront pas opposables aux professionnels de santé. Le tiers payant s'appliquera à ces contrats. »

Le projet précise notamment que « le montant de l'aide sera égal en moyenne à 115 euros (754,35 francs) par an pour une personne seule », ce qui correspond à la moitié du tarif de cotisation plafonné pendant un an pour les sortants de la CMUC ayant opté pour une gestion par un O.C. (1.500 F). Cependant, ce taux de financement de 50 % ne sera atteint que pour les contrats de sortie à tarif préférentiel prévus à l'article 23 de la loi CMU, et pour ceux qui offriront les prestations CMUC à ce tarif de cotisations. Compte tenu de la liberté des prix dans ce domaine, il est probable que la plupart des cotisations demandées dépasseront ce tarif annuel de 1.500 F, et que l'aide ne pourra couvrir alors qu'une fraction du coût inférieure à 50 %.

Le potentiel théorique de bénéficiaires éligible à cette aide est de l'ordre de 2 millions de personnes : il correspond aux foyers dont les ressources n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond de la CMUC. Toutefois, le nombre réel de bénéficiaires sera nécessairement inférieur, ne serait-ce que parce qu'une partie importante de ces publics ne souhaitera pas payer la part de cotisation laissée à sa charge.

En 2002, le nouveau dispositif serait financé grâce à la reconduction de la dotation spécifique de 400 MF inscrite dans la COG, majorée des reliquats de crédits non consommés en 2000 et 2001, soit au total une enveloppe de l'ordre de 700 MF (106 millions d'euros). La dotation de base serait majorée en 2003 de 100 MF, ce qui la porterait à 500 MF (76,22 millions d'euros), sans préjudice des reports éventuels de la gestion 2002.

Pour assurer la réussite de cette mesure, il conviendra de prendre un certain nombre de mesures d'accompagnement : des suggestions sont faites à cette fin en conclusion du rapport.

Il conviendrait de prévoir un dispositif analogue pour le régime agricole, dont la COG actuelle ne prévoit pas ce type de clause. Le régime des professions indépendantes, qui avait imaginé un schéma spécifique dès 2000, comme indiqué plus haut dans le rapport, va de son côté le mettre en oeuvre. A terme, il serait souhaitable que les aides à la mutualisation des différents régimes ne soient pas trop divergentes dans leurs conditions d'attribution et de gestion.

Comme indiqué plus haut, une partie des bénéficiaires potentiels de l'aide à la mutualisation risque d'éprouver des difficultés à financer la part de cotisation restant à sa charge. Dans certains cas, des cofinancements, notamment des conseils généraux, pourraient réduire cette contribution. Par ailleurs, les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses, sur leur dotation hors aide à la mutualisation, pourraient accorder aux intéressés des aides financières au coup par coup, en vue de couvrir certaines dépenses lourdes (par exemple, forfait hospitalier au-delà d'une certaine durée d'hospitalisation).

2.5.3 Le relèvement du plafond de ressources pour 2002

Enfin, le gouvernement prévoyait, au moment du dépôt du rapport, de fixer le montant réglementaire du plafond de ressources à 6.744 euros par an (soit 562 euros ou 3.686,48 F par mois) pour une personne seule, ce qui correspond à une revalorisation de + 2,4 % par rapport au plafond actuel de 3.600 F par mois (548,82 euros). Ce relèvement est légèrement supérieur à l'augmentation des allocations du minimum vieillesse/invalidité et de l'AAH (+ 2,2 %) et du RMI (+ 2 %), décidée avec effet au 1^{er} janvier 2002.

Le projet de décret devrait être soumis en janvier à l'avis du conseil d'administration de la CNAMTS.

CHAPITRE 3 - L'ACCES AUX DROITS : LA MISE EN ŒUVRE DES PROCEDURES

3.1 Un dispositif relativement complexe dans certaines de ses modalités techniques

La complexité administrative du dispositif d'accès aux droits à la CMU est fréquemment invoquée par divers acteurs, en particulier par certains responsables de l'assurance maladie et par des travailleurs sociaux ou des intervenants associatifs. Ce discours, qui doit être mis en relation avec les caractéristiques de la population des bénéficiaires de la loi, souvent mal à l'aise avec l'écrit, renvoie à une réalité, qui justifie d'ailleurs que les institutions apportent beaucoup de soin à l'appui et à l'accompagnement de ces publics. Il recouvre néanmoins plusieurs aspects distincts : hétérogénéité des règles de droit pour la CMU de base et la CMUC ; lourdeur administrative résultant, pour le calcul des ressources, du choix d'une période de référence sur les douze derniers mois ; lisibilité relative de certains formulaires de demande ; difficulté de constitution du dossier complet, nécessitant de nombreuses démarches et, trop fréquemment, plusieurs visites à la CPAM ; difficultés particulières pour les réfugiés et les demandeurs d'asile ; risques d'inégalités de traitement liés à l'assiette des cotisations à la CMU de base. Par ailleurs, l'usage de la déclaration sur l'honneur, prévu par la loi, semble très diversement ressenti et appliqué par les caisses ; s'il est perçu positivement dans l'ensemble, il appelle en contrepartie des possibilités de contrôle, afin de limiter les risques d'abus.

.3.1.1 Des règles de droit différentes pour la CMU de base et pour la CMUC

3.1.1.1 La définition du foyer n'est pas homogène

- pour la CMU de base, il s'agit du « foyer fiscal » : le demandeur, son conjoint (ou concubin, ou partenaire Pacs) et « *les autres personnes à charge au sens de l'assurance maladie* » (enfants, ascendants et collatéraux à charge) ;

- pour la CMU complémentaire, il s'agit du « foyer RMI » : le demandeur, son conjoint (ou concubin, ou partenaire Pacs), et les enfants et personnes à charge de moins de 25 ans répondant à certaines conditions : rattachés au foyer fiscal, ou vivant sous le même toit que le demandeur, mais ayant établi une déclaration fiscale en leur nom propre, ou ne vivant pas sous le même toit que le demandeur, mais percevant une pension déduite de la déclaration annuelle de revenu.

Cette dualité de définition, qui peut s'appliquer à des personnes demandant simultanément le bénéfice de la CMU de base et de la CMU complémentaire, a été dénoncée comme source de complexité par le premier rapport de Mme GRZEGRZULKA. L'harmonisation des définitions concernant le foyer a été également demandée, pour les mêmes raisons, par le directeur de la CNAMTS.

Ce choix a obéi cependant à une certaine logique. En effet, la CMU de base constitue l'achèvement du processus de généralisation de la sécurité sociale ; il est donc naturel que les règles habituelles de la protection sociale de base s'appliquent aux bénéficiaires résiduels. En revanche, pour la CMUC, destinée à faciliter l'accès aux soins des

populations situées autour des minima sociaux, il est normal de se référer au modèle RMI. Certains estiment que le dispositif est désormais bien intégré par les caisses primaires et qu'une unification des règles, qui nécessiterait une modification réglementaire de l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale (décret en Conseil d'État n° 99-1004 du 1er décembre 1999), ne ferait qu'introduire de la confusion dans le traitement des dossiers.

Ces règles laissent inévitablement subsister des situations en apparence hétérogènes. Ainsi, par exemple, en matière de CMUC, la demande d'un jeune vivant sous le toit de parents disposant de ressources importantes sera rejetée s'il a moins de 25 ans, au vu des revenus du foyer ; elle pourra être acceptée s'il a plus de 25 ans, car le jeune constitue alors un foyer séparé et peut présenter une demande autonome.

3.1.1.2 La base et la période de référence pour la prise en compte des ressources sont également différentes

- les ressources imposables (« revenu fiscal de référence ») sont prises en compte pour la CMU de base, alors que la base retenue pour la CMUC comprend les ressources imposables et non imposables, y compris les prestations sociales, selon un système proche de celui en vigueur pour l'attribution du RMI ;

- en outre, la période de référence pour la prise en compte des ressources n'est pas la même : année civile précédant la déclaration pour la CMU de base, douze mois civils précédant la demande (pour les salariés), mais dernière année civile (pour les non salariés), en ce qui concerne la CMU complémentaire.

Ces dualités de définitions ont également été relevées dans le premier rapport de la mission parlementaire, ainsi que par le rapport de la Cour des Comptes rendu public en septembre 2001 ; leur suppression est vivement souhaitée par le directeur de la CNAMTS, qui insiste sur la lourdeur administrative imposée aux usagers comme aux services instructeurs, et sur son incidence en termes de coûts de gestion.

Pour les rédacteurs du texte, ces différences, là encore, découlent de l'esprit de la loi : généralisation de la couverture de base, induisant l'application des règles classiques de l'assurance maladie, d'une part ; couverture complémentaire, justifiant la transposition des règles RMI - et notamment la prise en compte des avantages logement dans la détermination des ressources, qui cependant ne concernent que le dernier trimestre précédant la demande -, d'autre part. Pour eux, ces différences d'assiette s'expliquent aussi par le fait que la première sert de base à des cotisations et l'autre à l'ouverture d'un droit.

S'agissant de la période de référence, il a été jugé plus équitable, pour des personnes dont la situation peut s'avérer fluctuante, de prendre en considération les « douze mois glissants » plutôt que l'année civile antérieure. Par ailleurs, le choix des douze mois permet de traiter de façon équitable le cas des travailleurs saisonniers qui ne perçoivent un revenu d'activité que sur quelques mois de l'année. Ces considérations ont guidé les choix du gouvernement, nonobstant les inconvénients d'une plus grande exigence de pièces justificatives. Adopter un autre raisonnement nécessiterait de revenir sur les dispositions du décret en Conseil d'État n° 99-1004 du 1er décembre 1999 (article R.

868-8 du code S.S.).

3.1.2 La lourdeur administrative du choix des douze mois glissants

Le choix des douze derniers mois comme période de référence des ressources du foyer pour la détermination des droits à la CMU complémentaire nécessite la production d'un grand nombre de pièces justificatives. C'est le cas, notamment, lorsque le foyer se compose de plusieurs personnes ayant eu dans la période des employeurs multiples (employées de maison, intérimaires, par exemple) ; les rapporteurs ont en leur possession des dossiers comptant une cinquantaine de pièces, que les services instructeurs des caisses doivent faire photocopier, vérifier et, en principe, archiver pour conserver les éléments de calcul en cas de contentieux. Pour les CPAM, cette procédure nécessite donc des calculs fastidieux, génère un volume imposant de photocopies et des coûts d'affranchissement.

Dans son rapport public de septembre 2001, la Cour des comptes a préconisé de *« rechercher la meilleure définition de la période de référence pour l'examen des ressources, en prenant en compte l'ensemble des coûts et des avantages »*. Dans sa réponse, la CNAMTS a fait part de son accord *« sur l'opportunité de cette simulation sur un petit nombre de dossiers tests. Elle pense envisageable un gain de temps d'au moins 50 % lors de l'instruction des dossiers. Elle rappelle également que cette mesure simplifierait aussi les démarches pour les demandeurs et faciliterait également les contrôles »*.

Pour sa part, la mission s'est interrogée sur la possibilité de concilier la simplicité des procédures – qui aurait pu conduire à prendre pour pièce justificative l'avis d'imposition ou la déclaration fiscale de l'année civile antérieure – et l'équité au regard de la situation la plus récente, qui a motivé le choix des revenus réels sur les douze derniers mois, période égale à celle de l'ouverture des droits à la CMUC.

Certes, sur les sites où elle s'est rendue, la mission n'a pas entendu de récriminations fortes, tant de la part des personnels que des usagers, qui semblaient trouver normales ces exigences. Il est vrai que la lourdeur induite par ces procédures est, dans certains cas, atténuée par diverses pratiques ; en particulier, les agents, une fois saisis les éléments de revenus à partir des pièces produites, ne les conservent pas nécessairement. Il est possible aussi que des déclarations sur l'honneur, d'ailleurs autorisées par la réglementation, réduisent dans les faits cette complexité administrative.

Pour autant, il a semblé aux rapporteurs qu'un allègement du dossier serait opportun, à condition de ne pas générer des effets pervers par rapport à l'esprit de la loi et de prendre en compte les situations au plus près des réalités au moment de la demande, afin de favoriser l'accès effectif aux soins des personnes ayant connu des difficultés financières nouvelles, dues par exemple à des pertes d'emploi récentes. Cette réflexion les a conduit à demander aux CPAM rencontrées de procéder à quelques tests sur des échantillons de dossiers, afin de voir si le sens de la décision – accord ou rejet – serait fortement modifié dans l'hypothèse où la période de référence aurait été, non pas les douze derniers mois, mais les six derniers mois (hypothèse 1), voire les trois derniers mois, période de référence pour l'allocation RMI (hypothèse 2).

Les résultats de ces tests sont les suivants, pour trois CPAM :

CPAM de Montpellier : sur 98 dossiers étudiés (36 premières demandes et 62 renouvellements), le passage de douze mois à trois mois se traduirait par 64 accords (au lieu de 66) et 34 refus (au lieu de 32), soit une variation peu significative ; l'hypothèse 1 n'a pas été testée ;

CPAM de Bobigny : sur 80 dossiers examinés, le passage de douze mois à six mois entraînerait une diminution de 3 accords (de 45 à 42) et une augmentation corrélative des refus (de 35 à 38) ; l'incidence nette dans l'hypothèse de trois mois serait de majorer de 35 à 37 le nombre des rejets ;

CPAM de Paris : l'étude qui n'a pu être menée que sur 20 dossiers montre un accroissement de 4 accords dans l'hypothèse 1 et de 3 accords dans l'hypothèse 2.

Ces indications portent sur des échantillons trop exigus pour en tirer des conclusions définitives : il semble, néanmoins, à partir de ces quelques exemples, que la réduction de la période de référence n'aurait qu'un impact relativement limité sur la proportion respective des admissions et des rejets, alors qu'on pourrait supposer, a priori, que la probabilité de réunir les conditions sur une période courte serait beaucoup plus élevée que sur une période longue et induirait une forte augmentation du nombre de bénéficiaires. Il est probable aussi que le nombre de demandes de CMUC se trouverait accru et induirait une augmentation de la charge de travail des caisses pouvant réduire les effets de l'allègement de la procédure. L'incidence en termes de coûts résultant d'un éventuel taux d'acceptation des demandes plus élevé devrait aussi être mesurée. Il conviendrait que ce travail approfondi soit mené par la CNAMTS sur des échantillons de caisses et de dossiers statistiquement plus significatifs, avant de prendre des décisions éventuelles de modification de la réglementation sur cette question.

3.1.3 Des formulaires peu lisibles, à remplir par des usagers qui ont souvent besoin d'un accompagnement

Les formulaires de demande sont à adresser aux institutions d'assurance maladie, soit par les demandeurs eux mêmes - qui peuvent choisir de les remettre aux services des caisses -, soit par les services sociaux, les CCAS, les associations agréées et les établissements de santé.

L'arrêté du 15 décembre 1999 a créé les modèles de formulaires enregistrés par le Cerfa sous les références suivantes :

- CMU de base : un imprimé rose comprenant quatre feuillets : « demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence » S 3710 (imprimé de demande n° 11418*01 et notice d'utilisation n° 50667=01) ; « déclaration de ressources annuelles » S 3710 bis (imprimé de déclaration n° 11419*01 et notice d'utilisation n° 50667=01) ;

- CMUC : un imprimé vert comprenant quatre feuillets : « demande de prise en charge » S 3711 (imprimé de demande n° 11420*01 et notice d'utilisation n° 50668=01) ; « déclaration de ressources annuelles » S 3711 (imprimé n° 11420*01 et notice n° 50668=01) ;

- CMUC : un imprimé vert recto verso : « choix, par le demandeur, de

l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé » S 3712 (imprimé n° 11421*01 et notice n° 50669=01) ;

- CMUC : un imprimé vert recto verso : « choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé » S 3713 (imprimé n° 11422*01 et notice n° 50670=01).

L'arrêté du 19 septembre 2000 a toutefois modifié les formulaires S 3711 de « demande de prise en charge » et de « déclaration de ressources annuelles » n° 11420*01 (devenue n°11420*02)» et la notice n° 50667=01 qui les accompagnait (devenue n° 50667=02), notamment en ajoutant le partenaire Pacs dans la détermination de la situation familiale, en réduisant les renseignements sollicités du demandeur sans activité professionnelle et en rendant les imprimés plus lisibles, grâce à un meilleur encrage et à une police de caractères plus grosse.

L'enquête auprès des bénéficiaires diligentée par la DREES semble faire ressortir que les bénéficiaires n'ont pas trop de difficultés à remplir ces formulaires. Selon les réponses de l'échantillon, environ 40 % des personnes les auraient remplis seules, les autres se faisant aider par quelqu'un d'extérieur au ménage, par un agent de la caisse ou par des personnels hospitaliers ou des services sociaux. La mission a constaté l'implication de nombreux personnels des caisses pour aider les personnes à remplir convenablement les imprimés ; il peut en résulter une durée d'entretien relativement longue ; certains demandeurs, notamment des étrangers, sont accompagnés par un tiers, souvent un de leurs enfants adolescents ou majeurs, pour résoudre les difficultés d'ordre linguistique ou culturel.

L'étude réalisée en avril 2001 par la SOFRES, à la demande du SIG et de la Commission pour les simplifications administratives (COSA), recoupe assez largement les impressions recueillies par la mission auprès des usagers, des techniciens des caisses et des travailleurs sociaux rencontrés sur le terrain. Le formulaire de demande de CMU complémentaire apparaît facile et rapide à remplir pour des demandeurs bien organisés, qui ont l'habitude de remplir des documents administratifs, même s'il renvoie, par son caractère rébarbatif et en dépit de l'amélioration apportée par l'arrêté modificatif, à une image stéréotypée de ce genre de documents. En revanche, son remplissage constitue, pour nombre de demandeurs, « *un mécanisme angoissant* » par son enjeu, à savoir le risque en cas d'erreur de ne pas accéder à la CMU ; il génère une forte demande de contact avec une assistante sociale ou avec les services de la CPAM, pour être sûr de bien remplir toutes les rubriques.

La correspondance entre l'imprimé et la notice n'est pas toujours évidente : ainsi, par exemple, en ce qui concerne la période de référence, le modèle modifié a ajouté un renvoi de bas de page, pour préciser que l'année civile s'applique aux revenus professionnels non salariés, mais, en l'absence d'un renvoi similaire rappelant la règle des douze derniers mois pour les revenus salariaux, la seule mention des revenus perçus « du...au... » n'est pas claire pour certains demandeurs.

Les nouveaux formulaires mis au point par la COSA à la suite de l'enquête évoquée plus haut devraient remédier à la plupart des défauts recensés ; la mission a été consultée et a fait quelques observations sur les projets de spécimens qui lui avaient été

communiqués.

3.1.4 Des procédures parfois trop lourdes et non homogènes

3.1.4.1 Un souci de simplicité, mais de nombreuses démarches pour constituer le dossier complet

L'instruction de la demande de CMU ou de CMUC s'effectue sur la base d'un dossier complet, comprenant l'ensemble des pièces justificatives exigées par la réglementation. Toutefois, l'affiliation en protection de base est immédiate dès la demande, attestant de la résidence régulière et stable en France, même si le demandeur n'a pas été en mesure de remplir tout ou partie du formulaire. De même, une ouverture de droit peut être effectuée en cas d'urgence, sans attendre que toutes les justifications soient réunies.

Pour la protection de base comme pour la protection complémentaire, ces pièces, à présenter ou à fournir, ont pour but de justifier les trois éléments pris en compte pour l'ouverture des droits, à savoir la situation du foyer, la stabilité de la résidence et l'état des ressources. Les notices d'utilisation en donnent la liste :

- pour la situation du foyer : carte nationale d'identité et/ou fiche familiale d'état civil, livret de famille ou fiche familiale d'état civil pour chacun des membres du foyer, justificatif de la stabilité de la résidence (pour la CMU de base), carte Vitale ou attestation (pour la CMUC) ; le dossier doit être complété, pour les élèves ou étudiants, par un certificat de scolarité ou une copie de la carte d'immatriculation ;

- pour la stabilité de la résidence : tout document de type quittance de loyer ou de gaz/électricité ; pour les étrangers hors Espace Economique Européen, le dossier doit comprendre, en outre, des pièces justificatives de la régularité du séjour ;

- pour la déclaration de ressources : en CMU de base, avis d'imposition et, seulement à défaut de cette pièce justifiant le « revenu fiscal de référence », tous documents et attestations indiquant le montant des ressources diverses perçues par le foyer au cours de l'année civile précédant la déclaration ; en CMUC, attestation de RMI pour une ouverture de droit automatique ou, à défaut, tout document utile (déclaration d'impôts, bulletins de salaires, relevés de prestations,...) se rapportant à la période de référence des douze derniers mois.

L'enquête auprès des bénéficiaires de la CMU diligentée par la DREES fait ressortir qu'environ 80 % des personnes interrogées « *ont trouvé les formalités simples ou assez simples et quasiment personne n'indique avoir eu des difficultés à produire les pièces justificatives* ». La même enquête indique pourtant que « *2 personnes sur 5 ont dû se déplacer plus d'une fois et la proportion de personnes pour lesquelles le délai d'obtention de l'attestation est de l'ordre d'un mois ou plus est également de 40 %* ».

Ce paradoxe apparent semble recouvrir des réalités concrètes assez disparates, comme le montrent les enquêtes qualitatives de terrain menées dans le cadre du dispositif d'évaluation de la DREES. Pour sa part, la mission a relevé peu de contestations de la part des demandeurs reçus en entretien par des techniciens des caisses sur le principe des justifications à fournir, ni sur le nombre des pièces à fournir, même lorsqu'elles sont

nombreuses. Cette attitude positive de compréhension des impératifs administratifs n'exclut pas, sans doute, un certain fatalisme. Elle n'interdit pas de rechercher des voies de simplification procédurale et d'amélioration des pratiques, de nature à alléger les contraintes de l'usager, lorsque celles-ci peuvent être prises en charge par les institutions gestionnaires, dans le respect des principes posés par le législateur.

3.1.4.2 Des démarches imposées aux demandeurs pour fournir des informations directement accessibles auprès d'autres institutions sociales

Comme indiqué plus haut, la constitution du dossier complet nécessite le rassemblement par les caisses de diverses pièces justificatives établies par des tiers ; s'agissant des ressources, ces pièces sont établies par les employeurs, l'administration fiscale et, en ce qui concerne les prestations sociales, par des institutions sociales (CAF et ASSEDIC notamment).

Certaines de ces pièces sont envoyées régulièrement aux intéressés par leur organisme payeur de prestations et ne demandent pas de leur part, en cas de demande de CMU, d'autres démarches que de prévoir des photocopies. D'autres documents, en revanche, nécessitent un contact spécifique de l'usager avec l'organisme en cause, avec un double inconvénient, pour la personne, qui doit faire cette démarche, pour l'organisme, qui doit gérer des flux sans valeur ajoutée à l'accueil physique ou téléphonique.

Il s'agit là d'une problématique qui n'est pas propre à la CMU, comme l'a montré le récent rapport annuel de l'IGAS sur « les institutions sociales face à leurs usagers ». Une partie de la complexité naturelle des procédures devrait, à l'avenir, être davantage prise en charge par les institutions, grâce aux progrès des techniques d'information et de communication ; le développement partenarial d'échanges de données informatisées, dans le respect de la loi « Informatique et libertés », permettrait de réduire le nombre de démarches imposées à ces publics en difficultés.

3.1.4.3 Des états récapitulatifs de pièces justificatives à fournir non normalisés

Les organismes gestionnaires remettent au demandeur, soit dès le stade du pré-accueil lors de la première visite, soit à l'issue de l'entretien de réception de la demande, un état récapitulatif des pièces justificatives restant à fournir pour la constitution du dossier complet. Les rapporteurs ont relevé avec étonnement que chaque caisse avait imaginé son propre modèle d'état, alors que la réglementation est évidemment la même sur l'ensemble du territoire. Un document standard au niveau national pour chacun des trois dispositifs (CMU, CMUC et AME), cohérent avec les indications des notices jointes aux formulaires, paraîtrait justifié en l'espèce.

Cette remarque serait anecdotique si l'autoproduction de ces documents de travail ne générerait pas des risques d'exigence de pièces excédant ce que prévoit la réglementation. Certaines associations ont signalé des excès de ce type. Une lettre ministérielle DSS du 31 août 2001 a précisé récemment les pièces à demander pour l'attribution de la CMU.

Sur cette base, et après validation par un panel de techniciens de terrain, les caisses nationales devraient pouvoir désormais mettre au point un imprimé national unique permettant d'harmoniser les pratiques. Ce document, reprenant les pièces nécessaires pour justifier l'identité et la composition du foyer, la stabilité de la résidence, la régularité du séjour et les ressources perçues, constituerait un support utile et stable pour les personnels exerçant des fonctions d'accueil et d'instruction des demandes, voire pour les organismes périphériques apportant leur concours à la constitution des dossiers.

3.1.5 Des difficultés particulières d'application pour certains publics : le cas des réfugiés et des demandeurs d'asile

La condition de résidence de trois mois n'est pas opposable aux demandeurs d'asile, conventionnel ou territorial. En conséquence, ces personnes, dès lors qu'elles apportent la preuve de leur demande d'asile et satisfont ainsi à la condition de régularité du séjour, ont droit, ainsi que leurs ayants droit, à la CMU dans les conditions précisées par la circulaire n° 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France.

Lorsqu'il dépose une demande pour obtenir le statut de réfugié, l'intéressé se voit délivrer un certificat de dépôt de demande d'asile, qui lui permet d'obtenir une autorisation de séjour (APS) de trois mois ou un récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « a sollicité l'asile », renouvelables pendant toute la durée de la procédure. Si le demandeur n'est pas hébergé en centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA), il bénéficie de l'allocation d'insertion (AI) après inscription à l'ASSEDIC et ne relève pas, en matière de protection sociale, de la CMU mais des dispositions de l'article L. 311-5 du CSS applicables aux titulaires de revenus de remplacement. Lorsqu'il est accueilli en CADA, il cesse de percevoir cette allocation et peut être affilié à la CMU de base et, le cas échéant et sous condition de ressources, bénéficier de la CMU complémentaire.

La demande d'asile est transmise à l'OFPRA pour instruction et décision, qui intervient dans un délai assez long et est le plus souvent négative. Un recours peut être formé devant la Commission de recours des réfugiés (CRR), avec de nouveaux délais et un fort taux de rejet. Lorsqu'il est définitivement débouté du droit d'asile, l'étranger se trouve alors en situation irrégulière de séjour et ne peut plus prétendre qu'à l'AME, à l'expiration toutefois de ses droits CMU. Lorsqu'il a perçu l'allocation d'insertion, il bénéficie de la mesure générale de maintien dans les droits pendant quatre ans à l'assurance maladie pour la part obligatoire, mais la question se pose de son statut (CMUC ou AME ?) pour sa protection complémentaire.

La notification du droit à CMU permet à l'intéressé d'en bénéficier au minimum pendant un an, puisqu'il n'a pas d'obligation d'informer la CPAM que sa demande d'asile a été rejetée. La question de son transfert du droit CMU au droit AME ne se pose donc qu'à l'occasion du réexamen de sa situation.

L'application de la loi s'est avérée difficile pour deux raisons. Au niveau des caisses, selon les indications portées à la connaissance de la mission par des représentants du milieu associatif et non démenties par les caisses concernées, pendant les premiers mois de la réforme, certains réfugiés ont pu se voir proposer à tort l'AME et non la CMU, par l'exigence excessive de pièces justificatives ou la méconnaissance de l'inopposabilité du délai de résidence de trois mois. Des rappels ont été faits sur ce point aux caisses par la

CNAMTS dès décembre 2000 et une lettre ministérielle du 31 août 2001, déjà citée, a été adressée à la caisse nationale pour diffusion dans son réseau de caisses.

Par ailleurs, l'admission en CMU a été fréquemment retardée par la longueur des délais d'obtention des documents provisoires et des convocations en préfecture justifiant la régularité du séjour. Le document délivré par certaines préfectures ne précise pas expressément le motif de la convocation, ce qui empêche de distinguer les demandeurs d'asile des autres étrangers. Par ailleurs, il est souvent difficile pour les intéressés de produire des documents d'état civil pour leurs enfants, notamment les actes de naissance, et la convocation préfectorale ne mentionne que le nom et le prénom du demandeur, et non celui de l'ensemble de ses ayants droit ; les caisses ne disposent pas dans ces cas d'éléments officiels sur la composition du foyer. La même difficulté existe avec les services de l'OFPRA, qui ne mentionnent pas non plus les enfants sur les documents accordant l'asile. La CNAMTS a saisi en octobre 2001 le ministère (DPM), qui a pris l'attache du ministère de l'intérieur sur ces questions.

Comme le rappelle l'enquête récente de l'IGAS sur la prise en charge sociale des demandeurs d'asile, ces errements peuvent concerner une population en croissance rapide, puisque le nombre de nouvelles demandes d'asile, conventionnel et territorial, a presque triplé en quatre ans, de 1998 à 2001.

A Paris, la CPAM a passé une convention tripartite avec la DDASS et l'association France Terre d'Asile (FTDA) pour l'accueil par la caisse des personnes domiciliées dans cette association. Les demandeurs d'asile sont orientés désormais vers sept centres d'assurance maladie (2^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 12^{ème}, 16^{ème} et 19^{ème} arrondissements) mais les dossiers constitués sont centralisés au centre Monin, dans le 19^{ème}, qui assure seul la transmission pour instruction au centre Bercy et la création du dossier au fichier. Ce système, certes en progrès par rapport à l'accueil effectué par le seul centre Monin en 2000, aboutit à un certain engorgement des dossiers au centre Monin, et entraîne des retards conséquents qui pourraient être réduits si, à tout le moins, chacun des sept centres gérait ses dossiers directement avec le site centralisateur de l'instruction CMU à Bercy.

Lors de sa visite au centre Monin, la mission a constaté que les demandeurs d'asile domiciliés à FTDA sont reçus chaque après-midi au centre, sur la base d'un planning établi en liaison avec l'association, mais que les intéressés ne respectent pas dans tous les cas. Le centre reçoit par ailleurs, en dehors de ces créneaux horaires, des demandeurs d'asile envoyés par d'autres associations. Pratiquement toutes les demandes sont gérées en « gestion CPAM », compte tenu de la difficulté d'expliquer le droit d'option à ces publics. Sous réserve, dans quelques cas, de la production de pièces complémentaires, les dossiers de demande, remplis en fait par le technicien de la caisse, sont ensuite transmis au centre Bercy suivant les procédures CMU habituelles à Paris. En cas d'urgence médicale signalée, le demandeur repart avec une attestation provisoire ; dans le cas contraire, celle-ci lui est adressée à son lieu de domiciliation mais il arrive, selon les personnels CPAM rencontrés, qu'ils ne passent pas fréquemment relever leur courrier et reviennent au bout d'un certain temps réclamer ce document à l'accueil du centre.

Les techniciens signalent aussi les difficultés d'accès des demandeurs d'asile à la carte Sesam-Vitale : ceux-ci n'ont pas toujours un extrait d'acte de naissance ou un document équivalent certifiant leur identité ; en cas d'erreur, ne serait-ce que d'une seule lettre, dans la notification du droit d'asile, cela peut poser problème vis-à-vis du répertoire national d'identité de l'assurance maladie (RNIAM).

3.1.6 Une conciliation difficile entre demande de pièces justificatives, déclaration sur l'honneur et nécessité de contrôles

Pour la branche maladie, la loi créant la CMU a constitué une « révolution culturelle » à plusieurs titres. Elle a marqué une rupture par rapport au système de protection sociale fondé sur le versement de prestations, en contrepartie de cotisations prélevées à la source sur les revenus d'activité professionnelle. Elle a introduit, dans la pratique des caisses, un mode d'ouverture des droits basé sur une déclaration de ressources annuelles, dont le niveau détermine, soit la gratuité ou non des cotisations en CMU de base, soit l'accès même au dispositif en CMU complémentaire. Elle a institué une présomption de droit, avec le principe d'immédiateté de l'affiliation dès le dépôt de la demande de CMU sur critère de résidence, avec le basculement des anciens bénéficiaires de l'AMD et l'ouverture automatique du droit aux demandeurs et aux allocataires du RMI en CMU complémentaire.

Par ailleurs, le dispositif a prévu une certification sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur les formulaires, sous réserve de vérification par l'organisme d'assurance maladie compétent, ce qui constitue une nouveauté pour les caisses.

Sur ce point, la circulaire DSS n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en place de la CMU précise : « *Si la production de pièces justificatives, s'agissant des ressources, doit être encouragée, son défaut ne peut faire obstacle à l'attribution du droit. Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le formulaire et joint tous les éléments d'appréciation dont il dispose* ».

Ce principe de confiance se révèle, à l'usage, d'application difficile, et par conséquent inégale selon les organismes gestionnaires. La culture traditionnelle des caisses repose, en effet, sur l'existence avérée des conditions requises par la réglementation en préalable à l'ouverture des droits. Cette vérification a priori s'exerce, notamment, au moment de la première demande ou du renouvellement de CMUC, sur le montant des ressources au regard du plafond, avec un enjeu fort en termes d'équité, puisqu'un dépassement même infime de ce plafond exclut l'intéressé du bénéfice de la gratuité des soins et de la dispense d'avance de frais. La déclaration sur l'honneur, qui introduit un élément de souplesse dans un système par nature rigide, puisqu'elle supplée aux justificatifs manquants, peut être un moyen, pour un demandeur de mauvaise foi, de rompre l'égalité de traitement, d'autant que les contrôles ultérieurs de véracité des déclarations risquent de s'avérer illusoire.

Les responsables des caisses ont donc à gérer l'accès aux droits en essayant d'éviter que le système déclaratif ne fasse bénéficier des avantages de la CMU des personnes aux ressources en réalité supérieures au plafond, alors que l'accès au dispositif aurait été refusé à des demandeurs de bonne foi dépassant, à la limite à 1 franc près, le plafond réglementaire, au vu des pièces justificatives rassemblées par leurs soins et scrupuleusement remises aux services instructeurs. De leur côté, les agents comptables

sont habilités à s'assurer de la régularité de la dépense, notamment en vérifiant que le dossier d'attribution de la CMU est correctement constitué et que les pièces justificatives nécessaires sont jointes au mandat de paiement. Les déclarations sur l'honneur entrent dans ces pièces dans les conditions rappelées ci-dessus.

Après une première phase, depuis le 1^{er} janvier 2000, essentiellement tournée vers la détection et l'ouverture des droits des bénéficiaires, il paraîtrait utile de réfléchir désormais, parallèlement, à la méthodologie la plus pertinente pour assurer les contrôles nécessaires, d'ailleurs prévus par les textes et rappelés sur les notices jointes aux imprimés de demandes. Cette démarche est indispensable pour ne pas accréditer l'impression de laxisme et laisser se développer le malaise, plus ou moins latent dans les services, face à des cas, sans doute ponctuels et parfois caricaturaux, d'accès aux droits CMU injustifiés. Elle suppose que soient établis des plans de contrôle ciblés, dans un premier temps, sur des situations considérées comme aberrantes.

Ainsi, certaines caisses, comme celle de Paris par exemple, ont entrepris de demander des explications complémentaires aux demandeurs ayant déclaré sur l'honneur des ressources faibles ou nulles, alors que les pièces justificatives de la résidence font présumer le contraire, au vu notamment des quittances de loyer ou d'électricité ou des factures de téléphone. Ce contrôle de compatibilité entre les divers éléments constitutifs de la demande, lorsqu'il est pratiqué, s'avère assez efficace, aux dires des responsables des institutions gestionnaires, dans la mesure où une partie des intéressés ne répond pas et renonce – du moins dans cette caisse – à réclamer l'ouverture des droits. Lorsque la CPAM reçoit une réponse, celle-ci indique fréquemment que « *le montant du loyer... est réglé par un ami en France ou vivant à l'étranger* ». La preuve de la fraude est difficile à rapporter et les possibilités d'action du contrôle a posteriori de ce fait limitées ; modifier la réglementation, en permettant d'opposer un refus lorsque les ressources déclarées semblent incompatibles avec le train de vie, aboutirait à renverser la charge de la preuve et serait d'un maniement délicat.

3.1.7 Une connaissance imparfaite de l'assiette des cotisations à la CMU de base, pouvant entraîner des inégalités de traitement

A partir d'un cas particulier, la CPAM de Paris a appelé l'attention de la CNAMTS, qui vient d'en saisir le ministère, sur l'anomalie résultant, selon elle, de l'absence de plafonnement de la cotisation à la CMU de base, alors que la réglementation en matière d'assurance personnelle prévoyait un montant maximum de cotisation égal à cinq fois le plafond de sécurité sociale.

Certaines personnes disposant de revenus importants, provenant notamment de rentes, peuvent en effet être affiliées au régime général au titre de la CMU de base. Elles doivent alors acquitter une cotisation annuelle calculée sur le revenu fiscal de référence au taux de 8 %, déduction faite de l'abattement forfaitaire de 42.670 F (6.505 euros) correspondant au plafond annuel de ressources du régime de résidence. Cette cotisation peut atteindre un montant très élevé.

Or les textes en vigueur pour la CMU ne prévoient aucun plafonnement de cette cotisation, visée aux articles L. 380-1 et D. 380-2 du CSS. En revanche, l'article R. 380-5 dispose que, lorsque l'assuré n'a pas fourni les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable, celle-ci est fixée d'office par la CPAM, sur la base des

éléments dont elle dispose ou, « à défaut, sur la base d'une assiette ne pouvant excéder cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale ».

En conséquence, des assurés très aisés et bien informés ont tout intérêt à ne pas déclarer leurs ressources et à attendre une taxation d'office ainsi plafonnée, dont le montant (179.400 F par an en 2001) est sans commune mesure avec celui de la cotisation (plus de 1.500.00 F dans le cas évoqué par la CPAM de Paris). Selon la caisse nationale, la réglementation actuelle génère donc des inégalités de traitement au détriment de ceux qui déclarent leurs revenus.

C'est pourquoi elle suggère de prévoir un plafond de cotisation égal à celui appliqué en cas de taxation d'office, soit cinq fois le plafond de la sécurité sociale et de modifier en conséquence l'actuel article D. 380-1.

Cependant, comme le fait observer le ministère, un tel plafonnement, s'il annulerait la prime de fait à la non-déclaration, profiterait à la fraction des bénéficiaires de la CMU disposant des revenus les plus élevés. La taxation d'office sur la base de cinq fois le plafond de la sécurité sociale ne s'applique qu'à défaut de connaissance des ressources par la CPAM. Il convient donc de rechercher les voies et moyens permettant d'améliorer l'information des caisses sur les revenus des cotisants.

Il a été indiqué à cet égard à la mission que des contacts avaient été pris avec la direction générale des impôts, en vue de mettre en place des procédures de transmission aux CPAM des données fiscales ; si celles-ci devenaient effectives, les éléments à la disposition des caisses devraient leur permettre de procéder à des taxations d'office sur des bases réelles, ce qui pourrait, à terme, encourager les personnes concernées à déclarer leurs ressources aux caisses.

3.2 Une qualité de service au demandeur à améliorer dans certains domaines

Vis-à-vis de leurs usagers, les institutions de l'assurance maladie ont pour mission d'assurer l'accès à la protection sociale et d'appliquer les droits qui en découlent, notamment en leur versant des prestations en nature et en espèces leur permettant d'accéder aux soins dans des conditions de solvabilité satisfaisantes. Allant au-delà de la stricte observation des textes réglementaires et conventionnels, elles s'efforcent, depuis quelques années, de « *passer d'une culture de production à une culture de service* » et de promouvoir une « démarche qualité ». Celle-ci se traduit par une série d'engagements traduits par des systèmes d'indicateurs de résultats.

Les développements qui suivent ont pour objet de faire part de quelques constats concernant la gestion par les caisses de certaines phases des procédures CMU, sous l'angle de leur relation à l'utilisateur éligible à la loi et au regard de cette politique générale de qualité du service.

.3.2.1 La couverture du territoire et la détection des droits

3.2.1.1 Un maillage institutionnel suffisant dans l'ensemble pour couvrir les besoins courants d'accès aux droits

La loi portant création d'une couverture maladie universelle a confié aux caisses d'assurance maladie la gestion du dispositif. Il importe que celles-ci puissent offrir aux usagers un service de proximité de nature à favoriser l'accès aux droits des intéressés.

S'agissant du régime général, les CPAM, qui assuraient souvent la gestion de l'AMD par délégation du Conseil général, paraissent, dans l'ensemble, organisées pour garantir une couverture satisfaisante du territoire. Dans les six départements métropolitains visités, chaque centre de paiement couvre généralement de 35.000 à 50.000 personnes. Ainsi, par exemple, la CPAM de Rouen compte 12 centres pour une population générale de 546.785 personnes, dont 491.572 personnes protégées relevant du régime, soit une couverture moyenne de 45.565 personnes par centre de paiement. A ces unités principales s'ajoutent d'autres structures plus légères : en Seine-Saint-Denis, la CPAM de Bobigny dispose ainsi, en sus de ses 35 centres d'assurance maladie, soit un pour 39.514 personnes en moyenne, de 27 bureaux d'accueil fixes (dont 9 en secteur hospitalier), de 22 permanences itinérantes assurées par 3 camionnettes et d'un agent d'accueil à domicile intervenant sur rendez-vous auprès des personnes ne pouvant se déplacer.

Globalement, cette implantation décentralisée dans les départements constitue une réponse adaptée à la demande d'accès aux droits à la protection sociale, lorsque celle-ci émane de publics socialement intégrés ou accompagnés par des institutions relais travaillant en partenariat avec les CPAM. Pour ces populations, qui constituent l'essentiel des publics CMU, la détection des droits nécessite rarement de nouveaux investissements immobiliers ; les caisses doivent plutôt se concentrer sur la qualité de l'accueil et du traitement des dossiers, ainsi que sur le bon fonctionnement de leurs systèmes de coopération avec d'autres organismes périphériques.

Ce constat est sans doute à nuancer pour le régime agricole et, surtout, pour le régime des travailleurs indépendants, qui paraît moins proche physiquement de ses ressortissants, en dépit de l'appui des organismes conventionnés.

3.2.1.2 Une détection des droits résiduels non satisfaits impliquant des actions ciblées sur certains publics

En dépit des efforts consentis par les institutions, certains bénéficiaires potentiels de la couverture de base et de la CMU complémentaire n'accèdent pas aux droits que la loi leur reconnaît. Après en avoir nié l'existence, sauf à dose infinitésimale, les responsables locaux rencontrés par la mission admettent généralement que des gisements de droits non détectés ou non utilisés persistent çà et là.

Il est vrai que certains publics particuliers semblent difficiles à atteindre, même par les réseaux de proximité, soit du fait de leur isolement géographique, culturel ou linguistique, soit parce qu'ils développent des attitudes de rejet de la société et de toutes ses institutions, et répugnent à faire des démarches administratives pour accéder à un droit qui, n'ayant pas le caractère d'une allocation, ne devient important pour eux qu'en situation d'urgence sanitaire.

Il ressort des nombreux entretiens de la mission que les publics qui n'accèdent pas spontanément à leurs droits, mais sont identifiés à la suite de signalements sociaux ou à

l'occasion de soins d'urgence, sont fortement hétérogènes. Sont cités notamment les étrangers, relevant de divers statuts, les personnes itinérantes, sans domicile fixe et sans domiciliation stable auprès d'organismes agréés, notamment des jeunes en errance en rupture de lien familial ou encore, en milieu rural, des salariés agricoles géographiquement très dispersés.

Pour autant, l'application de la loi ne saurait être tenue pour satisfaisante si les organismes gestionnaires renonçaient à s'occuper de ces publics difficiles. En la matière, la détection des droits, visant à minimiser les gisements de droits non ouverts, passe par une identification des populations à risques et par un partenariat organisé entre les caisses et d'autres acteurs de terrain.

S'agissant de la CMU de base, les profils les plus fréquents des demandeurs du régime de résidence correspondent, selon les responsables des caisses rencontrées, soit à des personnes de nationalité étrangère – notamment des demandeurs d'asile –, soit à des résidents nationaux sans ressources, demandeurs d'emploi non indemnisés et allocataires du RMI.

En ce qui concerne les bénéficiaires de la CMU complémentaire, à côté des catégories citées plus haut, il faut relever le phénomène particulier des personnes aux ressources modestes et légèrement inférieures au plafond, qui n'émergeaient pas à l'aide médicale départementale, ni à d'autres formes d'assistance ; selon divers acteurs de terrain, ces personnes ne se considèrent pas comme des exclus et ne demandent pas le bénéfice de la CMU complémentaire à laquelle ils auraient pourtant droit, soit par sentiment de dignité, soit par ignorance.

Après les deux premières années de mise en place et de traitement de masse des renouvellements de droits, il apparaît souhaitable que les caisses d'assurance maladie organisent de façon plus systématique, en régime de croisière, la détection des droits de ces catégories de populations. L'élaboration et la mise en œuvre de projets, s'appuyant sur une connaissance plus fine des populations concernées et sur la définition de plans d'actions concrètes, pourraient reposer sur les cellules de détection des risques de précarité et d'exclusion mises en place dans de nombreuses caisses ces dernières années ; l'organisation de partenariats avec d'autres acteurs sociaux devrait en accroître l'efficacité.

Cette démarche serait tout à fait cohérente, par ailleurs, avec les orientations stratégiques des institutions et notamment, pour le régime général, avec la COG 2000-2003 et le projet de branche adopté en 2000 par la CNAMTS.

3.2.1.3 La détection dans les fichiers de situations anormales

Par une lettre au réseau en date du 14 novembre 2001, la CNAMTS a invité les caisses à détecter deux types de situations « équivoques ou atypiques ».

Certains bénéficiaires du RMI (régime 806) ne sont pas ou plus bénéficiaires de la CMUC : au 31 août 2001, 66.569 assurés et 47.305 ayants droit ne bénéficiaient pas du dispositif complémentaire en matière de santé, soit parce que les bénéficiaires du RMI n'avaient pas demandé le bénéfice de la CMUC, soit parce qu'ils n'étaient plus dans le

dispositif du RMI. Inversement, existent des doubles inscriptions dans les régimes obligatoires, notamment quand la fin du bénéfice au régime précédent n'a pas été inscrite par les services de la CPAM.

Au delà des corrections statistiques, les programmes de requêtes mis en place devraient permettre de détecter des cas de droits potentiels non reconnus.

.3.2.2 L'accueil physique et la réduction des délais

3.2.2.1 Les délais d'attente au guichet

Toutes les institutions rencontrées ont affiché dans leur charte qualité des objectifs d'amélioration de l'accueil, physique et téléphonique. Ces objectifs peuvent se résumer en trois mots : proximité, fluidité et qualité de l'accueil.

- La proximité dépend de la densité et de l'accessibilité du réseau d'accueil ; comme indiqué plus haut, l'implantation des caisses, notamment grâce aux permanences et aux formules d'accueil à domicile en complément des centres de paiement, répond assez bien à la demande des assurés en période normale. Elle s'est, en revanche, parfois avérée insuffisante pour faire face convenablement aux flux massifs d'usagers, soit lors de l'entrée en vigueur de la loi début 2000, soit aux dates limites prévues pour les renouvellements des droits CMUC.

En dehors de ces dates charnières, qui appellent des mesures de lissage du dépôt des demandes pour éviter des dysfonctionnements insupportables, les délais d'attente au guichet au titre de la CMU apparaissent assez variables, selon les constatations de la mission.

- La fluidité de l'accueil s'obtient en adaptant le dispositif d'accueil à la pression de la demande ; la réduction des délais d'attente, moyen et maximal, est un objectif affiché dans la plupart des caisses, car il répond à une exigence forte des usagers, et les phénomènes d'engorgement et de trop longue attente peuvent générer des réactions d'agressivité et de tension. Au vu des indicateurs figurant dans les tableaux de bord, les performances des caisses primaires sont très inégales : ainsi, dans les caisses visitées par l'IGAS en 2000 à l'occasion de l'enquête sur la détection des droits, les délais d'attente médians allaient de 6 à 12 minutes, mais ils s'échelonnaient sur le dernier décile entre 27 et 72 minutes. Les constats effectués dans le cadre de la présente mission, centrés sur l'accueil des demandeurs de CMU, rendent compte également de la diversité des situations .

Les mesures susceptibles d'améliorer ces indicateurs ne sont pas toujours totalement perçues par les caisses : trop d'entre elles raisonnent encore essentiellement en termes de moyens en personnel affectés à l'accueil, en soulignant les limites des redéploiements entre les différentes fonctions à exercer, ainsi que les réticences de certains agents à se trouver au contact immédiat du public. Pourtant, à moyens quantitatifs égaux, des progrès sensibles apparaissent, lorsqu'une réflexion en termes d'organisation est convenablement menée.

La gestion de la CMU a probablement accéléré cette réflexion sur la fonction d'accueil. La plupart des organismes rencontrés ont réparti les espaces entre ce qui relève du « pré-accueil », niveau d'orientation primaire et de réception de pièces, du « premier niveau », voire du « second niveau », incorporant un entretien personnalisé dans un box, de préférence insonorisé. Il est de moins en moins fréquent qu'une personne fasse longtemps la queue pour simplement déposer une feuille de soins, qu'il peut d'ailleurs mettre dans une boîte à lettres à l'intérieur des locaux de la caisse. Mais la gestion sur rendez-vous du dépôt des demandes demeure peu utilisée ; peu d'organismes sont équipés d'un logiciel de lissage des flux, qui constitue un outil technique approprié, dans les sites recevant beaucoup de public, pour faire face aux pointes d'affluence, le plus souvent prévisibles, en renforçant temporairement l'effectif des agents à l'accueil par des personnels occupés à des traitements administratifs.

- Enfin, la qualité de l'accueil renvoie à plusieurs critères, qui ont en commun le respect de l'utilisateur et le souci de prendre en compte ses attentes. Plusieurs facteurs paraissent déterminants : la configuration des locaux d'accueil et leurs modalités d'ouverture au public ; l'organisation générale des services, avec une certaine polyvalence des agents ; la formation des personnels, tout à fait essentielle, car l'accueil est un métier qui demande beaucoup de qualités : compétence technique, courtoisie, sens de l'écoute et du dialogue, mais aussi capacité à maîtriser la durée et le contenu de l'entretien pour être efficace.

L'existence de guichets et de files d'attente spécifiques aux dossiers CMU a été relevée dans plusieurs caisses. Cette organisation, que les responsables ont justifiée, à l'origine, par la nécessité d'accueillir les publics en cause par des agents spécialisés, puis par les impératifs du traitement de masse lors des campagnes de renouvellement de droits, devrait perdre sa raison d'être en régime de croisière, dans la mesure où l'ensemble des agents d'accueil sont désormais censés avoir la formation adéquate pour traiter les dossiers CMU. Les associations soulignent le caractère déplaisant de ces fléchages CMU, même si, pour la mission, ils ne revêtent pas la même signification « stigmatisante », voire dangereuse pour les intéressés, qu'une individualisation de l'accueil des étrangers en situation irrégulière, demandeurs de l'aide médicale de l'État. En définitive, il paraît souhaitable que les modes de gestion spécifique ne concernent pas l'accueil et soient limités, en aval, à la phase d'instruction des dossiers, hors la vue du public.

3.2.2.2 *Les demandes complémentaires de pièces justificatives*

Il s'agit d'un indicateur intéressant de la qualité de l'accueil et de l'information de l'utilisateur, dans la mesure où des renseignements mal donnés – ou mal compris par le demandeur – l'obligent à des démarches successives, retardent la prise de décision et, le cas échéant, l'accès aux droits et encombrant les services d'accueil de visites sans valeur ajoutée.

Les réponses au questionnaire de la mission apportées par les CPAM visitées témoignent, là encore, de la diversité des situations. A Rouen, le taux de demandes complémentaires serait très faible, en raison de la gestion par rendez-vous et de l'information préalable du demandeur ; inversement, à Bobigny, ce taux est actuellement estimé à 50 % , contre 80 % en janvier 2000, mais il faut tenir compte des

caractéristiques des publics reçus dans cette caisse, qui accueille notamment beaucoup d'étrangers. Il ressort à 16 % à La Rochelle, à 33 % environ à Montpellier et à 40 % à Evreux.

Ainsi, sauf à la CPAM de Rouen, le nombre de demandes complémentaires apparaît élevé et justifierait une analyse des procédures en vue d'en réduire le taux. Les solutions résident, en partie, dans les simplifications administratives générales, préconisées par la mission dans la suite du présent rapport ; elles dépendent aussi, comme le suggèrent les écarts entre caisses, de mesures internes visant à limiter les doubles ou triples visites des demandeurs.

Encore faut-il que les organismes gestionnaires n'exigent pas des demandeurs d'autres pièces justificatives que celles prévues par la réglementation. La pratique de certaines caisses a été, au moins dans les premiers mois de la réforme, de subordonner leur décision à des productions de pièces justificatives excessives. Ces errements, parfois dénoncés par les associations caritatives, ont, comme dit plus haut, concerné en particulier les demandes présentées par des personnes de nationalité étrangère, demandeurs d'asile et/ou étrangers ayant amorcé une procédure de régularisation de leur séjour. Ainsi, les premiers se voyaient parfois opposer le délai de résidence de trois mois, alors que celui-ci n'est pas exigé des demandeurs d'asile, y compris de l'asile territorial ; pour les seconds, était exigé la présentation d'un titre de séjour, alors que les textes d'application de la loi permettaient aux intéressés d'attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation ou rendez-vous en préfecture) qu'ils avaient déposé un dossier de demande de titre de séjour. Il s'ensuivait souvent une série d'allers-retours entre la préfecture et la CPAM, voire une attribution d'AME à des étrangers relevant juridiquement du droit à la CMUC. Ces errements n'ont pas totalement disparu : il est vrai que les modes de gestion des services des étrangers des préfectures ne facilitent pas le travail des caisses, selon divers témoignages.

La fréquence relative de ces pratiques a conduit l'Administration à rappeler les règles applicables en la matière dans une lettre ministérielle du 31 août 2001, déjà citée. La mission s'est assurée de sa réception et de son application par les caisses qu'elle a rencontrées postérieurement à la diffusion de cette circulaire ; il serait souhaitable, dans les départements où ces pratiques avaient été signalées, que les services déconcentrés de l'État s'assurent périodiquement que ces règles ne sont pas perdues de vue.

3.2.2.3 *L'entretien de recueil de la demande*

Même si une fraction non négligeable de dossiers de demande de CMU sont établis par les usagers eux-mêmes, avec le concours de leurs proches ou des institutions de proximité, la majorité d'entre eux sont déposés dans les centres de paiement des caisses d'assurance maladie, à l'occasion des entretiens avec les techniciens des organismes.

Dans certains cas, l'agent n'a qu'à vérifier que les différentes rubriques ont bien été remplies par l'intéressé et que l'ensemble des pièces justificatives requises sont jointes à la demande. Plus fréquemment, il doit expliquer les conditions d'accès au dispositif, voire remplir lui-même les différentes cases des formulaires et faire signer le demandeur. Au vu des investigations de la mission, la partie la moins bien comprise par les bénéficiaires, et souvent la moins bien expliquée, concerne l'exercice du droit

d'option de la CMU complémentaire par la caisse ou par un O.C.

Le profil des demandeurs, plus que la complexité intrinsèque du système, explique la longueur des entretiens. Selon les réponses au questionnaire de la mission, la durée moyenne de l'entretien, lorsque le dossier est complet, est évaluée à 30 minutes à la CPAM de La Rochelle, à 40 minutes à celle de Rouen, entre 45 et 60 minutes à celle de Paris et à 60 minutes à celle d'Evreux. La caisse de Montpellier la situe entre 15 et 20 minutes ; celle de Bobigny fait état d'une durée moyenne de 15 minutes, contre 30 minutes début 2000, et attribue ce raccourcissement à l'expérience acquise par des agents désormais mieux formés.

Une information précise et complète lors du premier contact fait gagner beaucoup de temps. Néanmoins, même lorsque l'ensemble des pièces sont fournies, l'entretien entre le demandeur et le technicien de la CPAM pour l'attribution de la CMUC dure, au vu des constats de terrain de la mission, entre 30 et 45 minutes : vérification du remplissage des cases et de la communication des pièces justificatives de la résidence, de la composition du foyer et, surtout, des ressources sur les douze derniers mois ; recueil, le cas échéant, de la déclaration sur l'honneur ; explications sur le choix de l'organisme gestionnaire de l'assurance gestionnaire, impliquant la présentation de la liste des O.C. inscrits et la possibilité de bénéficier du contrat à tarif préférentiel pendant un an en cas de choix d'un organisme complémentaire, etc...

La durée moyenne est normalement plus brève pour un renouvellement de droits que pour une première demande. Elle recouvre des réalités différentes, et résulte du poids relatif des cas difficiles par rapport aux dossiers simples remplis en quelques minutes. Les écarts relevés entre les CPAM rencontrées suggèrent cependant la possibilité de marges de progression.

Il ne s'agit pas de rechercher des gains de temps dans une optique classique de productivité. L'accueil, l'information et l'aide au remplissage font partie des nouvelles fonctions sociales des agents des caisses au service des publics en difficulté ; ces fonctions doivent être exercées avec soin et prennent naturellement du temps. Les mesures de simplification administrative, recommandées plus loin, pourraient contribuer à réduire le temps nécessaire à un entretien de qualité. La formation des personnels constitue également un paramètre sur lequel les responsables des caisses doivent compter pour assurer une rotation plus rapide des entretiens, sans nuire à la qualité du service rendu à l'utilisateur.

.3.2.3 L'instruction de la demande et la notification de la décision

3.2.3.1 L'application du principe d'immédiateté en matière de CMU de base

La garantie de l'effectivité du droit à une couverture de sécurité sociale relève de trois principes fondamentaux :

- immédiateté : toute personne déclarant ne pas bénéficier d'une couverture de base est affiliée sans délai au régime général d'assurance maladie sous critère de résidence, ainsi que ses ayants droit ;

- continuité des droits : une caisse ne peut cesser de verser des prestations à une personne affiliée sur critère de résidence que si elle a préalablement vérifié qu'une autre caisse prend le relais à un autre titre ;
- contributivité : seules les personnes dont le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition est supérieur à un seuil fixé par décret (42.000 F en 2000, 42.670 F actuellement) sont redevables d'une cotisation.

Le principe d'immédiateté est posé par l'article 4 de la loi, qui introduit un article L. 161-2 du code de la sécurité sociale ainsi rédigé : « *Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime.* » Il constitue un des apports essentiels de la loi, en inversant la charge de la preuve et en instituant une présomption de droit qui représente une novation importante pour les organismes d'assurance maladie. Il importe particulièrement de veiller à ce qu'il soit respecté.

L'application de ce principe, rappelé par la lettre ministérielle du 6 décembre 1999 et par la circulaire n° 99-701 du 17 décembre 1999, a été précisée par la circulaire n° 2000-21 du 12 janvier 2000. S'agissant de la date d'effet de l'affiliation, la circulaire distingue :

- le cas général : « *l'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse primaire d'assurance maladie reçoit la déclaration que lui a faite l'intéressé. Le droit à prestation en nature de l'assurance maladie et maternité est ouvert à compter de cette même date* » ;
- les cas particuliers : il est prévu notamment que « *si la déclaration de l'intéressé n'est pas accompagnée des pièces justifiant de la stabilité et, s'il y a lieu, de la régularité de sa résidence sur le territoire, la caisse primaire dispose d'un délai de deux mois pour l'inviter à produire les pièces nécessaires dans les deux mois suivants... Lorsque les pièces sont fournies par l'intéressé dans le délai de deux mois, l'affiliation prend effet à la date de déclaration initiale ou à la date à laquelle les conditions de résidence stable et régulière posées à l'article L.380-1 sont remplies si cette dernière date est postérieure* ».

Dans l'ensemble, l'immédiateté semble effective dans le cas général où le dossier est complet. Il existe cependant, parfois, une confusion dans l'esprit des intervenants sociaux apportant leur concours aux demandeurs entre la date d'ouverture du droit et celle de la notification de la décision, postérieure de quelques jours à l'entrée dans les droits. Ainsi, à la CPAM de Rouen, le délai moyen entre la constitution du dossier complet et la notification de la décision est évalué à 5 jours ouvrés. Cette caisse a estimé à 42 minutes la durée moyenne de l'instruction du dossier, soit 30 minutes pour la saisie Base + Perla, 2 minutes pour l'édition des notifications, 5 minutes pour le temps passé

au téléphone et 5 minutes pour la mise à jour des cartes Vitale. La saisie informatique est lourde en raison de la nature familiale de la plupart des demandes, qui implique des recherches sur plusieurs numéros d'identification et des récapitulatifs des ressources des différents membres du foyer.

L'application de la loi semble plus difficile pour les cas particuliers, notamment, comme indiqué plus haut, lorsqu'il s'agit de compléter le dossier par un moyen de preuve de la régularité du séjour, pour les personnes de nationalité étrangère.

Enfin, une grande association caritative a dénoncé en septembre 2001 des « *dysfonctionnements et violations du droit* » à Paris et en Ile-de-France : selon elle, le principe d'immédiateté n'est pas respecté à Paris, « *du fait en particulier de l'organisation pratiquement systématique de rendez-vous CMU* ».

La mission a pu constater, notamment en se rendant dans un des centres d'assurance maladie de cette caisse, la réalité de cette gestion sur rendez-vous : celui-ci est actuellement fixé à environ un mois après le premier accueil. A l'inverse, tout signalement pour urgence médicale ou sociale, émanant d'un établissement hospitalier, d'une association avec un certificat médical ou d'un travailleur social, est traité le jour même : les éléments du dossier sont transmis par fax au centre d'instruction de Bercy et la décision parvient au centre dans les 48 heures par le même canal.

3.2.3.2 *Les délais de traitement des demandes en matière de CMU complémentaire*

Aux termes du troisième alinéa de l'article L. 861-5 du code SS (article 20-III de la loi), la décision d'attribution de la CMUC « *doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret* », soit, en vertu de l'article R. 861-16 -II, « *dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse d'assurance maladie compétente du dossier complet de demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé* ». La circulaire du 17 décembre 1999, déjà citée, précise notamment que « *les procédures d'instruction doivent permettre d'attribuer le droit dans des délais très brefs. C'est d'autant plus nécessaire que le droit court à compter de la date de la décision. Le respect des recommandations prévues au I et au II doit permettre de prendre les décisions bien avant l'expiration du délai réglementaire de deux mois...* »

Sauf exception rare, le délai maximal de deux mois est respecté par les caisses, ce qui limite en pratique les décisions implicites d'acceptation prévues par les textes en cas de dépassement de ce délai réglementaire. A Paris, la CPAM reconnaît qu'elle se situe autour de ce délai maximum, mais espère revenir à un mois après la campagne de renouvellement des droits. Cependant, en dépit de progrès constatés en 2001 par rapport aux premiers mois d'application de la loi, les CPAM éprouvent quelques difficultés à respecter l'ensemble des prescriptions ministérielles.

En premier lieu, la circulaire du 17 décembre 1999 indique : « *Dès réception du dossier, la caisse vérifie qu'il est complet. Si c'est le cas, elle envoie au demandeur un récépissé mentionnant notamment la date du dépôt. Si le dossier est incomplet, elle envoie au demandeur un avis comportant les éléments à fournir* ». Sur ce point, les investigations de la mission font ressortir la pratique de délivrance d'attestations provisoires de droits.

Ainsi, par exemple, la CPAM de Montpellier remet à l'intéressé, le jour du dépôt de sa demande, un récépissé attestant de la remise du dossier, qui comprend la mention suivante : « *Ce justificatif vous permet de justifier provisoirement de vos droits auprès des professionnels de santé et des établissements de soins, dans l'attente des justificatifs définitifs* ». L'ouverture provisoire des droits vaut pour une période d'un mois à compter de la date du dépôt ; dans les cas vérifiés, qui portent pour la plupart conjointement sur la CMU de base et sur la CMUC, la notification d'affiliation au titre de la CMU de base est intervenue dans les cinq jours, et celle au titre de la CMUC plus tardivement, mais avant l'échéance d'un mois.

Le délai de traitement peut être très bref lorsque des techniciens sont habilités à pratiquer l'accueil-traitement ; c'est le cas, par exemple, des conseillers techniques et sociaux en assurance maladie de la CPAM de Paris assurant des permanences en milieu hospitalier ou associatif, qui délivrent dès la fin de l'entretien de dépôt de la demande une attestation provisoire à présenter aux professionnels de santé. En revanche, la procédure d'instruction est centralisée au centre Bercy, ce qui implique une addition des délais entre la réception des dossiers dans les centres de paiement, qui vérifie s'ils sont complets, puis la transmission à Bercy, les compléments de pièces demandés le cas échéant par ce service centralisé, l'instruction et enfin la notification de la décision au demandeur.

Le délai moyen de traitement de la demande, mesuré de la constatation du dossier complet à la notification de la décision d'accord ou de rejet, apparaît extrêmement variable d'une institution gestionnaire à l'autre. En avril 2000, les caisses rencontrées par l'IGAS dans le cadre de la mission sur la détection des droits s'échelonnaient entre 2 et 41 jours, avec parfois une différence nette entre les dossiers déposés en centre de paiement et ceux adressés par courrier. Cette dispersion se confirme, au vu des performances des CPAM visitées par la mission :

- le délai moyen ressort à 3 jours à Montpellier, à 5 jours à Rouen et à Bobigny ; la CPAM de La Rochelle indique 7 jours pour une première demande ;
- la plupart des caisses visitées ne font pas de différence entre dossiers déposés à la caisse et dossiers transmis par courrier ; en revanche, la CPAM de Bobigny mentionne 3 jours dans le premier cas et 10 jours dans le second cas ;
- toutes les caisses, hors Paris, font état d'un raccourcissement important des délais de traitement entre 2000 et 2001, en raison d'une meilleure technicité des agents et de directives plus précises : le pourcentage de dossiers traités dans un délai inférieur ou égal à 30 jours est ainsi passé à Evreux de 60 % en 2000 à 90 % en 2001, ce qui correspond à l'objectif fixé par la CNAMTS, qui est tenu par l'ensemble des institutions rencontrées par la mission ;

L'affichage de ces délais est parfois contesté par des organismes relais apportant leur concours aux demandeurs de CMUC. Selon eux, la date de dépôt prise en compte par la caisse est parfois très postérieure à la date de remise des dossiers par les demandeurs ou par l'organisme accompagnateur, ce qui aboutit à un délai de traitement plus long que celui annoncé et à un décalage de la date d'ouverture des droits. Pour la mission, ces controverses devraient être évitées grâce à la formalisation, dans des documents

bilatéraux engageant la caisse et ses principaux partenaires, des procédures administratives à suivre en ce qui concerne la date de remise des dossiers de demande, la certification du caractère complet du dossier et l'envoi, le cas échéant, d'une copie de la notification de la décision à l'organisme, en particulier lorsque celui-ci assure la domiciliation du demandeur.

Enfin, l'article L. 861-5 dispose, dans son quatrième alinéa, que « *lorsque la situation du demandeur 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 prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1* ». La circulaire du 17 décembre 1999 donne une interprétation large des cas où l'admission dès le dépôt de la demande est justifiée par la nécessité de donner un accès effectif aux soins des personnes dont la situation l'exige. Ainsi, « *l'admission dès le dépôt de la demande devra être prononcée non seulement quand des soins immédiats ou programmés sont nécessaires mais aussi lorsqu'il apparaît indispensable, compte tenu de leur situation sociale, que les personnes bénéficient sans délai de la possibilité de recourir au système de santé... Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés et établissements de santé... qui ont transmis la demande. Dans ce cas, les caisses doivent prendre toutes dispositions pour que cette notification de droit à la protection complémentaire en matière de santé soit délivrée dans la journée à l'intéressé et le cas échéant parvienne par tout moyen (notamment par télécopie) à l'organisme auprès duquel l'intéressé a présenté sa demande* ».

Les indications recueillies par la mission laissent penser que ces prescriptions ne sont pas toujours appliquées. Elles sont parfois ignorées par les intervenants sociaux, et les caisses ne sont pas forcément disposées à les exécuter à la lettre. Là encore, un complément de formation des agents des caisses et des acteurs sociaux, ainsi que l'organisation des partenariats entre les CPAM et les institutions relais, notamment les PASS en milieu hospitalier, sont les réponses les plus adaptées.

3.3 Un partenariat institutionnel insuffisamment développé et affecté par le désengagement des CCAS

La loi du 27 juillet 1999 dispose en son article 4 (nouvel article L.161-2-1 du code S.S.) : « *Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé* ». Cet article 4, qui concerne les régimes obligatoires, a son corollaire pour la protection complémentaire à l'article 20 de la loi (nouvel article L. 861-5 du code S.S.).

Le dispositif d'accès aux droits CMU prévoit donc un partenariat entre les caisses d'assurance maladie gestionnaires et des institutions sociales de proximité pouvant « *apporter leur concours aux intéressés* » et jouer un rôle très utile de relais entre les publics concernés et les caisses. Les éléments recueillis, notamment à travers l'exploitation des remontées d'information des DRASS et les constats de terrain, montrent que de très nombreux acteurs, travailleurs sociaux et associations à

compétence générale ou spécialisée, nationale ou locale, sont mobilisés sur les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'appui au service de ces populations, souvent dans le prolongement d'actions de lutte contre la précarité initiées avant la loi CMU. La coopération avec les caisses semble cependant d'une qualité variable d'un département à l'autre.

Le présent rapport met l'accent sur trois points de portée générale qui paraissent préoccupants : au sein du régime général de sécurité sociale, la collaboration encore trop faible entre les CPAM et d'autres institutions du régime général (services des CRAM et CAF) ; le désengagement de nombreux centres communaux (ou intercommunaux) d'action sociale (CCAS) ; les cas de non respect de la loi en matière de domiciliation des personnes sans domicile fixe (SDF).

3.3.1 Une coopération encore trop limitée entre les CPAM et d'autres institutions du régime général

3.3.1.1 Le partenariat avec les services des CRAM

En application de l'article 16 du décret du 5 avril 1968, « *les caisses régionales d'assurance maladie organisent le service social pour l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie de leur circonscription* ». Dans ce cadre, plusieurs circulaires, notamment celle signée conjointement par la CNAMTS et la CNAV le 16 août 1993, ont prévu la mobilisation du service social des CRAM et la mise en œuvre de procédures de détection des précarités, grâce à la coordination et à la complémentarité des services administratifs des caisses primaires et des services sociaux des caisses régionales. Plus récemment, la circulaire CNAMTS du 31 décembre 1999 a précisé le rôle du service social des CRAM au regard de la mise en œuvre de la CMU. A cette occasion, elle a précisé que « *des avenants aux conventions passées entre CPAM, CRAM et échelons du service médical doivent être signés en vue d'organiser les modalités de signalement et d'orientation des personnes nécessitant un accompagnement spécialisé* ».

Pourtant, ces conventionnements sont encore loin de couvrir l'ensemble du territoire. Fin mars 2000, seulement 73 CPAM sur 129 étaient concernées par des accords de partenariat. Le bilan présenté en juin 2000 lors d'une réunion des responsables régionaux des services sociaux confirmait l'importance des marges de progression possibles, pour améliorer la coopération sur l'accès aux droits, l'accès aux soins et les actions de formation mutuelle et de partage de savoir et de savoir-faire.

Sur les sites visités en 2000 par l'IGAS dans le cadre de son enquête sur la détection des droits, les collaborations apparaissaient variables, en termes de champ couvert et de formalisation. La CPAM du Cher avait défini plusieurs axes de travail avec la CRAM du Centre, notamment l'expérimentation sur Vierzon d'un accompagnement social collectif des bénéficiaires de la CMU. Un projet de convention entre la CPAM de Metz et le service social de la CRAM de Strasbourg (unité de Metz), avait été esquissé en avril 1999. Les CPAM de Lille et de Toulouse n'avaient pas signé de complément CMU aux conventions passées respectivement en 1998 et 1999 avec les CRAM compétentes, notamment pour organiser les permanences d'accueil du service social dans les locaux de la caisse primaire, gérer diverses procédures de signalement et préparer en

concertation les dossiers soumis aux commissions d'action sanitaire et sociale. En Bretagne, un « accord cadre de partenariat institutionnel » signé en juin 2000, dans la continuité des accords triennaux de 1993 et de 1996, énonçait cinq propositions d'objectifs à décliner dans le cadre de protocoles locaux. Enfin, la convention CRAM/CPCAML de Lyon du 9 mai 2000 contenait des dispositions précises sur l'instruction des dossiers ; l'établissement de procédures de signalements et de traitement ; une information spécifique en faveur des publics précarisés ; un programme d'accompagnement de la santé adapté aux préoccupations des bénéficiaires de la CMU ; la formation par le service social de la CRAM des personnels d'accueil de la caisse primaire.

La mission a rencontré notamment le directeur et la responsable régionale du service social de la CRAM de Languedoc-Roussillon, qui ont fait état de « l'offre de service social dans le domaine de la CMU » proposée aux CPAM de la région. Celle-ci porte sur trois points : les bénéficiaires potentiels de la CMU ; les futurs « exclus » de la CMU complémentaire ; les difficultés d'accès aux soins, suite aux signalements des « *comportements d'évitement de la part des praticiens ou fournisseurs qui soit font régler les actes, soit refusent d'intervenir* ». Dans l'Hérault, une coopération s'est concrétisée avec la CPAM de Béziers, dans le cadre des politiques d'action sanitaire et sociale pour les personnes exclus de la CMUC. En revanche, le projet de collaboration technique entre la CRAM et la CPAM de Montpellier n'était pas finalisé, le directeur de la CPAM souhaitant, au préalable, poser clairement les principes directeurs de ce partenariat en veillant au respect des champs de compétence et de responsabilité des différentes institutions et préciser plus concrètement les engagements opérationnels des parties, ainsi que les moyens d'exécution et de suivi.

La CPAM de Bobigny a conclu avec la CRAM de l'Île-de-France (CRAMIF), en décembre 2000, un protocole d'action concertée qui porte, pour l'essentiel, sur la définition de critères pour l'orientation des bénéficiaires de la CMU : sont orientés vers le service social les jeunes de 16-25 ans, les personnes percevant des minima sociaux sans référent social et des personnes susceptibles de bénéficier de la CMU, ayant engagé des frais médicaux antérieurs à la demande de la CMU ; les usagers du service social qui n'ont pas entrepris les démarches administratives nécessaires pour bénéficier de la CMU sont, quant à elles, orientées vers la CPAM. Un protocole du même type lie la CRAMIF à la CPAM de Paris.

Les enquêtes qualitatives menées sur le terrain à la demande de la DREES évoquent cette collaboration : ainsi, la CRAM concernée par deux des terrains étudiés, qui a intégré volontairement les réseaux en faveur des populations précaires dans le cadre du PRAPS et des CASU, tient à valoriser sa mission d'accès aux soins, laissant aux CPAM la fonction d'accès aux droits. Elle marque ainsi une volonté de se démarquer de l'image administrative des caisses primaires, comme l'exprime un de ses responsables cité par le rapport d'enquête : « *la CPAM voulait des relais, mais nous ne tenions pas à être assimilés à des écrivains publics* ».

A la lumière de ces différents constats, il apparaît que les coopérations nécessaires s'avèrent parfois difficiles à mettre en place, en raison des différences de culture, du souci de chacun de privilégier son champ d'action et ses méthodes, de divergences sur les priorités. Il est pourtant indispensable que les institutions de l'assurance maladie,

tout en respectant leurs attributions spécifiques, démontrent leur capacité à travailler ensemble, dans l'intérêt des publics en difficulté, et développent des partenariats exemplaires.

3.3.1.2 La collaboration avec les CAF

Les relations entre les CPAM et les CAF utiles pour la gestion du dispositif CMU peuvent revêtir deux formes : la première, relativement courante, porte sur les échanges de données informatisées, qui pourraient toutefois être élargies et systématisées ; la seconde, exceptionnelle à la connaissance de la mission, concerne le partenariat des services administratifs et des travailleurs sociaux des deux institutions, dans le cadre de la prévention de la précarité et de la facilitation de l'accès aux droits.

➤ Les échanges de données informatisées

En accord entre les deux caisses nationales, il a été prévu en mars 2000 que les CAF transmettraient mensuellement aux CPAM les noms des personnes entrées et sorties du RMI par des échanges de données informatisées. Par rapprochement des fichiers, les CPAM seraient ainsi en mesure de détecter les allocataires du RMI qui ne bénéficient pas de la CMUC, et de les contacter pour les informer de leurs droits.

La plupart des caisses primaires rencontrées par la mission font état de relations fréquentes et d'échanges de données avec la CAF, notamment pour ce qui concerne les allocataires RMI, mais ces relations ne sont pas toujours formalisées par des conventions.

Sur ce point, les réponses des caisses primaires au questionnaire de l'IGAS montrent des situations disparates, allant de l'absence d'échanges ou de « *coordination, en cas de besoin* » à des coopérations plus structurées. Les deux institutions ont eu nécessairement à travailler ensemble fin 1999 pour préparer le basculement du fichier de l'AMD et identifier les bénéficiaires du RMI et de l'assurance personnelle dont les cotisations étaient prises en charge par la CAF. Au-delà, plusieurs caisses primaires ont eu accès aux données figurant dans l'application « CAFPRO » de la CNAF : une habilitation individuelle permet aux assistants de service social et aux techniciens CMU de la caisse d'interroger cet applicatif. A Paris, la convention type du 7 avril 2000 entre les deux institutions précise que « *ce service est ouvert uniquement aux agents chargés de la couverture maladie universelle des bénéficiaires du RMI* » ; les informations accessibles concernent le nom, prénom, date de naissance de l'allocataire, du conjoint, des enfants et autres personnes à charge ; le NIR de l'allocataire et des autres personnes ; l'adresse ; enfin, la date de début et de fin de droit.

La mise à disposition de la CPAM du fichier RMI de la CAF n'est pas pratiquée partout : à Montpellier, elle a été consentie en juin 2001, à titre exceptionnel, ce qui a permis de procéder localement à la prolongation des droits à la CMU complémentaire des assurés qui n'avaient pas donné suite à la demande de constitution du dossier de demande de renouvellement, évitant ainsi la rupture des droits ouverts aux intéressés. A La Rochelle, l'édition d'un listing par le centre informatique de la CPAM, après échange de données sur les allocataires de la CAF, a conduit à corriger le fichier assuré central (FAC) et le fichier Base Ressources, et, en sens inverse, à rectifier des indications erronées (numéro de sécurité sociale) dans le fichier de la CAF. Parfois, ce

sont des échanges manuels permettent à la CPAM d'avoir connaissance du dépôt des demandes de RMI et des notifications d'attribution ou de suppression de l'allocation.

Dans le cadre réglementaire actuel, et sans préjudice d'une recherche plus générale d'harmonisation des bases ressources des différentes prestations sociales, les échanges de données informatisées devraient s'intensifier, par la voie d'accords nationaux entre les deux institutions et dans le respect des décisions de la CNIL. L'accès automatique à diverses données gérées par la CAF se traduirait, en effet, par des simplifications administratives importantes pour la constitution des dossiers de CMU, notamment en ce qui concerne l'actualisation de la composition du foyer et la connaissance des ressources sociales. En particulier, il semblerait utile que ces accords prévoient la livraison mensuelle – et non exceptionnelle – du fichier des bénéficiaires du RMI aux CPAM, afin d'améliorer en routine les traitements automatiques de prolongation des droits à la CMU ; la consultation des historiques de paiement des prestations servies par les CAF, notamment l'AAH et l'API, est également souhaitée par nombre de caisses primaires.

Une mesure est intervenue tout récemment dans ce sens. La CNAMTS a en effet diffusé le 4 décembre 2001 au réseau des CPAM une information relative à l'élargissement de l'accès à l'application CAFPRO aux agents gérant la CMU, afin d'éviter de questionner les CAF sur le montant des prestations réellement servi. A la demande conjointe de la CNAMTS et de la CNAF, la CNIL a autorisé cet élargissement de l'accès au bénéfice d'un nombre restreint de personnels des CPAM, qui pourront être habilités par voie de convention entre les caisses. Le nouveau « profil T6 » autorise cet accès pour les agents ayant à traiter de la CMU et de la CMUC pour les bénéficiaires du RMI ou d'autres prestations ; il porte sur les renseignements suivants : nom, prénom, date de naissance de l'allocataire, du conjoint, des enfants et des autres personnes à charge ; NIR de l'allocataire et du conjoint ; adresse de l'allocataire ; pour le RMI : notion de résidence stable ou non stable ; droit RMI en cours ou date de fin de droit ; montant des droits valorisés, avec un historique de 24 mois, dates de début et de fin de droit pour chaque prestation. Cet accord devrait faciliter l'application de la circulaire ministérielle n°99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU, dans la mesure notamment où il favorisera la prise en compte des situations réelles des demandeurs, chaque fois que celles ci sont plus favorables aux demandeurs que l'application des forfaits de prestations familiales.

Cependant, le développement de ces échanges de données informatisées est contrarié, sur le plan technique, par l'hétérogénéité des identifiants. En effet, les CAF n'utilisent pas pour leur propre gestion le numéro d'identification de l'assurance maladie, mais leur numéro d'allocataire CAF. Les caisses d'assurance maladie demandent que l'emploi du code INSEE d'assurance maladie soit utilisé, de préférence au numéro d'allocataire, afin de faciliter les échanges entre les deux institutions. La mission souscrit à ce vœu, déjà formulé dans le passé, qui permettrait, sans risque réel de stigmatisation, de simplifier considérablement les procédures, dans l'intérêt même des usagers.

Elles souhaiteraient également utiliser les déclarations de ressources annuelles effectuées par les allocataires auprès des CAF, mais les bases ressources demandées ne sont pas les mêmes, comme indiqué plus haut : ressources imposables et non imposables des douze mois civils précédant la demande en matière de CMU complémentaire ; revenu fiscal de référence pour la CMU sur critère de résidence.

- Les partenariats en matière de prévention de la précarité : l'exemple du service commun CPAM/CAF dans le Cher

Les travailleurs sociaux des deux institutions ont l'occasion de se concerter sur des signalements de cas individuels ou au sein d'instances collectives de lutte contre les exclusions. Il est rare, néanmoins, que ces collaborations prennent une forme institutionnelle.

L'enquête menée par l'IGAS en 2000 sur les pratiques de détection des droits des usagers a évoqué la création, en novembre 1999, du service commun d'Aide à la Prévention de l'Exclusion Locale (APEL) de la CPAM et de la CAF du Cher. Composé de deux techniciens (CPAM et CAF), assistés par trois agents administratifs, ce service commun anime un dispositif fonctionnant en complémentarité avec un réseau de partenaires relais. Ses missions principales consistent à « *ouvrir des droits à ceux qui en sont dépourvus ; à prévenir les ruptures de droits ; à développer les solidarités et l'exercice de la citoyenneté ; à orienter vers des actions de prévention ; à favoriser la prise en charge des besoins de santé ; à faciliter la fonction parentale* ».

Les résultats obtenus montrent l'intérêt de ce type de coopération, notamment pour la détection des droits des publics difficiles évoquée plus haut, en matière de CMU comme d'autres droits sociaux.

3.3.2 Le désengagement de nombreux CCAS pose le problème du rôle de ces structures dans le dispositif CMU

3.3.2.1 Une lecture de la loi divergente, conduisant à un litige devant le Conseil d'État

Dans son dernier alinéa, l'article 4 de la loi renvoyait la définition de ses modalités d'application à un décret en Conseil d'État, non paru à ce jour. Dans sa lettre du 6 décembre 1999 relative à la mise en place de la CMU, la ministre de l'emploi et de la solidarité précisait : « *Les CCAS devraient à cet égard conserver une place centrale, en aidant les demandeurs de RMI ou de CMU qui s'adresseront à eux. J'ai demandé aux Caisses nationales de prévoir les liaisons rapides qui permettront aux CCAS et aux autres organismes sociaux habilités d'apporter sans délai aux demandeurs les réponses dont ils ont besoin concernant la couverture de base ou la CMU complémentaire* ». Le guide destiné aux personnes relais rappelait, dans sa fiche n° 4, le rôle des CCAS dans ce domaine : « *aider les demandeurs à constituer leurs dossiers, recevoir leurs demandes (CMU de base ou complémentaire) et les transmettre aux caisses d'assurance maladie* ».

Ces dispositions ont été mal vécues par les CCAS pour deux raisons :

- ces structures étaient des intervenants majeurs de l'aide médicale départementale. Avant la réforme de 1992, elles contribuaient à la formulation de l'avis du maire avant examen en commission d'admission à l'aide sociale et décision du département ; depuis, compte tenu de la suppression de cet avis, elles n'avaient plus à instruire les demandes mais assuraient, dans la plupart des départements et en accord

avec les Conseils généraux, l'accueil et l'information des demandeurs d'AMD et l'aide à la constitution des dossiers, l'assemblée départementale restant compétente, en dernier ressort, pour prendre la décision d'admission. Les CCAS se sont sentis rejetés des procédures CMU, dont l'instruction est confiée aux seuls organismes de sécurité sociale, alors que les publics concernés par la réforme - notamment RMistes, étrangers, SDF - étaient des habitués des centres communaux, structures présentant, par rapport aux caisses d'assurance maladie, l'avantage de la proximité pour les populations en difficulté. De surcroît, la formulation du second alinéa de l'article 4 de la loi, cité plus haut, relatif au concours aux demandeurs de CMU, évoque les « services sociaux » sans nommer expressément les CCAS, contrairement au troisième alinéa, concernant la domiciliation des SDF. Cette rédaction a été ressentie par les intéressés comme une méconnaissance, par le législateur, du rôle éminent des centres communaux en matière d'accompagnement social et de lutte contre les exclusions ;

- à ces aspects d'ordre politique et psychologique s'est ajoutée une préoccupation financière immédiate : nombre de CCAS (90 % d'après l'UNCCAS) recevaient en effet une rémunération à l'acte du conseil général pour l'instruction des dossiers d'AMD. La perte de ces recettes les a incités à redéployer leurs personnels vers d'autres tâches hors CMU, voire à en réintégrer une partie dans les services communaux. A titre indicatif, d'après les informations fournies par les services des conseils généraux des départements visités par la mission, cette rémunération était la suivante dans les deux départements ci-après :

Charente-Maritime : barème progressif en fonction du nombre de dossiers (dont 147 F au-dessus de 500 dossiers traités par an) ;

Seine-Maritime: budget de 1.187 KF en 1999 pour 10.774 dossiers rémunérés, soit en moyenne 110 F/dossier ; en 2000, budget de 375 KF pour 3.520 dossiers (106 F/dossier) ;

Les interlocuteurs rencontrés par l'IGAS en 2000 en Haute-Garonne avaient évalué à 150 F par dossier le montant moyen de ces rémunérations au niveau national.

Dès les premiers mois d'application de la loi, la situation sur le terrain s'est avérée diversifiée, comme le montraient les remontées d'information des DRASS et les observations de l'IGAS dans les départements visités au titre du rapport sur la détection des droits. Dans l'ensemble, les CCAS, soit pour se conformer aux positions de leur Union nationale (UNCCAS) exposées ci-après, soit de leur propre initiative, se sont peu impliqués dans le dispositif, intervenant sur le pré-accueil et la remise de l'imprimé de demande, mais beaucoup plus rarement sur l'aide au remplissage du formulaire et sur la réception/certification/transmission aux caisses des pièces justificatives.

Cette situation a conduit, au printemps 2000, l'UNCCAS à proposer au ministère et à la CNAMTS l'adoption, à l'échelon national, d'un cadre conventionnel de référence précisant les fonctions attendues des CCAS et les relations partenariales entre ceux-ci et les caisses d'assurance maladie. Le projet de convention préparé par l'UNCCAS distinguait, s'agissant du rôle des structures communales, les fonctions d'accueil/information/orientation des usagers, gratuites car constituant leur métier de base, et les fonctions de pré-instruction en amont de la décision de la caisse, induisant

un coût estimé en moyenne à 200 F par dossier, destiné, selon l'UNCCAS, à constituer la « *contrepartie financière prenant en compte les moyens mobilisés par les CCAS, en dehors de toute compétence légale, pour assurer une mission incombant de par la loi aux organismes d'assurance maladie* ».

Cette proposition de conventionnement n'a pas reçu l'accord de la CNAMTS ni du ministère de l'emploi et de la solidarité, qui a apporté une réponse à ces interrogations avec la circulaire DSS/DAS/DIRMI du 5 juillet 2000. Celle-ci précise le rôle des organismes habilités à apporter leur concours aux demandeurs :

- « *assister les intéressés pour remplir les formulaires de demande, rassembler les pièces justificatives et vérifier que le dossier est signé et entièrement rempli de manière à permettre une exploitation aisée des informations reçues sans qu'il soit besoin de recourir à une demande d'instruction complémentaire ;*

- *transmettre le dossier à l'organisme compétent pour prendre la décision, après y avoir apposé un cachet mentionnant la date du dépôt de la demande et certifiant que le dossier est complet et prêt à être examiné en vue d'une décision.*

Les fonctions remplies dans le cadre du concours aux demandeurs d'une affiliation au régime général, de protection complémentaire ou d'aide médicale sont exercées à titre gratuit ».

L'UNCCAS a contesté la légalité de cette circulaire du 5 juillet 2000, dans la mesure où, selon elle, cette instruction confie aux CCAS, sans attribution de moyens, la responsabilité de la phase de pré-instruction des dossiers et va au-delà du texte législatif. Elle a formé le 11 septembre 2000 un recours gracieux auprès de la ministre de l'emploi et de la solidarité, lui demandant de retirer la circulaire, puis, le 22 novembre 2000, un recours hiérarchique auprès du Premier ministre. Elle a ensuite saisi le Conseil d'État d'un recours contentieux pour excès de pouvoir. Cette requête en annulation, notifiée au ministère le 25 avril 2001, a fait l'objet d'un mémoire en défense de l'Administration, concluant au rejet de l'ensemble des conclusions du pourvoi. Il n'y a pas lieu de commenter, dans le cadre du présent rapport d'évaluation, les positions respectives de l'État et de l'UNCCAS, alors qu'elles sont soumises à l'appréciation du juge administratif.

3.3.2.2 Dans l'ensemble, les CCAS participent peu au dispositif de détection et d'appui à l'accès aux droits

Les enquêtes qualitatives conduites à la demande de la DREES font apparaître des situations locales contrastées. Pour certains acteurs de terrain, le problème vient des gros CCAS, les petits se montrant plus coopératifs, car ils ne percevaient pas auparavant de rémunération à la constitution du dossier. D'une façon générale, « *partagés entre le principe du guichet unique affirmé par la loi, leur compétence générale d'action sociale et les demandes des caisses d'assurance maladie, les CCAS ont du mal à établir leur position quant à la CMU* ». Ici et là, les CPAM désireuses de trouver un terrain d'entente avec les CCAS obtiennent de ces structures une contribution non négligeable en termes de pré-instruction des dossiers ; ces partenariats, rarement formalisés par des conventions, se matérialisent quelquefois par des permanences de la caisse dans les locaux des centres communaux.

Les observations de l'IGAS confirment cette variété de situations, qui ne semble guère avoir été modifiée par la diffusion de la circulaire du 5 juillet 2000. La CPAM d'Ille-et-Vilaine, rencontrée en septembre 2000, avait fait état d'une clarification des rôles entre la caisse primaire et les CCAS, à la suite de plusieurs échanges. A côté de quatre « *principes communs à tous les CCAS* », prévoyant notamment une aide au remplissage pour les demandes émanant de RMIstes et, à titre exceptionnel, de « personnes en grande difficulté », cet arrangement distinguait le cas des petites communes, où les demandeurs seraient aidés pour le remplissage des formulaires, et celui des principales villes du département où sont implantés des centres de paiement, dans lesquelles les CCAS se borneraient à orienter les demandeurs vers ces centres, après quelques conseils sur la démarche et la remise des formulaires. Une procédure de retour d'information concernant l'ouverture du droit, notamment en cas d'urgence, devait être mise en place entre la CPAM et les CCAS « instructeurs ».

Sur les sites visités en 2001, les CPAM de Rouen et d'Evreux mentionnent une participation quasi-nulle des CCAS aux procédures CMU ; celle de La Rochelle précise que, selon ses estimations, 24 % des demandes de primo-demandeurs ont fait l'objet d'un concours sous forme d'aide au remplissage : la part des CCAS représente 3 %, celle des services sociaux du département 2 % et les associations et organismes agréés, 19 %. A Montpellier, après une certaine réserve initiale motivée par les questions de rémunérations, la plupart des CCAS de la circonscription sont impliqués dans le dispositif CMU, en termes d'information et d'aide au remplissage des formulaires de demande, plus que de pré-instruction et d'envoi de dossier ; c'est le cas, en particulier, du CCAS de Montpellier, comme la mission l'a constaté. En Seine-Saint-Denis, sur 40 CCAS recensés, 6 seulement, dont celui d'Aubervilliers où s'est rendu la mission, contribuent à la constitution des dossiers, alors que les 34 autres ne participent pas au dispositif, ou ne fournissent qu'une aide partielle limitée à l'information et à l'orientation des demandeurs vers les points d'accueil de la CPAM. Enfin, à Paris, la caisse n'a pu obtenir aucune collaboration des centres communaux (CASVP), qui entendent limiter leur action à la proposition de CMU complémentaire aux seuls demandeurs de RMI.

La situation de La Réunion est très particulière : compte tenu du nombre très important (plus de 400.000) et du profil des bénéficiaires de la CMU, la CGSS a souhaité prendre appui sur les centres communaux d'action sociale qui avaient l'habitude de recevoir, dans leurs 140 points d'accueil, les publics défavorisés et fragilisés et de leur délivrer les bons roses ou jaunes de l'aide médicale départementale. Avec l'autorisation du ministère de l'emploi et de la solidarité, la caisse et la CAMPI ont passé des conventions avec 22 des 24 CCAS : ces conventions confient aux centres communaux une mission d'accueil très large (information, aide au remplissage des dossiers, transmission des demandes aux caisses, élection de domicile..) et prévoient le versement d'une subvention de fonctionnement annuelle aux centres (3,5 MF), qui se substitue aux primes individuelles antérieurement versées aux correspondants communaux dans le cadre de l'AMD.

Ce partenariat s'est révélé très efficace au cours de la première année de mise en œuvre de la CMU puisque les CCAS ont constitué 55 % des dossiers de CMU. Outre le fait qu'il a contribué à désengorger les quatre locaux d'accueil de la CGSS saturés en période de grande affluence, il a permis d'offrir un service de proximité à une

population dispersée et de maintenir un maillage étroit du territoire, qui semble couvrir le champ des bénéficiaires potentiels, comme le montre le faible nombre des dossiers présentés par chacune des quatre associations agréées et des trois PASS (une vingtaine de demandes par an).

Cette coopération, qui a été reconduite en 2001, soulève cependant une question de principe, dans la mesure où le versement d'une subvention destinée à financer des fonctions d'accueil et d'assistance relevant de la compétence naturelle de ces organismes (voire de leur compétence législative en ce qui concerne la domiciliation) est contraire au principe de gratuité rappelé par la circulaire du 5 juillet 2000. L'institutionnalisation de ce financement pose à l'évidence un problème, au moment où un nombre important de CCAS métropolitains refusent de participer au dispositif de la CMU, faute de subvention de l'État, et où un recours contentieux a été déposé auprès du Conseil d'État par l'UNCCAS. Sans doute, on peut comprendre les raisons historiques – les CCAS sont rémunérés en qualité de correspondants de l'assurance maladie – et les contraintes matérielles qui ont conduit la CGSS – avec l'accord de la CNAMTS et du ministère – à maintenir un tel dispositif pour mettre en place la CMU. Il convient toutefois aujourd'hui de s'interroger sur l'ampleur du rôle que les CCAS sont appelés à jouer dans un régime de croisière : le fait que les CCAS n'aient rempli que 35 % des dossiers en 2001 et que les assurés s'adressent désormais plus naturellement aux guichets de la CGSS relativise certainement ce rôle et peut laisser place à d'autres dispositifs d'accompagnement, analogues à ceux qui ont été mis en place par les CPAM de métropole.

En définitive, le refus de la plupart des CCAS de s'impliquer activement dans le dispositif CMU apparaît regrettable, dans la mesure où ces structures de proximité peuvent contribuer à la détection des droits des personnes en difficulté. Après bientôt deux ans de fonctionnement de la loi CMU, les caisses d'assurance maladie ont désormais, dans bien des cas, pris acte de ce refus et ont cherché à s'organiser sans leur concours, en développant leurs propres moyens d'accompagnement (permanences locales, par exemple) et leurs liens avec d'autres partenaires.

3.3.3 Des dispositions législatives non appliquées en matière de domiciliation des personnes sans domicile fixe

La loi du 27 juillet 1999 dispose, au troisième alinéa de son article 4, que « *les personnes qui, au moment de la demande sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale* ». Des dispositions similaires figurent à l'article 32 de la loi pour l'accès des SDF à l'aide médicale de l'État.

Cependant, le quatrième alinéa de l'article 4 prévoit que « *les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État* » ; ce décret n'a pas été pris à ce jour.

La fiche n° 6 du guide destiné aux institutions relais a rappelé que « *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... 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 ».

Les modalités d'application de la loi en matière de domiciliation ont été précisées par la circulaire du 5 juillet 2000, déjà citée. Celle-ci indique, notamment, que « *les conditions d'agrément de ces organismes ainsi que les modalités selon lesquelles ils peuvent recevoir l'élection de domicile sont celles qui sont applicables en matière d'aide médicale, fixées par l'article 43-6 du décret n° 54-883 du 2 septembre modifié* » (article 187-4 nouveau du code F.A.S.), ce qui peut expliquer l'absence, sur ce point, du décret d'application susvisé. Elle indique aussi que la procédure de domiciliation « *est identique à celle qui est applicable en matière de revenu minimum d'insertion* » et qu'aucune demande d'agrément pour la domiciliation au titre de la CMU n'est à effectuer pour les organismes agréés au titre du RMI.

Il résulte des termes mêmes de la loi, confirmés par la circulaire, qu'aucun agrément n'est nécessaire pour les CCAS. Selon l'UNCCAS, il s'agit d'une nouveauté, puisque dans le cadre du RMI comme de l'AMD les centres communaux étaient soumis à la procédure de l'agrément préfectoral. Elle tire de cette incertitude juridique, non levée par la publication d'un décret d'application, l'explication de la faible mobilisation des CCAS sur la domiciliation, ajoutant que les CCAS agréés dans le cadre du RMI ont parfois été en difficulté faute d'attribution de moyens et que, dans la période récente, le ministère a plutôt reconnu en la matière la compétence des associations. Dans son bilan du dispositif daté de juillet 2001 adressé à la mission, l'UNCCAS suggère que des moyens puissent être consacrés par le Fonds CMUC « *au financement de l'accompagnement social lié, de par la loi, à toute procédure de domiciliation* », ce qui, selon elle, « *permettrait de lever les résistances ou les hésitations des CCAS en écartant les travers de la loi sur le RMI* ».

De nombreuses observations de terrain corroborent cette faible implication des CCAS, en contradiction flagrante avec les dispositions législatives.

Ainsi, les enquêtes qualitatives menées dans le cadre du dispositif d'évaluation géré par la DREES témoignent de divers obstacles à la domiciliation des SDF par les CCAS. Sur un des terrains, il s'agit de problèmes pratiques, car cette nouvelle mission nécessite des rapports étroits avec la CPAM pour le suivi des dossiers des personnes domiciliées, comme l'explique un dirigeant de CCAS : « *Les domiciliations RMI, ça commence à être rôdé pour nous... Pour la CMU, c'est encore un peu trop neuf mais on va sans doute améliorer ce service dans le cadre de la convention avec la CPAM* ». Sur l'autre terrain, en revanche, les obstacles ne sont pas seulement techniques ; en particulier, le plus gros CCAS du département se refuse à pratiquer les domiciliations.

Pour les responsables du milieu associatif, cette situation est très préoccupante, car le refus des CCAS d'effectuer les domiciliations reporte la charge sur les associations. Dans une lettre adressée le 22 février 2001 à l'UNCCAS, le président de l'UNIOPSS a souligné qu'« *il est très difficile pour les petites associations locales d'effectuer cette tâche qui est lourde et nécessite notamment une présence permanente toute l'année, ce qui n'est pas le cas de nombreuses permanences associatives fermées pendant les congés* ».

De même, dans son bilan de la mise en œuvre de la CMU publié en novembre 2000, Médecins sans frontières (MSF) relevait qu'antérieurement à la loi CMU, personne ne voulait offrir ce « service » de domiciliation : « *Cette charge n'intéresse ni les services publics, ni les associations qui en craignent les effets de masse. En effet, la domiciliation est une contrainte importante pour celui qui la propose car elle nécessite la mise en place de boîtes aux lettres, le suivi du courrier, des files d'attente quotidiennes, etc.* ». Or, selon elle, aucune amélioration n'a été apportée dans ce domaine par la réforme, alors que la domiciliation « *représente aujourd'hui le premier obstacle à l'accès aux soins des populations en grande difficulté sociale* », puisque « *l'ensemble des CCASS continue à refuser de délivrer des adresses administratives* ».

La domiciliation a pour objet de permettre à des personnes en habitat mobile ou précaire de faire valoir leurs droits sociaux. Il paraît tout à fait anormal que les institutions tenues par la loi d'en assurer le service s'exonèrent de cette obligation. Toutefois, en l'absence du décret d'application prévu et de toute sanction de l'inexécution, celle-ci demeure inappliquée, chaque institution ayant tendance à reprocher aux autres leur carence ou à considérer qu'il s'agit d'une mission qui devrait être assumée directement par l'État.

Enfin, la mission observe que les DDASS n'ont pas établi en 2000 le rapport annuel sur les besoins et l'offre de domiciliation dans le département prescrit par la circulaire du 5 juillet 2000. Il conviendrait d'y remédier en 2001 et de prévoir une remontée d'information aux services centraux concernés.

3.4 Un droit d'option différé, à cause des retards dans la mise en place du tiers payant coordonné

La loi du 27 juillet 1999, en son article 20 - III (nouvel article L.861-4 du code S.S.), a donné au bénéficiaire de la CMU complémentaire, qu'il soit le demandeur ou un membre de son foyer, un droit d'option lui permettant de choisir l'organisme appelé à lui servir les prestations : soit (choix a) l'organisme d'assurance maladie (CPAM ou caisse relevant d'un autre régime), soit (choix b) un organisme complémentaire (O.C.), à savoir une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, inscrit sur une liste arrêtée par le préfet de région, dans les conditions prévues par le décret n° 99-1049 du 15 décembre 1999 (nouvel article R. 861-19 du C.S.S.). Au cours de la première année d'application de la loi, ce droit d'option a été fréquemment différé, pour diverses raisons exposées ci-après. Une certaine normalisation semble progressivement s'opérer en 2001, mais des difficultés subsistent et devront rapidement trouver des solutions.

.3.4.1 Des difficultés lors de la première phase d'application de la loi

3.4.1.1 Un droit d'option fréquemment différé

Parmi les diverses hypothèses envisagées avant le dépôt du projet de loi CMU, l'option finalement retenue a été de faire gérer la couverture complémentaire de santé, concurremment par les organismes complémentaires et par les caisses d'assurance maladie. Toutefois, selon les O.C., il était prévu, avant l'entrée en vigueur de la loi,

qu'ils occuperaient l'essentiel de ce nouveau « marché » et nombre d'entre eux, avant de s'inscrire sur les listes préfectorales, ont investi de façon conséquente sur la CMU, notamment en termes de recrutement et de formation de personnels, en escomptant un effet retour sur leur chiffre d'affaires « Santé ». L'intervention des organismes de base était présentée comme une sorte de garde-fou, pour pallier d'éventuelles carences des organismes complémentaires.

Dès les premiers mois, la réalité s'est avérée très différente : en stock de bénéficiaires de la CMUC, mais aussi en flux de primo-demandeurs, la gestion par les caisses de sécurité sociale a représenté la quasi-totalité des dossiers.

Selon le bilan statistique de la CMU au 31 décembre 2000¹⁰, la gestion de la CMU complémentaire par les caisses d'assurance maladie restait largement prédominante, et concernait encore 93 % des bénéficiaires. A cette date, les O.C. géraient les dossiers de CMU de 365.000 bénéficiaires. Le recours à un organisme complémentaire s'avérait plus fréquent pour les personnes relevant du régime des professions indépendantes, qui étaient 17 % dans cette situation.

Pour le régime général, les statistiques publiées par la CNAMTS font ainsi ressortir, sur le stock des bénéficiaires relevant du régime général, une proportion quasi monopolistique de « gestion CPAM » par rapport à la « gestion O.C. » au cours de l'année 2000, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 9 - Gestion CPAM et gestion OC de la CMUC en 2000 (en stock)

Organisme	30 juin 2000	31 décembre 2000
CPAM	4.091.613	4.400.663
O.C.	152.450	352.657
% CPAM/ Total	96 %	93 %

(Source: CNAMTS)

Cependant, les statistiques portant sur les stocks de bénéficiaires intègrent les personnes relevant antérieurement de l'AMD qui, dans le cas le plus courant où ils n'avaient pas de couverture complémentaire, ont été prises en charge, à titre conservatoire, en « gestion CPAM ». Il convient donc de compléter les données sur les stocks par les statistiques sur les flux d'entrées à la CMUC en 2000, en distinguant ceux qui ont opté pour la « gestion CPAM » de ceux qui ont choisi la « gestion O.C. ».

Selon une note bilan au 15 février 2001 de la CNAMTS (DSE/DEPAS), au 31 décembre 2000, les flux mensuels, de l'ordre de 26.000 en moyenne à partir de janvier 2000, représentent environ le tiers de ceux enregistrés au cours de la même période pour les entrants affiliés à la CMUC en « gestion CPAM », soit environ 77.000, pour un effectif cumulé sur l'année estimé à 925.992 bénéficiaires.

Ce phénomène est noté, de façon plus générale, dans le bilan de la CMU fin 2000 déjà cité, qui observe que 28 % des nouveaux bénéficiaires, entrés dans le dispositif depuis le 1er janvier, ont opté pour un organisme complémentaire.

¹⁰ « Etudes et résultats » DREES n°107

Selon la même note de la CNAMTS, au 31 décembre 2000, « sur les 128 caisses primaires de la métropole et parmi l'ensemble des nouveaux bénéficiaires de la CMUC hors bascule, 52 CPAM ont un taux de bénéficiaires ayant choisi un O.C. supérieur ou égal à 35 %, 36 CPAM ont un taux compris entre 25 % et 35 %, 24 CPAM ont un taux compris entre 15 % et 25 %, 14 CPAM ont un taux compris entre 1 % et 15 %. Il reste encore 2 CPAM qui n'ont quasiment pas reçu d'information des O.C. pour la mise à jour de leurs fichiers, dont la plus importante est Paris ».

Plusieurs raisons expliquent cette forte prédominance de la gestion par les caisses primaires de l'assurance complémentaire des bénéficiaires de la CMUC :

- en premier lieu, afin d'éviter les risques de rupture de droits entre l'aide médicale et la CMUC, il avait été prévu une période transitoire sur le premier trimestre 2000. Pendant cette période, les CPAM prenaient en charge, automatiquement et, à titre conservatoire, la gestion de la CMUC pour les anciens bénéficiaires du RMI et de l'AMD, sauf reprise d'un O.C. antérieur par les personnes concernées en faisant la demande. Elles devaient ensuite inviter par courrier, en mars 2000, les personnes « basculées » en CMUC à exercer leur droit d'option à partir du 1er avril, les primo-demandeurs pouvant, quant à eux, exercer leur droit d'option dès le 1er janvier 2000.

Ce schéma ne s'est pas pleinement exécuté au cours du premier semestre 2000, pour différentes raisons. Les caisses ont d'abord, nonobstant la publication de premiers arrêtés début janvier, préféré souvent attendre la publication au 31 mars des arrêtés préfectoraux définitifs fixant la liste des organismes complémentaires. Le choix de l'organisme gestionnaire à compter du 1er avril a été, dans beaucoup de cas, différé avec le premier report, du 30 juin au 31 octobre 2001, de la date butoir de réexamen des droits des anciens bénéficiaires de l'AMD, afin de traiter en même temps l'ensemble du dossier (droit à la CMUC et droit d'option). Enfin, nombre de caisses ont eu tendance à considérer qu'une gestion directe par la CPAM serait plus sécurisante, pour les publics en cause comme pour les professionnels de santé, dans l'attente du règlement des problèmes d'échanges de données relatives à la mise en œuvre du tiers payant coordonné.

Ces raisons techniques n'excluent pas, sans doute, des comportements critiquables de certaines caisses, tels que ceux cités par Mme GRZEGRZULKA dans son premier rapport d'avril 2000, qui évoquait des tentations de « *captation* » de cette « *nouvelle clientèle* », susceptibles de mettre en cause l'application du principe de neutralité, voulu par le législateur, entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, qui contribuent directement au financement de la CMUC, à hauteur de 1,75 % de leur chiffre d'affaires en matière de santé.

- en second lieu, et même une fois réglées les difficultés techniques liées au tiers payant coordonné, force est d'admettre que beaucoup d'éléments convergents poussent le demandeur de CMUC à exprimer, de bonne foi, sa préférence pour une gestion CPAM.

Sauf s'il était déjà couvert par une mutuelle, ou s'il a, notamment par un de ses proches, une connaissance précise d'un organisme complémentaire, la solution CPAM présente l'avantage évident de la simplicité, liée à l'existence d'un guichet unique pour la gestion

de sa protection sociale en matière d'assurance maladie ;

En sens inverse, la présentation d'une liste volumineuse d'organismes complémentaires, aux noms et sigles souvent voisins, ne peut que déconcerter le demandeur, à moins qu'il ne repère en son sein une institution dont il a entendu parler, ce qui advient notamment dans les départements à forte implantation mutualiste ; la gestion des listes, locales et nationales, a d'ailleurs constitué une source d'interrogations, jusqu'à leur maintenance et leur publication par le Fonds CMUC.

Enfin, bien que de nombreux O.C. aient développé des campagnes d'information, la communication pratiquée par ces organismes pour toucher les publics éligibles à la CMUC et les institutions relais ne semble pas, dans l'ensemble, avoir atteint une ampleur suffisante pour influencer massivement sur le choix des intéressés.

3.4.1.2 Une mise en place tardive des procédures télématiques prévues pour assurer le tiers payant coordonné

Dans l'hypothèse de l'option « gestion O.C. », le décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 a prévu deux procédures alternatives de relations conventionnelles entre le gestionnaire de la CMU de base et celui de la CMUC. Toutes les deux visaient à assurer l'application du tiers payant, pierre angulaire de la réforme, dans des conditions de coordination satisfaisantes pour les professionnels de santé, en leur garantissant un paiement unique assorti d'un relevé de prestations commun :

- la procédure « a » reposait sur le paiement aux professionnels de santé, par la CPAM, de la part légale et de la part complémentaire, celle-ci étant couverte par une avance de l'O.C. à la caisse ;

- la procédure « b » impliquait l'intervention d'un organisme financier tiers, chargé d'effectuer les règlements aux professionnels de santé pour le compte de la CPAM et de l'O.C., qui lui apporteraient leurs parts de financement respectives.

En attendant la conclusion des conventions organisant leurs relations suivant l'une ou l'autre procédure, les échanges de données entre les caisses et les organismes complémentaires pouvaient être régis en application des normes antérieurement en vigueur :

- soit la norme NOEMIE 1 : chacun paie sa part mais la CPAM envoie à l'O.C. l'image du décompte, moyennant une rémunération ;

- soit la norme NOEMIE 3 : la CPAM paie sa part et celle de l'O.C., grâce à une autorisation de prélèvement sur le compte de celui-ci; elle renvoie l'image du décompte à l'organisme, moyennant une rémunération plus élevée que dans NOEMIE 1.

L'organisation du tiers payant coordonné a donné lieu fin 1999/début 2000 à de nombreux échanges entre les institutions d'assurance maladie et les O.C. ou leurs représentants, tant au niveau national que local. En ce qui concerne le régime général, les retards à conclure, au niveau national, une convention type et un cahier des conditions techniques pour l'échange informatisé des données ont bloqué le processus,

qui impliquait par ailleurs la signature de conventions particulières avec les O.C. au niveau de chaque CPAM. Les observations faites par l'IGAS en 2000, dans le cadre de son rapport sur la détection des droits, rejoignent celles du premier rapport de Mme GRZEGRZULKA sur ce point : sur la plupart des sites visités, la grande majorité des O.C. agréés n'avaient conclu aucun accord avec les CPAM à la fin du premier semestre 2000.

3.4.2 Une normalisation progressive de la situation en 2001

Cet état des lieux récent s'appuie sur les données statistiques du Fonds CMU et des caisses nationales, concernant la part respective des caisses et des O.C. dans la gestion de la CMU complémentaire, ainsi que sur les informations disponibles sur la mise en œuvre du « tiers payant coordonné ». Il tient compte, également, des entretiens avec les représentants des organismes complémentaires et des professionnels de santé, ainsi que des constats de terrain effectués sur les sites visités par les rapporteurs. L'ensemble de ces éléments conduit à penser que la situation s'est progressivement normalisée dans le courant de l'année 2001.

3.4.2.1 La part relative des organismes complémentaires tend à progresser, mais reste cependant minoritaire

Une progression de la part relative des O.C. a été constatée en 2001, bien qu'elle reste encore très minoritaire, en flux et, évidemment, en stock. La part relative des bénéficiaires gérés par un O.C., qui représentait, en stock, 4 % du total fin juin 2000 et 8 % fin décembre 2000, atteint 12 % fin septembre 2001 (12,7 % selon les chiffres provisoires d'octobre 2001).

**Tableau n° 10 - Part relative de la gestion par les O.C. (en stock)
au 30 septembre 2001**

Régime	Bénéficiaires O.C.	Total bénéficiaires	% O.C.
Régime général	507.443	4.363.576	11,63 %
Régime agricole	20.798	150.611	13,81 %
Régime professions indépendantes	30.353	124.313	24,41 %
Régimes spéciaux	1.451	10.238	14,17 %
Sections locales mutualistes	2.969	11.486	25,85 %
Total	563.014	4.660.224	12,08 %

(Source : DREES)

En flux, l'option O.C. ressort à 20 % sur les nouveaux demandeurs de façon régulière sur les neuf derniers mois. Les statistiques de la CNAMTS relatives aux flux mensuels d'entrées en CMUC en 2001 font apparaître les tendances suivantes : les anciens bénéficiaires de l'AMD optent moins, lors du renouvellement de leurs droits, pour un O.C. que les primo-demandeurs, surtout lorsque la caisse gère déjà leur aide médicale, par délégation du département : ainsi, à Rouen, le choix d'un O.C. privé est de l'ordre de 1 % pour les renouvelés de l'AMD, contre environ 10 % pour les primo-demandeurs.

Fin août 2001, les bénéficiaires de la CMUC ayant opté pour une gestion O.C. étaient pris en charge par 578 organismes complémentaires, soit 522 mutuelles (90 % des O.C. regroupant 81 % des bénéficiaires), 12 institutions de prévoyance (2 % des O.C. et 1 % des bénéficiaires) et 44 sociétés d'assurance (8 % des O.C. et 18 % des bénéficiaires).

Au total, 245 organismes, soit environ 41 % des O.C., avaient moins de 100 adhérents et géraient 1,6 % de la population; en sens inverse, 23 organismes, comptant chacun plus de 5000 adhérents, géraient 41 % de la population.

3.4.2.2 *Les procédures de tiers payant coordonné se mettent en place depuis la publication des arrêtés du 26 mai et du 28 juin 2000*

Deux arrêtés pris au printemps 2000 ont cherché à clarifier le dispositif relatif au tiers payant coordonné : celui daté du 26 mai 2000 a précisé les modalités d'application de la procédure « a », tandis que celui du 28 juin 2000 a porté sur celles de la procédure « b ». La circulaire DSS du 13 juillet 2000, relative à la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais au titre de la protection complémentaire en matière de santé et du contrat avec un médecin référent, a explicité les relations entre les professionnels ou les établissements de santé et les organismes payeurs, ainsi que les relations entre les organismes de base et les organismes complémentaires.

Après avoir rappelé quelques principaux généraux - « la dispense d'avance de frais est un droit pour les personnes relevant de la protection complémentaire en matière de santé », ou encore « le professionnel ou l'établissement de santé a droit à un interlocuteur unique » - , cette circulaire a donné une description fonctionnelle des deux procédures « a » et « b ». Il est précisé notamment que, pour la procédure « a », pour la CMU, « il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de mécanismes d'avances à verser localement par l'organisme complémentaire à la caisse d'assurance maladie », compte tenu de la mise en place au niveau national d'un dispositif faisant appel au Fonds de financement de la CMU. Pour la procédure « b », c'est finalement la caisse d'assurance maladie qui est l'interlocuteur unique du professionnel ou de l'établissement de santé ; elle perçoit par virement ou par prélèvement la part à la charge de l'O.C. La procédure « a » est de droit, sauf décision de l'O.C. sur l'application de la procédure « b », en capacité technique de la mettre en œuvre, après convention entre les deux parties définissant les tests techniques préalables à sa mise en œuvre. Enfin, la circulaire n'interdit pas « de conserver des procédures qui fonctionnent à la satisfaction de chaque partie », dès lors qu'est respecté le principe de l'interlocuteur unique.

Ces dispositions pragmatiques ont permis de faire évoluer un processus jusque là largement bloqué. D'après les indications nationales fournies par la CNAMTS, à l'occasion de la réunion de la CGA du 5 juin 2001, la situation était la suivante au 31 mars 2001 : sur 701 O.C., 615, soit 87,7 %, étaient à cette date en procédure « a »; 3 seulement - la Strasbourgeoise, Azur et la Mutuelle chirurgicale de l'Eure - étaient en procédure « b » en relation avec 8 caisses ; le solde, soit 83 O.C., n'avaient pas fait leur choix ou géraient le dispositif sur la base d'autres procédures.

Au niveau local, les investigations de la mission font ressortir, pour les CPAM de métropole visitées, les résultats suivants :

- Charente-Maritime : tous en procédure « a » mais une demande en « b » (Azur)
- Seine-Maritime (Rouen) : tous en procédure « a »
- Eure : tiers payant effectif (procédure « a »)
- Hérault (Montpellier) : tous en procédure « a », sauf 2 en attente de test de la procédure « b » (La Strasbourgeoise et Azur)

- Seine-Saint-Denis : tous en procédure « a », sauf 3 ayant opté pour la procédure « b »
- Paris : procédure « a »

3.4.2.3 *Les pratiques des caisses se stabilisent*

➤ Quelques constats dans les CPAM de métropole visitées

A l'occasion de ses visites sur place, la mission a procédé à quelques vérifications inopinées des modes de remplissage des formulaires CMU, effectués au cours d'entretiens entre des demandeurs et des techniciens de caisse primaire, et notamment de ceux concernant le choix de l'organisme complémentaire. Bien que, vu leur nombre limité, ces contrôles n'aient qu'une signification relative, ils donnent une idée de l'application sur le terrain des règles prévues par les textes.

Dans l'ensemble, les rapporteurs en ont retiré le sentiment que les agents des caisses ne cherchaient pas à « faire du chiffre » au profit de la CPAM. Cependant, ils ont vu des cas où la liste des O.C. n'était pas présentée aux demandeurs, parce que le technicien ne l'avait plus sous la main ; dans une caisse, la liste établie par la CPAM dans l'ordre alphabétique des O.C. ne comprenait pas certains organismes figurant dans l'arrêté préfectoral, au prétexte qu'ils n'étaient pas opérationnels sur le plan des procédures télématiques.

Dans la totalité des cas contrôlés, néanmoins, lorsque le demandeur bénéficie déjà d'une protection complémentaire, celle-ci est reconduite ; lorsqu'il a une idée précise de l'O.C. souhaitée, il est fait droit à sa requête. En général, mais pas toujours, l'agent de la caisse mentionne la possibilité de prolongation de la protection complémentaire pendant un an à un prix inférieur ou égal au tarif maximal fixé par l'arrêté du 27 avril 2001, en cas de dépassement du plafond. Le plus souvent, il se refuse à répondre au demandeur qui le sollicite pour savoir quel organisme il choisirait s'il était à sa place ; tout au plus signale-t-il tel ou tel O.C. connu sur la place, notamment dans les départements à forte implantation mutualiste.

Dans la majorité des cas vérifiés, le demandeur semblait comprendre difficilement la dualité CPAM/O.C., se perdait dans les longues listes d'organismes, aux sigles souvent voisins, ne voyait pas clairement, faute d'information précise, les avantages de l'adhésion à un O.C. en termes de prolongation de droits à tarif modéré, et faisait rapidement le choix de la simplicité en optant pour la gestion CPAM, sans pression particulière du technicien de la caisse. Dans une caisse primaire, la mission a constaté que, sans doute pour se prémunir de toute suspicion de non-neutralité, il était demandé à la personne d'ajouter sur l'imprimé Cerfa une mention manuscrite certifiant qu'elle ne demandait pas son inscription à un organisme complémentaire.

Elle a relevé également des pratiques différentes selon les caisses, lorsqu'un organisme complémentaire est considéré comme non opérationnel du point de vue des procédures de tiers payant coordonné. Les CPAM ont tendance à « garder en pension » les bénéficiaires de la CMUC ayant opté pour cet O.C., dans l'intérêt des professionnels de santé. Certaines préviennent immédiatement l'organisme, en les assurant que ces personnes leur seront imputées dès que les procédures seront en place ; d'autres attendent que l'O.C. fasse le premier pas.

➤ Le cas particulier de la Réunion

La situation de la CGSS de la Réunion est, là encore, assez spécifique : dès le lancement de la CMU, elle a décidé de ne pas mettre en œuvre immédiatement le droit d'option offert par la loi, en arguant de l'absence de gestion matriculaire des assurés qui rend impossible leur prise en charge par un organisme complémentaire. Depuis janvier 2000, elle conserve l'exclusivité du remboursement du ticket modérateur et du panier de biens et de services pour tous les assurés, y compris pour les quelques assurés qui ont fait expressément le choix d'un organisme complémentaire (le nombre de ces assurés qui est estimé à 6.000 reste vague car il n'a fait jusqu'ici l'objet d'aucune comptabilisation sérieuse). Les agents des caisses ou des organismes agréées pour le remplissage des dossiers (associations, PASS) ne proposent pas systématiquement le choix aux assurés et ne donnent aucune information sur la possibilité de bénéficier d'un tarif préférentiel en cas de choix d'un O.C., possibilité qu'ils ne connaissent d'ailleurs pas pour la plupart.

Même si elle paraît être acceptée avec un certain fatalisme par la trentaine d'organismes complémentaires inscrits sur la liste préfectorale qui déclarent comprendre les difficultés de la CGSS, cette situation dérogatoire ne saurait perdurer. La caisse et les O.C. doivent terminer la mise au point de leurs liaisons informatiques afin d'être en mesure d'assurer le transfert de gestion dès que la liquidation matriculaire exhaustive sera effective – à la fin du premier trimestre 2002 selon la CGSS.

Dans l'attente de ce transfert de gestion, la CGSS doit procéder à un recensement précis des assurés qui ont choisi un O.C. et transmettre ces informations aux organismes concernés. Elle doit également veiller à ce que les personnes adhérentes d'un O.C. ne soient pas pénalisées par ce système « atypique » et qu'elles puissent faire valoir leur droit à un tarif préférentiel lors de leur sortie du dispositif CMU.

.3.4.3 La persistance de certaines difficultés

3.4.3.1 Des problèmes techniques

Le point de situation présenté à la CGA du 5 juin 2001 fait état de l'existence, du point de vue de la CNAMTS, de plusieurs difficultés, révélées par une première enquête de novembre 2000 ou apparues lors d'une seconde enquête de mars 2001 :

- non-respect par certains O.C. des règles de remboursement spontanés prévues par l'arrêté du 26 mai 2000 dès que la dette de l'organisme atteint 3.000 F;
- arriérés de soldes antérieurs à janvier 2001 non remboursés ;
- refus de remboursement de certains organismes, aux motifs que l'assuré est radié, inconnu (non transmission ou erreur de destination dans la transmission de l'imprimé Cerfa), que la date des soins est postérieure à la date d'échéance du contrat ;
- utilisation de supports papier dans les échanges au-delà de la date limite du 1er mars 2001 fixée par l'arrêté susvisé ;
- ayants-droit de l'assuré bénéficiaire de la CMUC non inscrits sur l'imprimé Cerfa et problèmes de transmission de ce document de la CPAM vers l'O.C. concerné ;
- tendance des O.C. à attendre les lettres de relance de la CPAM avant de

procéder aux remboursements ;

- nombreuses difficultés d'ajustement et d'imputation liées aux règlements (p.ex. absence de justificatifs correspondant aux règlements, problèmes d'identification de l'organisme, confusion sur l'intitulé du compte...).

La CNAMTS estimait, à cette date, que l'existence d'un grand nombre de petits organismes rendait la gestion des procédures lourdes et complexe, et que des solutions de regroupements devraient être recherchées. Par ailleurs, selon elle, les O.C. qui n'étaient pas en capacité ou ne mettaient pas en œuvre les moyens de gestion nécessaires devraient être retirés de la liste des organismes, dans les conditions prévues à l'article L. 861-7 du code S.S.

Cependant, ce point de situation n'était pas partagé par les représentants des organismes complémentaires. Ainsi, le président de la FNMF écrivait le 1er août 2001 à la CNAMTS pour contester cette présentation, en se fondant sur les résultats d'une enquête menée auprès de 14 mutuelles. Selon lui, « *les difficultés rencontrées sont maintenant en voie de résolution* » ; par ailleurs, « *dans bien des cas, les demandes relayées par la CNAMTS sont apparues pour le moins curieuses : numéros Noémie ne correspondant pas aux organismes désignés* », par exemple, et une difficulté majeure demeure, « *concernant l'identification des bénéficiaires CMU, et ce à tous les niveaux de la procédure : nouveaux bénéficiaires, renouvellement de droits, prolongation de droits pour les allocataires RMI, etc* ».

Les quelques sondages effectués par la mission à l'occasion de ses rencontres avec des CPAM et des représentants d'organismes complémentaires montrent des situations assez variables selon les sites ; ils font penser qu'assez souvent les torts sont partagés et que la meilleure manière de régler les problèmes sans polémique est, pour les partenaires, de se rencontrer et de procéder à un examen contradictoire des situations.

La CNAMTS a proposé à ses interlocuteurs d'effectuer un « balayage des fichiers » et de faire le point au 15 novembre 2001. Cette opération informatique a amené les caisses primaires à mettre à la disposition des O.C. 650.000 enregistrements correspondant à des bénéficiaires de la CMUC présents au cours d'un des douze mois précédents. Elle sera renouvelée mi-janvier 2002.

3.4.3.2 Des retards dans les règlements aux professionnels et aux établissements de santé

La mission a eu connaissance de retards importants dans ces règlements, qui risquent de porter atteinte à la crédibilité de la réforme, notamment dans les départements où une gestion satisfaisante du tiers payant avait été atteinte dans le cadre de l'aide médicale. C'est le cas à Paris et, d'une façon plus générale, en Ile-de-France.

Une attention particulière doit être portée aux remboursements aux professionnels de ville. La situation est diverse selon les départements et les professions, en fonction de l'état d'avancement des télétransmissions. Certains représentants des professionnels de santé soupçonnent d'ailleurs les CPAM d'utiliser ces difficultés de règlement pour les inciter à passer rapidement à Sesam-Vitale.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, la mise en place de la CMU a contribué fréquemment à améliorer la situation de trésorerie des hôpitaux, au regard des délais de rotation des créances en matière d'AMD. Cependant, l'enquête menée par la DHOS a fait apparaître un montant de créances de 420 millions F au 31 décembre 2000. Là aussi, ont été signalées quelques difficultés de prise en charge, certaines caisses prenant la date d'instruction du dossier comme date de départ de l'ouverture des droits, soit postérieurement à la date d'hospitalisation ou de consultation du patient.

3.4.3.3 Des renonciations et des radiations de la liste

Selon les informations communiqués par le Fonds CMU, un certain nombre d'organismes complémentaires ont fait connaître leur intention de ne pas demander le renouvellement de leur inscription sur la liste des O.C. participant au dispositif CMUC.

En janvier 2001, 830 O.C. étaient inscrits auprès des préfets. En janvier 2002, 592 resteront inscrits : 536 mutuelles, 43 sociétés d'assurance et 13 institutions de prévoyance. Parmi ceux-ci, 56 structures ne gèraient aucun bénéficiaire au 31 août 2001. Par ailleurs, 9 organismes (8 mutuelles et 1 société d'assurance) ont fusionné ou disparu, sans que l'information n'ait été communiquée aux préfets ; ils ne gèrent également aucun bénéficiaire mais ils figurent toujours sur la liste nationale, les arrêtés préfectoraux étant les seuls documents faisant foi.

Les 238 renonciations s'analysent ainsi :

- La liste des O.C. a été diminuée d'abord de 141 organismes (dont 87 dans le seul département de la Gironde) à la suite de régularisations (essentiellement des points d'accueil inscrits à tort) puis de 13 unités en raison de fusions.
- 84 véritables renonciations peuvent être dénombrées, dont 42 en Martinique : 74 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et 2 institutions de prévoyance. 12 de ces retraits sont le fait de mutuelles d'entreprise, comptant peu de bénéficiaires, et dont on peut penser que les structures n'étaient pas adaptées à la gestion des contrats CMU ; 27 organismes gèraient un nombre faible de bénéficiaires - moins de 50 -, ce qui explique certainement leur retrait ; pour les 45 autres organismes (41 mutuelles et 4 sociétés d'assurance), il s'agit apparemment davantage d'une décision d'opportunité, certains de ces O.C. ayant indiqué que le montant de la déduction ne couvrait pas leurs dépenses. L'ensemble de ces organismes qui se retirent de la gestion des contrats CMU regroupaient au 31 août 2001 près de 30.000 bénéficiaires.

Par ailleurs, il conviendra de mettre en œuvre les dispositions légales et réglementaires prévues à l'article L.861-7, 3^{ème} alinéa et aux articles R.861-20 et 21 du code de la sécurité sociale, permettant le retrait par arrêté préfectoral des O.C. manquant à leurs obligations ou n'étant pas en mesure d'honorer les clauses du contrat. Encore faudra-t-il que les procédures prévues soient respectées, et que la radiation n'intervienne « qu'après que l'organisme de protection complémentaire a été mis à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Il dispose à cet effet d'un délai d'un mois à compter de la notification des faits qui lui sont reprochés ». La mission a eu l'occasion de rappeler ces dispositions à certaines CPAM rencontrées, enclines à retirer d'elles mêmes des listes à présenter aux demandeurs les O.C. qui, selon elles et souvent après de multiples relances, ne participaient pas de façon correcte au fonctionnement du dispositif.

3.4.4 Des questions de fond soulevées par certains représentants des organismes complémentaires

Enfin, au delà des aspects techniques sur la gestion du tiers payant coordonné, il convient de rappeler que les fédérations représentatives des organismes de protection complémentaire ont soulevé des questions qui touchent, soit à l'économie générale du dispositif, soit au niveau des déductions qu'elles sont autorisées à pratiquer sur la montant de leurs contribution.

3.4.4.1 Des plaintes devant la Commission Européenne pour violation des règles de la concurrence

Deux plaintes ont été déposées auprès de la Commission Européenne contre certaines dispositions de la loi portant création de la CMU : la première, par la Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles (FNIM), dès juillet 1999, la seconde par la Fédération Française des Assurances (FFSA), au printemps 2000.

Ces deux plaintes sont fondées sur les mêmes motifs et tendent à démontrer que le dispositif de la CMU complémentaire engendre des distorsions de concurrence entre les caisses d'assurance maladie de base et les O.C. Il est souligné notamment que les institutions du régime général peuvent gérer la part complémentaire sans être assujetties aux contributions assises sur le chiffre d'affaires « Santé », comme les organismes complémentaires, et sont remboursées par l'État de la prise en charge des dépenses « au franc le franc », alors que les déductions consenties aux O.C. sont plafonnées à un tarif de 375 F par trimestre et par bénéficiaire, due les organismes de protection complémentaire estiment désormais, par ailleurs, inférieurs aux coûts réels.

La note déposée par l'État français auprès de la Commission estime, de son côté, que le régime de protection complémentaire en matière de santé institué par la loi CMU « repose sur un principe de solidarité nationale et ne constitue pas une activité économique concurrentielle au sens du traité de Rome ».

A la connaissance de la mission, aucune décision définitive « faisant grief » n'a été signifiée à ce jour par la Commission Européenne.

3.4.4.2 Un débat sur le montant des déductions autorisées par la loi

La loi du 27 juillet 1999 a fixé, en son article 27 (article L.861-2 du CSS) à 1.500 F par an (375 F par trimestre) le montant des déductions par bénéficiaire que les organismes complémentaires peuvent pratiquer sur le montant de leurs contributions financières au dispositif, soit 1,75 % de leur chiffre d'affaires hors taxe « Santé ».

Les représentants des O.C. soutiennent que ce montant de 1.500 F est insuffisant, car il ne couvre pas les dépenses réelles moyennes de soins à leur charge et les amène dès lors à travailler à perte. Certains d'entre eux ont menacé de se retirer du dispositif CMUC si ce montant n'était pas revalorisé en 2002.

Compte tenu des difficultés de mise en place du droit d'option et du tiers payant coordonné, il est peu aisé de connaître exactement les dépenses prises en charge par les organismes complémentaires.

A l'occasion de ses entretiens, la mission a demandé à avoir des éléments plus concrets susceptibles de venir à l'appui des affirmations des O.C., notamment des résultats d'enquêtes auprès des mandants des fédérations. Elle n'en a pas reçu et a retenu que la situation pouvait, là encore, être assez variable, les montants moyens évoqués verbalement allant de 1.100 F à 1.900 F.

La ministre de l'emploi et de la solidarité a demandé, le 20 novembre 2001, au directeur du Fonds CMU de procéder à une évaluation de ces dépenses en 2000 et, à titre prévisionnel, en 2001. Les résultats de cette enquête figurent au chapitre 4, qui regroupe les informations disponibles sur les dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU.

Au-delà de ces constats, le Fonds CMU considère que la variation des niveaux de dépenses devrait inciter les fédérations nationales représentatives des O.C. à généraliser les dispositifs de mutualisation interne. Il estime par ailleurs qu'une modification législative pourrait être envisagée afin de fixer par le règlement, et non plus par la loi, le montant de la déduction et d'en simplifier ainsi la procédure de réévaluation.

CHAPITRE 4 – L'ACCES AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS

4.1 Des premiers constats encourageants sur la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU

Les éléments statistiques disponibles en 2001 permettent de porter une première appréciation sur le montant et la structure des dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU et de constater une nette amélioration de l'accès aux soins des plus démunis. Ils ne permettent toutefois pas encore de prendre la mesure exacte des effets de la CMU et notamment d'évaluer réellement « l'effet de rattrapage » des soins entraîné par la mise en œuvre de la réforme. Les bilans sur la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dressés par la DREES, la CNAMTS¹¹ et le Fonds CMU ne donnent en effet qu'une vision partielle du comportement des bénéficiaires de la CMU, dans la mesure où ils ne portent que sur l'année 2000 et ont été effectués à partir d'éléments encore parcellaires (prise en compte des seules dépenses liquidées, pas d'étude détaillée sur les dépenses d'hospitalisation...) ; par ailleurs, la CCMSA et la CANAM ne fournissent pas d'éléments détaillés sur la consommation de leurs bénéficiaires.

.4.1.1 Un développement significatif du recours aux soins

4.1.1.1 Une forte montée en charge des dépenses relatives à la protection complémentaire en matière de santé au cours de l'année 2000

- Le montant des dépenses liquidées par les caisses d'assurance maladie pour la CMUC en 2000, au titre de la protection complémentaire, s'élève à 5,74 milliards de francs pour la France entière, dont environ 5,07 milliards en métropole (88 %) et 660 millions dans les DOM (12 %). Ce montant ne reflète cependant pas la totalité des soins consommés en 2000 : il ne prend en compte ni les dépenses liées aux soins qui ont eu lieu avant la fin de l'année mais qui, compte tenu des délais de traitement et de liquidation, ont été remboursées plus tard, ni les dépenses des 7 % de bénéficiaires dont la CMUC est gérée à cette date par un organisme complémentaire.

Avec des fluctuations sensibles d'un mois à l'autre, les dépenses liquidées ont connu une montée en charge importante en cours d'année, dans la proportion de 1 à 6 de janvier à décembre : elles ont atteint plus de 1,2 milliards de francs au cours des deux derniers mois. Cette tendance semble se confirmer en 2001 avec un montant de dépenses liquidées de 3,4 milliards au cours du premier semestre.

¹¹ Point Stat de la CNAMTS n°28 (« Six mois de couverture maladie universelle »), n°29 (« Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU »), n°31 (« La consommation des soins de ville des bénéficiaires de la CMU au terme d'une année de remboursements »), n°32 (« Un an de couverture maladie universelle ») « Etudes et résultats » de la DREES n°107 (« La CMU au 31 décembre 2000 ») et n°141 (« Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2001 »)

**Tableau n° 11 – Dépenses CMUC liquidées par les caisses en 2000
au titre de la protection complémentaire**

Dépenses CMUC en 2000	Métropole	DOM	France entière
CNAMTS	4.779.062.965 F	636.595.765 F	5.415.658.730 F
CCMSA	168.070.256 F	24.460.049 F	192.530.305 F
CANAM	131.019.186 F	NC	131.019.186 F
Total	5.078.152.407 F	661.055.814 F	5.739.308.221 F

(Source : Fonds CMU)

La répartition des dépenses entre les différents régimes est assez proche de celle des bénéficiaires de la CMUC : 95 % des dépenses concernent des affiliés du régime général, 3 % des affiliés du régime agricole et 2 % des affiliés du régime des professions indépendantes.

- Par ailleurs, selon l'estimation faite par la DREES, l'impact de la CMU sur l'évolution des dépenses de ville remboursées par l'assurance maladie au titre de la protection maladie de base en 2000 paraît pour l'instant relativement faible : la CMU expliquerait au plus un demi-point de croissance de ces dépenses de ville.

*4.1.1.2 Une dépense moyenne par bénéficiaire remboursée au titre de la CMUC
d'un montant de l'ordre de 1.600 F et proche des estimations initiales*

- La première évaluation effectuée par le Fonds CMU, à partir des données fournies au début de l'année 2001 par les trois grands régimes et d'un échantillon d'O.C., indiquait pour 2000 un coût unitaire moyen de 1.392 F pour les caisses d'assurance maladie et de 1.105 F pour les organismes complémentaires (en dehors des provisions au titre des dépenses engagées en 2000 mais payées en 2001). Ces chiffres recouvraient en fait des réalités différentes :

- . différences selon les organismes de gestion, avec une dépense moyenne plus élevée pour le régime agricole et pour le régime des travailleurs indépendants et plus faible pour les O.C. Ces différences ne sont cependant pas significatives dans la mesure où la consommation moyenne du régime agricole est majorée (les DOM sont pris en compte dans le montant des dépenses du régime mais non dans les effectifs) et les dépenses du régime des travailleurs indépendants sont probablement plus élevées à cause de la différence de taux de remboursement des assurés pratiquée à cette époque (différence qui n'existe plus actuellement). De même, la différence entre les trois grands régimes et les organismes complémentaires ne paraît pas probante, en raison du faible nombre de bénéficiaires relevant de ces organismes à la fin de l'année 2000 ;

- . différences selon le sexe : selon la CNAMTS, les femmes ont une consommation de soins supérieure à celle des hommes, alors que les hommes ont davantage recours à l'hospitalisation ;

- . différences enfin selon l'âge : comme pour les remboursements de la part obligatoire de sécurité sociale de l'ensemble de la population, on constate une dépense plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans que chez les personnes de 5 à 19 ans

parmi les bénéficiaires de la CMUC du régime général ; cette dépense s'accroît ensuite régulièrement pour atteindre plus de 3.500 F au-delà de 70 ans.

- Ces premières données pour 2000 ont été complétées avec l'ensemble des dépenses de 2000 (liquidées en 2000 et 2001) qui ont été recensées par la CNAMTS en septembre 2001 (avec des dépenses d'hospitalisation pas encore complètes) et les résultats de l'enquête sur les dépenses des O.C. réalisée par le Fonds CMU, à la demande de la ministre, au mois de décembre 2001 :

. la dépense unitaire moyenne annuelle en 2000 a été, pour le régime général en métropole, de 1.569 F (1.714 F pour les femmes et 1.409 F pour les hommes), après intégration de la part réglée en 2001 au titre de 2000.

Tableau n° 12 – Dépense moyenne par bénéficiaire de la CMUC relevant du régime général au cours de l'année 2000, liquidée en 2000 et 2001 (métropole)

	TM soins de ville	Forfait soins de ville	TM hospitalisation	Forfait hospitalisation	Total
Femmes	1.306 F	118 F	183 F	105 F	1.714 F
Hommes	926 F	98 F	229 F	157 F	1.409 F
Ensemble	1.124 F	108 F	205 F	132 F	1.569 F

(Source : CNAMTS)

. l'estimation du coût par personne de la part des dépenses de soins supportées par les organismes complémentaires au titre de la CMU est assez délicate en raison des difficultés de circulation de l'information entre les caisses d'assurance maladie et les O.C. Selon l'enquête effectuée par le Fonds CMU auprès de 16 organismes représentant 36 % des bénéficiaires sous contrats CMU et les trois familles d'assureurs complémentaires (11 mutuelles, 4 sociétés d'assurance et 1 institution de prévoyance), la dépense moyenne a été de 1.142 F en 2000.

Le coût moyen de l'ensemble des prestations en 2000, tel qu'il peut être ainsi calculé, était donc un peu supérieur à 1.400 F. Même s'il était certainement minoré en raison des délais de mise en place effective de la CMU, il était assez proche du montant estimé initialement à 1.500 F (montant qui se décomposait de la façon suivante : 1.000 F pour le ticket modérateur, 100 F pour le forfait journalier et 400 F pour les dépassements de tarifs, dont 150 F pour le dentaire et 50 F pour l'optique).

Ce coût devrait toutefois augmenter progressivement au cours des prochaines années, avec le développement naturel du recours aux soins chez des populations jusque là exclues, qui vont peu à peu normaliser leur consommation médicale.

A partir d'une estimation des dépenses de ville autour de 1.300 F et des dépenses d'hospitalisation à 340 F (c'est-à-dire au moins égales à leur montant en 2000), la CNAMTS évalue à 1.640 F le montant moyen des dépenses en 2001 pour le régime général. Après extrapolation en année pleine des résultats de l'enquête réalisée auprès de O.C. sur les neuf premiers mois de l'année, le Fonds CMU, de son côté, estime à 1.543 F la dépense par bénéficiaire en 2001. Au total, la dépense moyenne par bénéficiaire pourrait donc avoisiner 1.600 F sur l'ensemble de l'année 2001.

4.1.1.3 Une consommation moyenne plus importante que celle des autres patients du régime général, à âge et sexe identiques

L'analyse comparée des dépenses des bénéficiaires de la CMU et des autres assurés à partir des données collectées par les caisses, effectuée par la DREES, permet de prendre la mesure de la consommation de soins de ces bénéficiaires et de suivre son évolution.

Les dépenses globales des bénéficiaires de la CMU au titre de la protection complémentaire sont plus faibles que celles des autres assurés mais elles semblent s'en rapprocher progressivement : alors qu'en 2000, les dépenses de CMUC représentaient environ 70 % du montant des dépenses de couverture complémentaire d'un assuré non bénéficiaire de la CMU, elles atteignent 85 % de ce montant au premier semestre 2001.

L'écart constaté est lié en grande partie aux caractéristiques des bénéficiaires de la CMU, qui sont majoritairement des jeunes et des femmes, comme le montre l'étude sur la consommation des soins de ville des bénéficiaires de la CMUC au cours de l'année 2000 menée par la CNAMTS (protection de base et complémentaire).

Cette étude réalisée à partir de l'échantillon permanent des assurés sociaux -EPAS- permet de comparer les dépenses de soins (dépenses pour les soins de ville au titre du risque maladie, hors indemnités journalières, au cours de l'année 2000 et dont les remboursements ont été effectués avant le 1^{er} mai 2001) de 5.981 patients à la CMUC et celles de 64.085 autres bénéficiaires du régime général. Il apparaît que les patients de la CMU représentent 8,5 % des consommateurs du régime général et que leur consommation moyenne est, au total, de 5.276 F, soit 20,6 % de moins que celle des autres patients du régime général (6.361 F). En fait, à structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMU consomment davantage que les autres : la moyenne de leurs dépenses totales de soins de ville est en effet supérieure de 15,5 % à celle des autres patients (4.566 F).

Tableau n° 13 - Dépense moyenne totale (base et complémentaire) des patients relevant du régime général en 2000 pour les soins de ville - Comparaison entre les bénéficiaires de la CMUC et les autres patients

Dépense moyenne en 2000 (soins de ville)	Patients CMUC	Autres patients du régime général	Autres patients du régime général (même âge et même sexe)
Dépassement	199 F	857 F	679 F
Base de remboursement	5.077 F	5.504 F	3.887 F
<i>Ticket modérateur</i>	<i>1.214 F</i>	<i>1.150 F</i>	<i>919 F</i>
<i>Montant remboursé</i>	<i>3.863 F</i>	<i>4.354 F</i>	<i>2.968 F</i>
Dépense totale	5.276 F	6.361 F	4.566 F

(Source : CNAMTS)

L'écart entre les deux catégories à âge et sexe identiques est encore plus prononcé si l'on prend en compte les dépenses moyennes présentées au remboursement, dont le montant est de 3.887 F pour les patients du régime général et de 5.077 F pour les bénéficiaires de la CMU. Il est toutefois difficile, avec ces seuls éléments de l'année 2000, d'analyser les causes exactes de ce surplus de consommation, qui révèle certainement un état de santé plus précaire et une attitude de « rattrapage » de soins

différés, et de faire la part entre les éléments liés à la situation socio-économique des patients et l'apport d'une meilleure couverture de soins.

De façon générale, après avoir relevé une augmentation très sensible de la consommation médicale lors du lancement de la CMU (et souvent avant chaque annonce de renouvellement des droits), les professionnels de santé constatent aujourd'hui une normalisation générale des comportements. Les bénéficiaires de la CMU devraient progressivement adopter les mêmes habitudes de consommation que les autres assurés de « droit commun ».

4.1.2 Une structure des dépenses spécifique aux populations démunies

Comme pour le montant des dépenses, l'analyse des dépenses remboursées montre un rapprochement des structures des dépenses des bénéficiaires de la CMU et de celles des autres assurés, mais aussi le maintien de certaines différences entre les deux publics. Les études de la CNAMTS, de la DREES et du Fonds CMU réalisées au bout d'un an d'application de la loi permettent de suivre l'évolution de la consommation des bénéficiaires de la CMU, qui semble refléter un état de santé relativement moins bon que celui des autres patients, même s'il est difficile d'interpréter aujourd'hui ces premières statistiques.

- Sur l'ensemble des dépenses de l'année 2000 remboursées au titre de la CMU complémentaire, 84,4 % des dépenses concernent les soins de ville et 15,6 % l'hospitalisation. Il convient toutefois de nuancer ces chiffres, dans la mesure où l'année 2000 est l'année de mise en place de la CMU et où les dépenses d'hospitalisation ne sont pas totalement connues.

Avec 39 % de leurs dépenses consacrées aux médicaments et 28 % aux honoraires médicaux, les bénéficiaires de la CMU s'orientent d'abord vers la médecine de premier recours. En comparaison avec la répartition des remboursements effectués par les organismes complémentaires pour l'ensemble de la population protégée, leurs dépenses se caractérisent par un poids plus élevé des médicaments et des honoraires, tandis que les soins dentaires ou les TIPS sont relativement moins importants.

Le bilan effectué par le Fonds CMU fait apparaître cette spécificité de la nature des dépenses des bénéficiaires de la CMU en 2000 au titre de la protection complémentaire :

Tableau n° 14- Nature des dépenses au titre de la CMUC en 2000
(liquidées en 2000) - en millions de francs et % - France entière

Nature des dépenses CMUC en 2000	CNAMTS	MSA	CANAM	Total caisses
Ticket modérateur	4.705 (86,9 %)	156 (81,25 %)	111 (84,7 %)	4.972 (86,6 %)
<i>dont honoraires médicaux</i>	<i>1.528 (28,2 %)</i>	<i>64 (33,3 %)</i>	<i>32 (24,4 %)</i>	<i>1.624 (28,3 %)</i>
<i>dont médicaments/ dispositifs médicaux</i>	<i>2.109 (38,9 %)</i>	<i>68 (35,4 %)</i>	<i>48 (36,6 %)</i>	<i>2.224 (38,8 %)</i>
<i>dont ticket modérateur hospitalier</i>	<i>434 (8 %)</i>	<i>16 (8,3 %)</i>	<i>12 (9,2 %)</i>	<i>463 (8,1 %)</i>
Forfait journalier	411 (7,6 %)	15 (7,8 %)	6 (4,6 %)	433 (7,5 %)
Forfait pour dépassement	299 (5,5 %)	17 (8,9 %)	14 (10,7 %)	330 (5,8 %)
<i>dont prothèses dentaires et ODF</i>	<i>193 (3,6 %)</i>	<i>9 (4,7 %)</i>	<i>7 (5,3 %)</i>	<i>209 (3,6 %)</i>
<i>dont optique</i>	<i>80 (1,5 %)</i>	<i>4 (2,1 %)</i>	<i>3 (2,3 %)</i>	<i>86 (1,5 %)</i>
Autres	-	4 (2,1 %)	-	4 (0,1 %)
Total	5.416	192	131	5.739

(Source : Fonds CMU : montant portant sur les dépenses ayant fait l'objet d'un paiement au cours de l'année et les charges à payer mais non sur les provisions)

La structure des dépenses des bénéficiaires de la CMU, au niveau national, n'est toutefois pas constante : elle s'est profondément modifiée au cours de l'année 2000, avec une diminution importante de la part des médicaments (qui représentaient 79 % des dépenses en janvier) et une progression du poids des autres dépenses de ville et des dépenses d'hospitalisation. Cette évolution s'explique en grande partie par la mise en place progressive du tiers payant (qui s'est faite d'abord pour les médicaments avant de s'appliquer aux honoraires des praticiens) et les régularisations des dépenses d'hospitalisation effectuées en fin d'année.

On assiste aujourd'hui à une certaine stabilisation des postes de dépenses : 34 % pour les médicaments, 21 % pour les honoraires médicaux, 13 % pour les soins dentaires, 19 % pour l'hospitalisation, au deuxième trimestre 2001. La consommation des soins des bénéficiaires de la CMU se rapproche ainsi de celle de l'ensemble de la population mais elle reste légèrement différente, avec davantage d'hospitalisation et moins de soins dentaires ou optiques. Ces comportements de recours des bénéficiaires risquent d'évoluer encore, dans la mesure où le dispositif n'est pas complètement stabilisé.

- Selon l'étude, de la CNAMTS qui porte sur l'ensemble des dépenses de ville (base et complémentaire), les recours aux professionnels de santé et les prescriptions de ces bénéficiaires diffèrent sensiblement des autres assurés. De façon traditionnelle chez les populations démunies, les bénéficiaires de la CMU consultent davantage les médecins généralistes que les spécialistes et recourent plus fréquemment que les autres patients aux visites à domicile.

Leur consommation de médicaments est spécifique : la dépense moyenne par patient est sensiblement plus élevée avant 60 ans que pour les autres patients (elle avoisine le double pour les 20 à 39 ans et est supérieure de 40 % pour les 40-59 ans) ; les médicaments prescrits sont liés essentiellement au jeune âge et aux conditions de vie souvent difficiles de la majorité des bénéficiaires de la CMU (médicaments agissant sur le système nerveux central, sur les voies digestives, le métabolisme et médicaments anti-infectieux généraux systémiques).

Même si elle ne fournit que des données locales, l'étude sur les soins de ville effectuée, d'octobre 2000 à septembre 2001, par la CPAM de Montpellier (dans un département dont la population est composée à plus de 12 % de bénéficiaires de la CMU) est intéressante, dans la mesure où elle permet de comparer les consommations unitaires des assurés CMU (CMU de base et complémentaire) et non CMU. Elle confirme par ailleurs le constat global d'un état de santé des bénéficiaires de la CMU relativement moins bon que celui des autres ressortissants du régime général :

.pour l'ensemble des prestations : 94 % des bénéficiaires de la CMU relevant de la CPAM de Montpellier ont eu recours à des soins de ville, contre 60 % des autres bénéficiaires du régime général. Malgré une consommation unitaire globale très proche pour les deux populations, on constate de gros écarts selon la classe d'âge : chez les 20-39 ans, la consommation moyenne d'un bénéficiaire de la CMU est deux fois supérieure à celle d'un autre individu du régime général, alors que le constat est inversé chez les personnes de 60 ans ;

. par nature de prestations :

. *consultations et visites* : la consommation unitaire est supérieure de 35 % à celle des autres bénéficiaires ; seuls les bénéficiaires de la CMU âgés de 60 ans et plus ont une consommation inférieure à un autre assuré de la même classe d'âge.

. *actes de chirurgie et de radiologie* : 45 % des bénéficiaires de la CMU ont eu recours à ces soins, contre 28 % des autres bénéficiaires du régime général ; ils ont consommé près de deux fois moins.

. *actes dentaires* : 29 % des bénéficiaires de la CMU et 7 % des autres assurés ont bénéficié de soins dentaires ; 70 % étaient âgés de moins de 40 ans chez les premiers, contre 50 % chez les seconds. A l'exception des moins de 20 ans, la consommation unitaire des bénéficiaires de la CMU est toujours supérieure à celle autres assurés.

. *actes effectués par les auxiliaires médicaux* : un patient du régime général a consommé 2,6 fois plus de soins qu'un autre assuré (3,4 fois pour les 60 ans et plus).

. *biologie* : 30 % des bénéficiaires de la CMU ont effectué des analyses médicales, contre 11 % des autres assurés, mais ils ont moins consommé.

. *médicaments* : 85 % des bénéficiaires de la CMU et 55 % des autres assurés ont **consommé** des médicaments. La consommation est élevée pour les deux populations : elle est nettement plus forte pour les bénéficiaires de la CMU de moins de 60 ans ; plus de 60 ans sont par contre proportionnellement moins nombreux que chez les autres assurés (4 % et 20 %) et leur consommation unitaire est beaucoup moins forte.

4.2 Une mise en œuvre du panier de soins qui pose des problèmes sur le plan tarifaire

4.2.1 Un dispositif innovant

Dans le cadre d'une démarche nouvelle dans le système de soins et de protection sociale français, la loi a déterminé l'étendue des dépenses médicales prises en charge au titre de la CMUC, qui recouvre l'ensemble des prestations remboursées par le régime obligatoire, avec une extension, dans le cadre d'un « panier de soins » ou « panier de biens et de services », pour certains dispositifs médicaux à usage individuel, les prothèses auditives, l'optique et les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-

faciale, traditionnellement très peu remboursés par le régime général, et la suppression du reste à charge qui limitait jusqu'alors l'accès aux soins pour les moins favorisés. Comme le constatent les auteurs des études qualitatives réalisées dans le cadre du dispositif coordonné par la DREES, cette démarche constitue un changement de logique dans le contrôle des soins, qui est important par rapport à l'AMD : elle ajoute à la logique de contrôle de la pertinence des soins, par le biais des ententes préalables, une logique de définition a priori des soins.

Au total, l'affiliation à la CMUC permet ainsi la prise en charge, avec dispense de frais :

- du ticket modérateur sur les actes (consultations, rééducation..) et les prescriptions (médicaments, analyses..) des professionnels de santé, dans la limite des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes obligatoires. Par ailleurs, les médecins à honoraires libres ne peuvent pas pratiquer de dépassement de tarif, sauf en cas d'exigence particulière du patient (pour des visites à domicile ou de nuit, par exemple) ;
- du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- des frais supplémentaires, en sus des tarifs de responsabilité, pour les prestations du « panier de biens et de services » évoqué ci-dessus, dans la limite de forfaits fixés par des arrêtés interministériels.

Les dépassements de tarifs font l'objet de quatre arrêtés du ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'agriculture et de la pêche et du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, en date du 31 décembre 1999, pris après l'échec des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé concernés. Ces arrêtés, précisés notamment par la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 27 avril 2000 sur les dispositifs d'optique médicale et les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, fixent la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

4.2.1.1 Prothèses dentaires et traitements d'orthodontie

L'arrêté liste les prothèses et les traitements d'orthodontie pour lesquels les dépassements tarifaires sont pris en charge par la CMUC. Il fixe les dépassements maximaux par rapport aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie de base ainsi que les montants maximaux pris en charge par la CMUC en sus de ces tarifs : le professionnel de santé doit facturer les produits et prestations concernés aux tarifs fixés réglementairement.

Le montant total des frais ainsi pris en charge, en sus des tarifs de responsabilité, ne peut excéder un plafond fixé à 2.600 F par bénéficiaire, par période de deux ans commençant à la date d'ouverture du droit à la protection complémentaire. Ce plafond peut toutefois être dépassé :

- . pour les frais afférents à des prothèses amovibles d'au moins dix dents et aux traitements d'orthopédie dento-faciale ;
- . en cas « d'impérieuse nécessité médicale », constatée par le services du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire.

La circulaire ministérielle précise les modalités de calcul de ce plafond : si, au cours de la période de référence de deux ans, pour un bénéficiaire, le montant total des frais afférents aux soins prothétiques pris en charge par la CMUC, sans atteindre le plafond de 2.600 F, laisse un solde positif insuffisant pour permettre la prise en charge totale du dépassement afférent à un nouveau soin prothétique, ce solde peut être utilisé pour prendre en charge partiellement le dépassement en cause, la différence éventuelle étant à sa charge.

4.2.1.2 Optique

L'arrêté fixe, par catégorie figurant à la nomenclature et par équipement, les montants maximum remboursables, en sus des tarifs de responsabilité, pour les dispositifs d'optique pris en charge par la CMUC ainsi que les prix limites de vente auxquels les distributeurs doivent proposer ces dispositifs aux bénéficiaires de la CMU. Pour les enfants de moins de 16 ans, ces prix limites sont égaux aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie de base ; pour les adultes, la CMUC prend en charge la différence entre les prix limites et les tarifs de remboursement.

La CMUC assure la prise en charge des équipements optiques (verres, monture et suppléments) dans la limite d'une attribution maximale par an, sauf pour les enfants de moins de six ans ou en cas d'aphakie, exceptions qui peuvent justifier une attribution à un rythme annuel supérieur.

La circulaire d'avril 2000 prévoit un certain nombre de dispositions permettant de préciser ou d'assouplir ces règles :

- . L'administration indique « qu'elle ne s'opposera pas » à la prise en charge, sur prescription médicale, du remplacement au cours de l'année de référence d'un équipement - ou de certains de ses éléments - qui a été attribué pendant la même période dans deux cas : une évolution rapide et importante de la pathologie visuelle nécessitant une modification de correction au moins égale à 0,5 dioptrie et une intolérance aux verres progressifs rendant nécessaire la délivrance de deux équipements destinés à assurer une correction pour la vision de loin et pour la vision de près.

- . Pour les bénéficiaires qui demandent un dispositif comportant des caractéristiques spéciales dont le prix est supérieur au prix limite de vente fixé, ce dispositif est pris en charge à hauteur du montant maximum de remboursement prévu et la partie du prix excédant ce montant maximum reste à la charge des intéressés. Ces suppléments doivent, selon la DSS, rester exceptionnels et ils peuvent donner lieu, de la part des organismes gestionnaires de la CMUC, à des demandes d'explications s'ils apparaissent trop élevés.

- . Même si l'arrêté fait référence à des « équipements », c'est-à-dire l'ensemble constitué par une monture et deux verres, il est possible d'individualiser les différents éléments de l'équipement d'optique et d'assurer la prise en charge de ces éléments dans les cas suivants : prescription d'un équipement comportant des verres ayant des prix et des montants de prise en charge différents et prescription limitée à un équipement partiel, sur un ou deux verres sans monture ou sur une monture seule. Cette décomposition concernant les équipements pour adultes figure dans un tableau annexé à la circulaire

« dans l'attente d'une modification de l'arrêté sur ce point », qui a été diffusé aux caisses et aux opticiens.

4.2.1.3 Audio-prothèses

Pour les prothèses auditives analogiques, les audioprothésistes doivent proposer des prothèses à contour d'oreille, non programmables, à un prix n'excédant pas 2.910 F par prothèse en ce qui concerne les adultes et des prothèses, quel que soit le modèle, à des prix n'excédant pas les tarifs de remboursement, en ce qui concerne les enfants de moins de 16 ans.

Pour les autres prothèses auditives pour adultes, les frais exposés, au-delà des tarifs de responsabilité, au titre de la protection complémentaire, sont pris en charge dans la limite de 1.600 F par période de deux ans.

4.2.1.4 Dispositifs médicaux particuliers

Les distributeurs des dispositifs médicaux, hors optique, figurant dans la liste fixée par l'arrêté du 31 décembre 1999 (certains modèles de cannes et de déambulateurs, colliers cervicaux, appareils pour stomisés, canules trachéales...) sont tenus de proposer ces produits, sur prescription médicale, à des prix égaux aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie de base.

4.2.2 Un accès plus large aux soins, malgré une application difficile chez certains professionnels de santé

4.2.2.1 Un progrès incontestable

Le nouveau dispositif permet aux populations démunies d'accéder plus largement aux soins dont elles ont besoin. Elles peuvent recourir gratuitement à l'ensemble des soins ambulatoires et aux prestations d'hospitalisation et se procurer tous les médicaments remboursés par la sécurité sociale. Elles ont la possibilité d'accéder à une offre de soins plus diversifiée et elles ne sont plus contraintes de renoncer aux soins dentaires et d'optique et à certains biens médicaux qui étaient trop onéreux pour elles ; par ailleurs, elles ont en principe la liberté de choisir leur médecin et ne sont plus obligées, pour les plus marginalisées d'entre elles, de s'adresser à certains centres spécialisés ou à des associations humanitaires.

L'enquête de la DREES, déjà citée, sur l'accès aux soins des bénéficiaires aux soins menée en novembre 2000 est intéressante, dans la mesure où elle compare globalement les renoncements aux soins déclarés par les bénéficiaires avant et après l'obtention de la CMU et montre que la CMU a atteint une population qui ne pouvait pas satisfaire certains besoins de santé.

Plus d'un ménage sur deux interrogé déclare avoir auparavant renoncé à au moins un soin pour des raisons financières, principalement pour les soins mal remboursés comme les soins dentaires (31 %), l'optique (25 %), les prothèses dentaires (19 %) et la consultation de spécialistes (10 %). Le nombre de ménages concernés est plus élevé

parmi les nouveaux bénéficiaires que parmi les anciens bénéficiaires de l'AMD (surtout lorsque cette aide était particulièrement généreuse).

Parmi ces ménages qui avaient renoncé à au moins un soin, 65 % déclarent avoir entamé au moins l'un de ces soins depuis qu'ils ont obtenu la CMU. Ce rattrapage porte surtout sur les consultations et les médicaments et s'observe moins pour les soins d'optique et les prothèses dentaires, qui sont peut-être ressentis comme moins urgents ou qui pâtissent des difficultés tarifaires avec les professionnels de santé. Il bénéficie davantage aux nouveaux bénéficiaires de la CMU et concerne prioritairement les enfants et les femmes.

Malgré les progrès apportés par la CMU, 30 % des personnes indiquent toutefois qu'elles ne peuvent toujours pas assumer les dépenses restant à leur charge pour certains soins, essentiellement les prothèses dentaires et l'optique. Par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU semblent, pour l'instant, peu sensibilisés aux possibilités de choix des professionnels de santé offertes par le dispositif : seulement un quart d'entre eux disent avoir modifié leurs comportements et choisi un professionnel exerçant en ville, au lieu d'aller dans un centre de santé gratuit ou à l'hôpital.

4.2.2.2 Des difficultés d'application

La mise en œuvre de ces règles se heurte toutefois à un certain nombre de difficultés qui doivent conduire à une réflexion sur le contenu et les tarifs du panier de soins, en particulier dans le domaine des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

➤ *Un dispositif contesté dans son principe*

Les détracteurs du panier de soins lui reprochent de créer des inégalités : inégalité entre les assurés sociaux en fonction de leur statut de bénéficiaires de la CMU et de non-bénéficiaires de la CMU, mais aussi inégalité au détriment des bénéficiaires de la CMU qui ne pourront pas accéder aux mêmes soins que les autres en raison des limitations de leurs droits à prise en charge, à travers notamment le plafond institué dans le secteur dentaire. La définition stricte des conditions tarifaires et de prise en charge des biens ou actes médicaux pose en effet le problème des soins non inclus dans le panier de soins mais jugés nécessaires par les professionnels de santé. Hormis l'application de la notion « d'impérieuse nécessité médicale » en matière dentaire qui, en autorisant un déplafonnement, permet de résoudre partiellement cette difficulté, les personnes relevant de la CMUC risquent de se retrouver exclues de ces soins : cette discrimination paraît, pour certains professionnels de santé, contraire au principe selon lequel « chacun doit pouvoir recevoir selon ses besoins ».

➤ *Un contenu estimé insuffisant ou imprécis*

- Les arrêtés fixant le contenu du panier sont considérés par un certain nombre de professionnels de santé comme incomplets, voire inadaptés sur plusieurs points. Selon eux, ils souffrent de nombreux oublis ou erreurs : ils ne prévoient pas la prise en charge de dispositifs médicaux lourds, tels les chaises roulantes, de dispositifs importants comme les lentilles de contact ou de certains traitements dentaires (exemples des faux-

moignons, des rebasages ou des prothèses provisoires ou, dans le domaine de l'orthopédie dento-faciale, des examens préalables au traitement et de certains traitements inscrits à la nomenclature, comme la disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée et le traitement au delà du seizième anniversaire préalable à une intervention chirurgicale sur les maxillaires pour une durée de six mois); ils n'envisagent pas certaines situations courantes, comme par exemple la demande de remplacement d'un seul verre optique et non de tout un équipement optique. En outre, plusieurs dispositifs, essentiellement dans le domaine dentaire, leur semblent reposer sur des techniques obsolètes ou appelées à devenir rapidement obsolètes.

L'administration réfute la plupart de ces critiques, en rappelant qu'il est normal de ne pas intégrer dans les listes des arrêtés les prothèses transitoires ou les dispositifs non cotés mais pris en charge par assimilation, puisque ne sont pris en charge que les seuls actes cotés à la NGAP ou au TIPS.

Dans sa circulaire du 27 avril 2000 sur l'optique et les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, elle a reconnu toutefois elle-même certaines insuffisances en apportant plusieurs précisions à ces arrêtés. Ainsi, elle a assoupli certaines règles (sur le nombre d'équipements d'optique par an ou sur la possibilité de demandes de dispositifs d'optique particuliers pour convenance personnelle) et rappelé le cadrage juridique de certaines dispositions (sur les modalités de prise en charge des dispositifs d'optique particuliers demandés par les patients). Par ailleurs, elle a annoncé deux arrêtés complémentaires, l'un sur la possibilité d'individualisation des éléments des équipements d'optique et l'autre sur les traitements d'orthopédie dento-faciale oubliés. Ces arrêtés modificatifs n'ont pas encore été pris; ils devraient l'être prochainement, ce qui permettra de combler certaines lacunes des textes et de « régulariser » les dispositions d'ordre réglementaire introduites par une simple circulaire: la circulaire prévoit en effet une application immédiate des dispositions envisagées en matière optique « *dans l'attente de la publication de l'arrêté projeté* ».

- L'arrêté relatif au secteur dentaire fait référence à une notion floue « d'impérieuse nécessité médicale » qui a suscité de nombreuses critiques chez les praticiens et des interrogations chez les dentistes-conseils des caisses chargés d'apprécier la réalité de cette impérieuse nécessité médicale.

Même si, en pratique, les dentistes-conseils considèrent que les demandes formulées par les dentistes sont pour la plupart raisonnables et justifiées et accordent presque systématiquement cette dérogation, cette nouvelle notion pose incontestablement des problèmes de définition. Conscient de ces difficultés, le gouvernement a confié une mission d'expertise au docteur Germain ZEILIG, qui a constaté que cette notion est inadaptée sur le plan médical, extrêmement lourde à gérer et financièrement inefficace et a suggéré une mesure palliative: ne pas opposer le plafond pendant l'année qui suit l'intervention d'un praticien afin de permettre au praticien et au patient de mener à bien l'ensemble des soins et prothèses nécessaires, même dans les cas les plus sévères.

Au vu de ce rapport et de l'expérience acquise, le gouvernement a décidé d'aller plus loin et, malgré les réticences des organismes financeurs, de supprimer le plafond de 2.600 F, qui par ailleurs soulève des difficultés de gestion et de suivi, comme indiqué

dans la suite du rapport.

➤ *Des tarifs jugés insuffisants par certains professionnels de santé*

Les tarifs retenus pour le panier de soins paraissent pour certains professionnels de santé inadaptés à leur réalité économique : cette insuffisance est dénoncée notamment par des pharmaciens, qui considèrent que certains tarifs ont été fixés en référence à des normes minima et à des prix de gros (alors que l'achat à l'unité est souvent inévitable dans les petites pharmacies), sans tenir compte des problèmes de qualité et de diffusion des produits ; elle est surtout fortement critiquée par les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes, qui jugent ces tarifs trop bas pour pouvoir assurer des soins de qualité, alors même qu'ils doivent faire face à un accroissement de leurs charges entraîné par le coût de leur plateau technique, les nouvelles méthodes de soins et les exigences réglementaires en matière de sécurité.

Cette question du montant des tarifs, qui constitue la principale pierre d'achoppement dans la mise en œuvre du dispositif, est particulièrement délicate, dans la mesure où il est difficile d'apprécier le bien fondé de ces critiques. Les prix et les montants maximum des dépassements fixés par les arrêtés ont été établis après enquêtes sur les prix effectivement pratiqués en 1999, menées par la CNAMTS auprès notamment des centres de santé et des libéraux, et après négociations avec les organisations représentatives des organismes d'assurance complémentaire maladie. En fait, selon les indications recueillies par la mission à l'occasion de ses entretiens avec les représentants de la profession et les dentistes-conseils des caisses rencontrés, et malgré les difficultés à obtenir un tableau des coûts réels et des marges appliquées par les professionnels, il semble que ces tarifs ne correspondent pas toujours aux prix pratiqués par les chirurgiens-dentistes, qui varient fortement selon la région ou la ville (avec une différence importante entre Paris et la province), selon le quartier ou le cabinet.

Cette difficulté est ressentie de façon particulière dans les DOM, notamment à la Réunion, où les coûts sont supérieurs de 20 % à ceux de la métropole. Elle est également aggravée par le fait qu'en matière dentaire, aucune entente directe avec le bénéficiaire de la CMU sur un dépassement des tarifs pour convenance personnelle n'est possible. Dans la circulaire sur les soins dentaires qu'elle a adressée aux médecins-conseils le 17 août 2000, la CNAMTS distingue l'entente directe et le « reste à charge » prévu par les textes, qui ne s'applique que sur certains actes et sous réserve du respect des tarifs fixés (en cas de dépassement du plafond et de pose d'une couronne céramo-métallique sur une autre dent qu'une incisive, une canine ou une première pré-molaire, à la demande expresse du patient et avec son accord écrit).

Derrière ces problèmes de tarifs applicables pour la CMUC, se dessine en réalité pour les dentistes le problème de la nomenclature (NGAP), considérée comme obsolète et qui devrait être revue à la lumière du rapport de Michel YAHIEL, inspecteur général des affaires sociales, sur l'amélioration des soins dentaires. Ce rapport, remis à la ministre de l'emploi et de la solidarité au mois d'août 2001, propose une revalorisation des soins conservateurs et une réduction du coût des prothèses avec la mise en place progressive d'un encadrement des prix. Il préconise une série de mesures techniques destinées à rétablir l'équilibre entre soins conservateurs et prothèses, à privilégier la transparence et la simplification des procédures et à développer la prévention, notamment auprès des

jeunes et des publics qui fréquentent peu ou pas les cabinets libéraux. Au titre de la lutte contre l'exclusion, il recommande d'améliorer le traitement des honoraires versés aux professionnels par les caisses dans le cadre de la CMU.

Quelle que soit l'appréciation qui peut être portée sur leur bien-fondé, l'ensemble de ces critiques soulevées par certains professionnels de santé méritent attention : au bout de deux ans d'application, il semble aujourd'hui indispensable de faire le point sur la mise en œuvre du panier de soins, tel qu'il a été fixé par les arrêtés du 31 décembre 1999 et par la circulaire ministérielle, et d'envisager éventuellement, en concertation avec les professionnels de santé, certains ajustements tarifaires, en cohérence avec l'évolution de la nomenclature, à réaliser de façon progressive compte tenu du coût d'une réforme globale.

4.3 Une attitude contrastée des professionnels de santé.

La mise en œuvre de la CMU a été facilitée par l'attitude globalement positive de l'ensemble des professionnels de santé, qui ont compris et le plus souvent approuvé les enjeux de cette réforme. Les premiers mois de l'année 2000 ont toutefois été marqués, comme le soulignait le premier rapport de Mme GRZEGRZULKA, par les réticences d'un certain nombre de ces praticiens, plus ou moins ouvertement hostiles à plusieurs dispositifs de la CMU. Ces réserves, moins virulentes aujourd'hui, devraient continuer à s'atténuer dans le cadre de la réflexion générale engagée par le gouvernement dans certains secteurs de santé.

4.3.1 Une loi mal acceptée par certains professionnels de santé

L'ensemble des professionnels de santé partagent les objectifs de la loi et s'accordent pour reconnaître le progrès social que représente la couverture maladie universelle : la CMU a mis fin au système d'assistance de l'AMD, qui favorisait parfois le clientélisme local ; elle a permis de mettre en place une prise en charge simple et rapide des publics démunis. Ils se félicitent également des garanties de solvabilisation des patients qu'elle leur apporte. Pour de nombreux praticiens exerçant dans des zones en difficulté, ce nouveau dispositif n'a pas en fait bouleversé considérablement leur activité, dans la mesure où ils étaient habitués à ce type de publics qui, dans certaines communes, constituaient une partie importante de leurs patients, voire la majorité comme à la Réunion.

Un certain nombre d'entre eux manifestent toutefois leurs réserves, voire leur opposition, devant cette réforme, dans sa conception et dans sa mise en œuvre. Ces critiques sont particulièrement virulentes chez les dentistes et les orthodontistes qui ont vécu assez mal le lancement de la CMU : celui-ci s'est déroulé dans un climat relationnel tendu entre le gouvernement et les chirurgiens-dentistes, après la suspension par arrêté de l'application de la convention de 1997 et la mise en place de normes de sécurité sanitaire jugées de plus en plus contraignantes.

- *La conception de la loi et de ses textes d'application*

La couverture maladie universelle correspond au souci réel d'un certain nombre de professionnels de santé qui participaient déjà, souvent à titre bénévole, à des dispositifs de prise en charge des plus démunis mais, selon eux, la CMU présente le risque de devenir une « super aide sociale », étendue à une population de plus en plus importante.

Par ailleurs, la réforme a instauré un système rigide, moins souple que l'aide médicale départementale qui, malgré ses défauts, permettait une prise en charge correcte des patients grâce aux conventions particulières passées dans de nombreux départements entre le conseil général, les caisses et les professionnels de santé et aux autres aides locales. Dans une appréciation qu'on peut juger excessive, ces praticiens considèrent que les contraintes réglementaires aboutissent à supprimer leur liberté thérapeutique mais aussi la liberté de choix des patients, critique qu'un professionnel rencontré par la mission résume dans la formule « alors que l'AMD proposait une carte, la CMU impose un menu obligatoire ».

➤ *La tarification*

La question très sensible des tarifs se pose avec plus d'acuité pour les professionnels de santé, surtout les chirurgiens-dentistes ayant une forte patientèle de bénéficiaires de la CMU et confrontés, selon eux, aux exigences contradictoires de l'éthique et de l'économique, qui ne pourraient mener qu'à des soins de moindre qualité pour ces patients et donc à une médecine à deux vitesses inacceptable.

➤ **Les conditions d'application de la loi**

Même si elles s'améliorent après des débuts difficiles, les relations entre les professionnels de santé et les CPAM restent encore problématiques dans un certain nombre de départements, notamment à Paris. Les praticiens adressent en effet aux caisses de nombreux griefs, que certains mettent en avant pour rejeter le dispositif lui-même : longueur des délais de remboursement, à l'origine notamment de graves difficultés de trésorerie dans les cabinets récemment ouverts ; nombreuses erreurs de remboursement dont il est souvent impossible d'obtenir la rectification rapide (oubli systématique de remboursement du forfait complémentaire en sus du tarif de responsabilité, remboursements aux patients et non aux praticiens) ; difficultés de télétransmission ; délais pour obtenir les décisions pour les ententes préalables ; travail de « paperasserie » supplémentaire demandé aux praticiens qui sont contraints d'y consacrer beaucoup de temps et d'énergie (contrôle des attestations, envoi des feuilles de soins, pointage des remboursements qui sont envoyés « en vrac », règlement des difficultés avec les caisses)... Ces difficultés réelles conduisent parfois certains praticiens acquis à l'esprit de la CMU à restreindre le nombre de leurs patients bénéficiaires de la CMU.

➤ **Le comportement de certains bénéficiaires de la CMU**

Les professionnels de santé ont dû faire face à l'arrivée de nouveaux patients, auxquels certains d'entre-eux n'étaient pas habitués. Ces patients, qui eux-mêmes n'avaient pas l'habitude de fréquenter des cabinets libéraux, n'adoptent pas toujours spontanément le comportement attendu des patients dans ce cadre et se voient reprocher certaines attitudes excessives et perturbatrices pour le praticien : formulation d'exigences

particulières (demandes de rendez-vous immédiats et prioritaires, recours très fréquents aux visites de nuit et de dimanche) ; multiplication des rendez-vous non respectés qui désorganisent le cabinet et occasionnent des pertes financières importantes ; irresponsabilité et négligence (pas d'envoi des demandes d'ententes préalables ou des feuilles de remboursements, interruption des traitements ; appareillages d'orthodontie endommagés)...

Ce type de comportement, qui n'est d'ailleurs pas forcément l'apanage des bénéficiaires de la CMU, ne peut s'améliorer sans la mise en place concertée d'une véritable éducation à la santé, d'un apprentissage sanitaire et social, qui relève de tous les acteurs concernés.

4.3.2 La nécessité de renouer le dialogue entre l'État et les professionnels de santé

4.3.2.1 Des tensions qui peuvent compromettre la réalisation des objectifs de la loi

Depuis l'adoption de la loi, les professionnels de santé hostiles à certaines de ses dispositions, essentiellement les dentistes, cherchent à obtenir leur modification, en intentant divers recours gracieux et contentieux (en particulier la Fédération des syndicats dentaires libéraux, dont le recours a été rejeté par le Conseil d'État le 30 mars 2001 et la Confédération nationale des syndicats dentaires) et en menant une action de « lobbying » (interventions parlementaires, communiqué commun adressé au gouvernement par les trois principaux syndicats dentaires professionnels). Alors que certains tentent de proposer des dispositifs « palliatifs » comme la mise en place de PASS dentaires, d'autres, comme les orthodontistes, adoptent des positions syndicales officielles de refus d'accueil des bénéficiaires de la CMU.

Sur le plan individuel, les réticences de ces professionnels de santé se traduisent sous des formes diverses : dépassements par rapport aux tarifs CMU, refus de pratiquer le tiers payant, refus de soins. Le tableau établi l'an dernier par la CNAMTS, sur la base d'un questionnaire adressé aux CPAM et aux CGSS, ainsi que le sondage effectué par la CCMISA recensent, de façon non exhaustive, certaines de ces pratiques. Selon les informations ainsi recueillies, hormis les positions de principe affichées par certains syndicats professionnels, ces pratiques revêtent la plupart du temps des formes insidieuses, comme la fixation de rendez-vous à des dates très lointaines ou l'orientation des patients vers les centres de santé, qui ne permettent pas d'établir clairement le comportement fautif de ces professionnels.

Ces cas semblent être le fait de certaines professions, les dentistes et les orthopédistes dento-faciaux, et dans une moindre mesure les opticiens et les pharmaciens. Même s'ils sont relativement isolés, ils ne peuvent pas être tenus pour totalement marginaux. Ce comportement pénalise les bénéficiaires de la CMU qui ne peuvent pas exercer les droits qui leur sont reconnus par la loi ; il a également des effets déstabilisants pour les centres de santé vers lesquels les professionnels de santé orientent les patients : la plupart de ces centres doivent en effet faire face à une surcharge de travail importante mais aussi à une aggravation de leur situation financière, souvent en déséquilibre à cause des tarifs très bas qu'ils pratiquent en général.

Cette attitude négative a conduit la ministre de l'emploi et de la solidarité à rappeler les

obligations des professionnels de santé et à demander aux préfets de faire appliquer la loi, dans une circulaire en date du 12 février 2001 adressée aux préfets de région et de département et aux directions régionales et départementales des affaires sociales. La circulaire précise les différents dispositifs de contrôle et les sanctions applicables en cas d'infractions, en incitant fortement les préfets à sanctionner tout cas qui leur est signalé si un premier avertissement n'a pas suffi. Les refus de ventes concernant les dispositifs médicaux et les refus de soins pour les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent faire l'objet, sur plaintes des patients, d'enquêtes des directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DDCCRF) qui sont susceptibles de déboucher sur une condamnation pénale, assortie de dommages-intérêts ; les refus de soins peuvent également donner lieu à une saisine du conseil départemental de l'ordre. En cas d'infraction aux règles de limitation des dépassements tarifaires en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie, les praticiens sont passibles des sanctions prévues dans la convention nationale.

Ce rappel à la loi, repris par les conseils ordinaires qui, dans leurs bulletins internes ou dans leur correspondance individuelle, prennent soin de rappeler les praticiens à leurs devoirs déontologiques et humanitaires, était indispensable. Il ne semble pas toutefois suffisant en raison des limites d'application de la circulaire ministérielle qui se heurte aux difficultés de constater ou de prouver l'infraction : les patients, peu familiers de ces procédures, sont assez réticents à des signalements écrits et la plupart des praticiens interpellés par les CPAM ne reconnaissent pas les faits invoqués ou nient l'interprétation qui en est donnée. La collaboration entre les services de la DGCCRF et les services de l'assurance maladie est rendue difficile également par le champ de compétences limité des services médicaux des caisses, qui doivent respecter le secret médical et n'ont pas de pouvoir d'enquête sur les praticiens libéraux. Si la démarche amiable des caisses permet souvent de régler ponctuellement le différend entre le professionnel de santé et le patient, l'administration se sent désarmée devant le comportement « insidieux » de certains praticiens : aucune sanction n'a pour l'instant été appliquée.

4.3.2.2 Vers une meilleure concertation avec les professionnels de santé ?

Ces tensions se sont atténuées avec l'amélioration progressive du fonctionnement du dispositif et des relations avec les CPAM mais il demeure encore un certain nombre de difficultés, dans certains secteurs et dans certaines régions, qui, si elles persistaient, pourraient compromettre la réalisation de l'objectif d'accès effectif aux soins fixé par la loi.

Il paraît donc aujourd'hui indispensable de restaurer le dialogue avec les professionnels de santé, en particulier les dentistes, en examinant leurs arguments et en mettant à plat les questions posées, notamment par l'application des tarifs du panier de soins.

L'administration a commencé à s'engager dans cette voie en annonçant plusieurs mesures relatives au panier de soins : suppression du plafond dentaire, ajout d'actes prothétiques non inclus dans l'arrêté de 1999 et des actes inscrits récemment à la NGAP (inlay-core et inlay-core avec clavette), conditions de remboursement des traitements d'orthodontie dento-faciale réalisés sur six semestres et possibilités d'individualisation des équipements d'optique. Ces mesures devraient faire prochainement l'objet d'arrêtés

de modification des arrêtés du 31 décembre 1999.

Cette démarche doit être poursuivie dans le cadre d'une véritable concertation avec l'ensemble des professionnels de santé concernés. Pour les chirurgiens-dentistes, ces questions dépassent en fait celles de la « CMU dentaire » et doivent être traitées dans le cadre plus général des réflexions en cours sur les soins dentaires, en particulier sur la nomenclature générale. Les réponses qui leur seront données, à la suite notamment du rapport YAHIEL, permettront certainement d'améliorer les relations entre l'administration et les professionnels de santé et d'inciter ces derniers à assumer pleinement leurs responsabilités.

4.4 Des instruments créés dans le cadre de la lutte contre les exclusions à développer pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des bénéficiaires de la CMU

L'articulation entre l'accès aux droits et l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU repose en grande partie sur l'action des réseaux médico-sociaux mis en place localement et sur une coopération efficace entre les caisses d'assurance maladie et les établissements de santé. Les nombreuses initiatives prises au niveau local et national ont permis de développer des actions de prévention et d'éducation à la santé assez efficaces mais qui se heurtent encore à certains obstacles.

4.4.1 Une volonté de mettre en place une action coordonnée de prévention et d'accès aux soins pour les plus démunis dans le cadre des PRAPS

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a souhaité encourager la coopération entre les différentes catégories de professionnels au service des personnes en situation de précarité, en atténuant les frontières entre le sanitaire et le social, entre la prévention et les soins, entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour compléter les initiatives déjà prises par les acteurs publics ou associatifs, qui se sont développées de façon inégale et qui sont souvent isolées et sans moyens suffisants. Le plan national d'action contre la pauvreté et l'exclusion sociale (PNAPES) remis à la Commission européenne en juin 2001 et le deuxième programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002-2003) présenté en juillet 2001 s'inscrivent dans la même démarche de lutte contre les exclusions, qui passe en particulier par l'amélioration de l'accès aux soins de santé des personnes en situation d'exclusion. Tout en reconnaissant les progrès accomplis depuis la mise en œuvre de la CMU, le nouveau programme national d'action prévoit différentes mesures destinées à permettre aux plus démunis de recourir davantage à la prévention et aux soins, dans le cadre notamment des PRAPS.

Créés par la loi du 29 juillet 1998, les PRAPS constituent, à côté de la CMU, l'un des deux principaux instruments mis en place afin de réduire les inégalités en matière de santé. Pilotés par les DRASS, sous l'égide des préfets de région, les programmes visent à protéger les personnes en situation précaire qui connaissent des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé ; ils sont destinés à mieux coordonner les acteurs et les

différents dispositifs socio-sanitaires et à améliorer leur efficacité.

Le bilan des 26 PRAPAS effectué par le ministère de l'emploi et de la solidarité en mai dernier a permis de faire le point sur ces programmes qui ont mobilisé depuis 1999 plus de 10.000 acteurs sanitaires et sociaux de terrain et d'analyser les points forts et les points faibles des conditions de leur élaboration et de leur contenu, et donc de préparer les PRAPAS de deuxième génération en 2002.

Au-delà de la diversité des objectifs et des actions programmées, on peut remarquer que la majorité des PRAPAS se sont donnés des objectifs spécifiques semblables comme l'accueil, la prise en charge et le suivi des personnes en situation de précarité, l'accès de ces personnes aux dispositifs de prévention et de dépistage ou le développement du travail en réseau des professionnels du sanitaire et du social. Un certain nombre de PRAPAS prévoient diverses mesures destinées à contribuer à l'effectivité du droit à la santé pour tous et à faciliter la mise en œuvre de la CMU qui est considérée comme l'élément clé de l'accessibilité aux droits des personnes en difficulté : mise en place de dispositifs de veille pour analyser les dysfonctionnements et évaluer l'impact de la CMU, information des professionnels et des réseaux associatifs sur la CMU, information et accompagnement des personnes en difficulté lors de leurs démarches auprès de l'administration...

4.4.2 Le développement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Dans le cadre des PRAPAS, les établissements de santé doivent mettre en place des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Les PASS ont également pour fonction d'accompagner ces personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Situées à proximité ou dans les services d'urgence, pour lesquels elles servent de relais, elles ne constituent pas des filières spécifiques pour les plus démunis : ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population.

L'application concrète de ces objectifs se révèle parfois délicate sur le terrain, en raison des délais nécessaires pour la mise en place de nouveaux instruments et de nouvelles approches, reposant sur une démarche transversale et impliquant une collaboration étroite entre différents acteurs.

Après des débuts hésitants constatés par le rapport rédigé par le docteur Jacques LEBAS en mai 2000, les PASS se mettent en place progressivement - 320 permanences sont installées en 2001 - et bénéficient d'un financement de l'État important (100 millions de francs en mesures de reconduction et 65 millions en mesures nouvelles prévus dans le projet de budget 2002), auquel s'ajoutent en général d'autres crédits locaux.

Les visites effectuées par la mission en milieu hospitalier, notamment en région parisienne (hôpital Saint-Louis et hôpital du Raincy-Montfermeil), en province (Montpellier et PASS d'Elbeuf) et à la Réunion, montrent toutefois les différences d'approche et d'état d'avancement au regard des recommandations de la circulaire ministérielle du 17 décembre 1998.

Elles font apparaître également les difficultés auxquelles se heurtent souvent les responsables des PASS, difficultés recensées par ailleurs par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à la suite de l'enquête qu'elle a lancée en décembre 2000 : intégration inégale au sein de l'hôpital, gestion parfois trop administrative, inadaptation des horaires d'ouverture aux publics visés, insuffisance de liens partenariaux avec les autres acteurs de terrain, fragilité de certaines équipes...

Les PASS en général assurent convenablement leur rôle d'accompagnement des personnes démunies dans leurs démarches de reconnaissance de leurs droits à la CMU, en les informant sur leurs droits, en les aidant à remplir leurs dossiers, en transmettant leurs demandes aux caisses ou en adressant les intéressés aux bureaux permanents de sécurité sociale installés dans les hôpitaux. Leur action se situe toutefois rarement dans le cadre d'une véritable collaboration avec les services d'assurance maladie et les autres partenaires, qui permettrait de favoriser le rapprochement entre les aspects médicaux, sociaux et administratifs du traitement des intéressés et d'assurer ainsi concrètement la nécessaire complémentarité entre la loi sur la couverture maladie universelle et la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Il importe aujourd'hui, à la lumière des premiers bilans de l'activité des PASS, de préciser plus clairement les missions et le champ de compétences de ces permanences, afin d'éviter à leurs responsables et à leurs personnels ces interrogations sur leur rôle et ce sentiment d'isolement qui, malgré leur motivation et leur dévouement incontestables, commencent à provoquer, chez certains, un découragement regrettable.

Comme les PRAPS, les PASS doivent pouvoir constituer des instruments efficaces pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des plus démunis dans une démarche générale de lutte contre les exclusions.

CHAPITRE 5 – LES DISPOSITIONS FINANCIERES

5.1 Un schéma général de financement associant des crédits budgétaires et diverses ressources externes

5.1.1 CMU de base : pour l'essentiel, des ressources budgétaires affectées

Le financement de la CMU de base repose sur :

- les cotisations prélevées sur les revenus des bénéficiaires de la CMU sur critère de résidence excédant un plafond de ressources fixé par décret (42.000 F par an en 2000, 42.670 F, soit 6.505 euros, à compter du 1^{er} octobre 2001 pour une personne seule) ;

- à titre principal, divers crédits budgétaires affectés à la CNAMTS, gestionnaire de la CMU de base : dès 2000, une fraction des droits de consommation sur le tabac, du prélèvement sur le patrimoine et les placements antérieurement affectés à la CNAF et du droit des alcools précédemment affectés au FSV ; à compter de 2001, ensemble de la cotisation sur les véhicules terrestres à moteur.

Ces recettes ont pour objet de compenser la perte pour la CNAMTS des recettes de cotisations qu'elle percevait au titre de l'assurance personnelle et de prendre en compte l'extension du champ des personnes couvertes par la CMU sur critère de résidence, au regard de cet ancien système.

Globalement, les prévisions figurant dans l'étude d'impact associée au vote de la loi portant création d'une couverture maladie universelle tablaient, pour l'année 2000, sur un volume de recettes de 7,73 milliards F, dont 0,10 milliard de cotisations à la charge des assurés, le solde correspondant au produit des différentes affectations. Le rendement de ces recettes a été proche de ces estimations, puisqu'il peut être évalué à 7,46 milliards F.

Des transferts d'affectation de ces droits à l'intérieur de la sphère sécurité sociale ont par la suite été opérés dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Les recouvrements de cotisations des assurés ont représenté en 2000 environ 65 MF, soit un montant inférieur à l'estimation initiale (100 MF) ; comparé au produit des cotisations d'assurance personnelle effectivement payées par les assurés, soit 440 MF en 1997, ce montant marquait déjà l'importance des allègements de charges supportées précédemment par les ex-assurés personnels. Comme indiqué au chapitre 1 du rapport, les assurés cotisants relevant du régime 801 s'élevaient fin décembre 2000 à environ 30.000, soit 4 % de l'ensemble des assurés sur critère de résidence.

Les recettes affectées à la couverture de la CMU sur critère de résidence ne peuvent pas être rapprochées des dépenses liées à l'exercice de ce droit, qui ne sont pas individualisées dans les comptes de la CNAMTS, conformément d'ailleurs à ce qui avait été indiqué lors de la discussion parlementaire.

5.1.2 CMU complémentaire : des contributions des organismes complémentaires et une dotation d'équilibre de l'État

Le financement de la CMUC a été évoqué dans le rapport public de la Cour des comptes de septembre 2001 sur la sécurité sociale. Sans revenir sur diverses observations émises par la Cour, le présent rapport rappelle que la loi du 27 juillet 1999 a prévu, en son article 27, deux modes de financement. Aux termes de l'article L.862-3 du CSS, les recettes du Fonds de financement (Fonds CMU) sont constituées par :

« a) un versement des organismes mentionnés à l'article L.862-4 établi dans les conditions fixées par ce même article » : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance sont assujetties à une contribution fixée à 1,75 % de leur chiffre d'affaires « santé » hors taxe ;

« b) une dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer le fonds ».

Ces recettes permettent de couvrir les dépenses du Fonds de financement, prévues à l'article L.862-2 : versements aux organismes de sécurité sociale et aux organismes complémentaires, pour l'essentiel, et frais de gestion administrative.

Le paragraphe 5.2 ci-après détaille les résultats de l'année 2000, les perspectives de la gestion 2001 et les prévisions pour 2002.

5.1.3 Un équilibre général réalisé en 2000 sans surcoût pour les finances publiques

L'étude d'impact réalisée au moment de la préparation de la loi créant la CMU avait évalué l'incidence financière de la loi sur les finances de l'État : elle prévoyait un surcoût net de 1,71 milliard à la charge de l'État.

Ce chiffre correspondait au solde entre les prévisions de dépenses du dispositif à la charge de l'État, soit 10,90 milliards F, dont 7,20 milliards de dotations d'équilibre au Fonds CMU, et les recettes ou les diminutions de dépenses de l'État induites par la loi, soit 9,19 milliards F, générées principalement par la réduction de la dotation globale de décentralisation résultant de la suppression de l'aide médicale départementale (8,69 milliards F), ainsi que par un allègement prévisionnel des charges au titre de l'aide médicale de l'État (0,50 milliard F).

Les négociations entre les représentants de l'État et des départements sur le montant du transfert à réaliser pour traduire la suppression de l'AMD ont débouché sur un accord à hauteur de 9,02 milliards F, pour solde de tout compte, un montant arrêté à 5 % des budgets départementaux d'aide médicale a été laissé à la disposition des conseils généraux. Certains conseils généraux ont contesté les résultats de cet arbitrage, mais un seul, à la connaissance de la mission, a entrepris une action contentieuse.

Pour les raisons exposées au chapitre 1 du rapport, les dépenses relatives à la CMUC se

sont situées en deçà des prévisions en 2000 : en particulier, l'effectif constaté de bénéficiaires, notablement inférieur à l'effectif prévu, en raison notamment de l'amélioration de la situation économique et de l'emploi, a permis de réduire sensiblement la subvention d'équilibre au Fonds de financement inscrite en loi de finances initiale. En conséquence, la mise en oeuvre de la loi n'a pas engendré de surcoût sur les finances de l'État, par rapport au dispositif antérieur, sur la gestion 2000.

5.2 Des ressources jusqu'ici suffisantes pour financer les dépenses de couverture complémentaire de santé

5.2.1 Les résultats de l'année 2000

Les transferts financiers nécessaires au financement de la CMU complémentaire sont organisés par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Créé par l'article 27 de la loi CMU (article L.862-1), ce fonds est un établissement public national à caractère administratif. Le décret n° 99-1028 du 9 décembre 1999 a fixé la composition du conseil d'administration et du conseil de surveillance du fonds, ainsi que ses conditions de fonctionnement et de gestion.

Mis en place dans le courant de l'année 2000, le Fonds CMU a enregistré en 2000 les résultats financiers suivants, tels qu'ils apparaissent dans la présentation simplifiée annexée à son premier rapport d'activité.

Tableau n° 15 - Résultats financiers du Fonds CMU en 2000 (en milliers de francs)

Charges	Montant	Produits	Montant
Gestion administrative	2.647	Dotation de l'État	5.250.000
Paiement aux régimes de base et aux organismes complémentaires	6.019.934	Contribution des organismes	1.617.201
Provisions	619.566		
Résultat	225.054		
Total des charges	6.867.201	Total des produits	6.867.201

(Source : Fonds CMU)

Ce tableau simplifié appelle quelques commentaires :

- hors frais de gestion administrative, le coût prévisionnel de la CMUC au moment du vote de la loi ressortait à 9 milliards F, correspondant à 6 millions de bénéficiaires pour un coût unitaire de 1500 F. Le financement était assuré par la dotation d'équilibre de l'État, inscrite en loi de finances initiale 2000 à hauteur de 7 milliards F, et pour le solde par les contributions attendues des O.C. au titre du 1,75 % ;

- le budget primitif du Fonds, fixé par un arrêté interministériel du 30 mai 2000, avait été construit à partir des hypothèses suivantes : nombre de bénéficiaires estimé à 5 millions en janvier 2000 (3,2 millions de « basculés » et 1,8 million de nouveaux bénéficiaires) et de 6 millions en décembre 2000 ; gestion par les régimes de base de 90 % des bénéficiaires « basculés » et de 50 % des nouveaux bénéficiaires ; gestion par

les O.C. de 10 % des « basculés » et de 50 % des nouveaux bénéficiaires ; dépense moyenne par bénéficiaire de 1.500 F par an ;

Il en résultait un montant de dépenses techniques de 7,90 milliards F - soit 6,30 milliards F de remboursements aux régimes de base et 1,60 milliards F aux O.C. - , équilibré en recettes par les contributions nettes perçues par le Fonds, soit 0,90 milliard F (1,80 milliard de contributions brutes, moins 0,90 milliard F de déductions), et pour le solde par la dotation d'équilibre de l'État, à concurrence de 7 milliards F ;

- compte tenu de l'écart déjà signalé entre effectif prévu et constaté de bénéficiaires de la CMUC, les charges de remboursement aux caisses d'assurance maladie et aux organismes complémentaires ont été inférieures à ces estimations ; en conséquence, la dotation d'équilibre de l'État effectivement versée a été limitée à 5,25 milliards F ; par rapport à l'échéancier des versements de l'État annexé à la convention du 9 juin 2000 entre l'État et le Fonds, qui prévoyait un premier versement semestriel de 3.501 millions F, puis six versements mensuels de 583 millions F, soit au total 7 milliards F, il a été décidé de ne pas verser les trois dernières mensualités ;

- le budget modificatif du Fonds, voté par le conseil d'administration le 7 décembre 2000, a pris en compte un effectif de bénéficiaires de 5 millions au 31 décembre 2000, une dépense unitaire maintenue à 1.500 F, et une répartition réaliste entre régimes de base (92 %) et O.C. (8 %), aboutissant à un montant total de dépenses de 6,45 milliards F, financé par une contribution nette des organismes complémentaires de 1,60 milliards F et par la dotation de l'État, arrêtée à 5,25 milliards F, laissant espérer un solde positif de clôture de l'exercice de l'ordre de 400 millions F ;

- l'écart entre la dotation prévue et la dotation effectivement versée, soit 1,75 milliard F, a permis de financer diverses dépenses sociales, par redéploiement dans le cadre du décret de virement du 8 novembre 2000 (749,5 millions F) et de la loi de finances rectificative de fin 2000 (arrêté d'annulation du 15 novembre 2000 : 1.000 millions F) ;

- en exécution définitive, les charges se sont élevées à 6.641 millions F et les produits à 6.866 millions F, laissant un solde positif de 225 millions F.

Le tableau ci-après résume les différences entre prévisions et réalisations sur la première année de gestion de la CMU complémentaire.

Tableau n° 16 - Ecart prévisions/réalisations en 2000
(arrondi en millions de francs)

	Budget primitif	Budget modificatif	Réalisations
Dotation de l'État	7.000	5.250	5.250
Contribution des O.C.	900	1.500	1.617
Total recettes	7.900	6.750	6.867
Remboursements aux régimes de base	6.300	6.745	6.567
Paiements aux O.C.	1.595	-	72
Frais de gestion administrative	5	5	3
Total dépenses	7.900	6.750	6.642
Résultat du Fonds CMU	-	-	225

(Source : Fonds CMU)

5.2.2 La gestion 2001

Le tableau suivant reflète les modifications intervenues en 2001 sur le budget du Fonds : le budget primitif, voté par le conseil d'administration le 7 décembre 2000, a fait l'objet de deux décisions modificatives, n°1 (approuvée le 4 avril) et n°2 (approuvée le 28 novembre).

**Tableau n° 17- Modifications du budget du Fonds CMU en 2001
(en millions de francs)**

Article	Intitulé	Budget primitif	DM 1 et 2	Budget définitif
	Total gestion administrative	7	-	7
657	Charges techniques	7.593	- 323	7.270
681	Dotation aux amort.et provisions	-	+ 700	700
	Total gestion technique	7.593	+ 377	7.970
	Total dépenses	7.600	+ 377	7.977
756	Cotisation, contributions et pr.affectés	1.000	- 1.000	0
757	Autres produits techniques	6.600	+ 534	7.134
781	Reprises sur amort. et provisions	-	+ 618	618
	Report à nouveau	-	+ 225	225
	Total recettes	7.600	+ 377	7.977

(Source : Fonds CMU)

L'examen de ces mouvements budgétaires appelle deux observations : la première vise à éclairer les motifs de ces modifications ; la seconde porte sur la nomenclature budgétaire et comptable, qui ne facilite pas la compréhension du contenu du budget.

5.2.2.1 Deux catégories de mouvements budgétaires

➤ Des modifications techniques

Il s'agit :

- en dépenses, de l'alimentation en cours de gestion de l'article « dotation aux provisions » pour 700 millions F, à comparer au montant inscrit en compte financier de 2000 (619 millions F) et à rapprocher, notamment, des provisions inscrites parallèlement dans les comptes des régimes d'assurance maladie ;
- en recettes, de la fusion sur le seul article 757 des contributions des O.C. et de la dotation de l'État ; de l'inscription sur l'article 781 des reprises de provisions 2000, soit 619 millions ; enfin, de l'équilibrage des comptes par le report à nouveau du solde positif de 2000, soit 225 millions F.

➤ Des ajustements résultant de la gestion du dispositif

Le budget primitif 2001 a été établi en se fondant sur les hypothèses suivantes :

- nombre de bénéficiaires : de 5 millions au 31-12-1999 à 5,6 millions au 31-12-2000
- répartition des bénéficiaires : régimes de base : 81 % et O.C. : 19 %
- dépense moyenne par bénéficiaire : 1.500 F par an

- contribution nette des O.C. : 1 milliard F
- dotation d'équilibre de l'État : 6,60 milliard F

Au vu de l'évolution constatée des effectifs de bénéficiaires, de leur distribution entre la gestion par les régimes de base et par les organismes complémentaires et des dépenses enregistrées grâce au suivi mis en place, des ajustements de constatation ont été opérés en cours d'exercice et traduits dans les décisions modificatives. Ces ajustements sont fondés notamment sur un nombre des bénéficiaires au 31 décembre 2001 estimé à 4,8 millions, contre 4,6 millions au 30 septembre.

S'agissant des recettes, ces constats ont conduit à porter de 1 milliard à 1,30 milliard le rendement prévisible des contributions nettes des O.C., en raison d'un volume de déductions plus faible qu'initialement prévu, compte tenu de la part relative des bénéficiaires de la CMUC gérée par ces organismes, qui n'a progressé que lentement en 2001, comme indiqué déjà dans le présent rapport. Par ailleurs, la dotation d'équilibre de l'État a été réduite de 766,4 millions F et ramenée ainsi de 6.600 millions F à 5.833,6 millions F. L'échéancier des versements de l'État, qui prévoyait douze mensualités de 550 millions F, a été modifié en conséquence.

Cet ajustement négatif correspond à trois mesures de redéploiement intervenues en cours d'année pour abonder d'autres lignes budgétaires du ministère de l'emploi et de la solidarité, par la voie des décrets de virement du 31 juillet (29,4 millions) et du 31 octobre (166 millions F), de l'arrêté d'annulation du 14 novembre, annexé à la loi de finances rectificative (521 millions) et d'un mouvement de 50 millions F à l'intérieur du chapitre 46.82, au profit de l'article 20 : « aide médicale de l'État ».

5.2.2.2 Une présentation du budget et des comptes trop contractée au regard des activités du Fonds

La présentation du budget et des comptes du Fonds CMU obéit aux instructions comptables applicables aux établissements publics nationaux à caractère administratif. Cependant, elle apparaît peu favorable à la transparence des comptes et à la compréhension des éléments financiers représentatifs des activités qui ont justifié la création de cet établissement public.

Ainsi, les dépenses de gestion administrative, qui constituent moins de 1 % des charges, font l'objet d'une présentation détaillée selon la nomenclature habituelle par nature de charges, réparties sur 26 articles, alors que les charges techniques, soit 99 % du total, sont, hors dotations aux provisions, regroupées sur le seul article 657 : « charges techniques », sans qu'il soit possible, à ce niveau, de distinguer les remboursements du Fonds aux organismes de base et aux organismes complémentaires, éléments d'information pourtant essentiels pour le suivi du dispositif mis en place par la loi CMU.

S'agissant des recettes, la présentation initiale, qui distinguait l'article 756 « cotisations, contributions et produits affectés » pour l'imputation des contributions des O.C., de l'article 757 « autres produits techniques », sur lequel était inscrite la dotation d'équilibre de l'État, n'est plus utilisée depuis la décision modificative 1 du 4 avril 2001 : la direction du Fonds a dû en effet regrouper l'ensemble des crédits sur le seul

article 757, par ailleurs peu explicite dans son intitulé . Cette mesure a été justifiée « *par le strict respect du plan comptable MIRCOSS qui réserve le compte 756 aux organismes de recouvrement* » ; or le Fonds ne perçoit pas lui-même les contributions des O.C, puisque celles-ci sont recouvrées par les URSSAF pour le compte du Fonds et reversées à celui-ci par l'ACOSS, en application de la convention du 3 juillet 2000 qui organise les transferts financiers entre les deux établissements publics.

Pour assurer correctement l'information des administrateurs, qui représentent les services centraux de l'État compétents, la direction du Fonds doit donc compléter les documents budgétaires réglementaires par des tableaux explicatifs plus détaillés. Sans mettre en cause les normes comptables en vigueur, il serait souhaitable que le mode de présentation du budget et des comptes puisse refléter plus clairement la nature des opérations génératrices des principales dépenses ; l'origine distincte des financements est, pour sa part, assurée dans les comptes (75741 pour la dotation de l'État et 75742 pour les versements de l'ACOSS).

En revanche, une lettre du directeur de la comptabilité publique du 10 août 2001 a permis de régler le problème comptable résultant de la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 862-3 du CSS (article 27 de la loi CMU), qui précise que « *le solde annuel des dépenses et des recettes doit être nul* ». La solution retenue pour équilibrer les comptes du Fonds CMU consiste en fin d'exercice à solder le compte 12 « résultat de l'exercice » par le transfert au compte 11 « report à nouveau ». En cas d'excédent, un prélèvement équivalent sur le fonds de roulement est opéré sur l'exercice suivant et vient abonder les recettes de l'exercice : c'est le mouvement traduit en décision modificative 2 en 2001 ; en cas de déficit constaté à l'issue d'un exercice, l'État devrait majorer la subvention versée à l'établissement au cours de l'exercice suivant.

5.2.3 Les prévisions pour 2002

Le budget voté le 28 novembre 2001 par le conseil d'administration s'élève à 1.226 millions d'euros (soit 8.042 millions F). Ce budget de consolidation du budget définitif de 2001 (8.023 millions F, soit 1.223 millions d'euros) repose sur les hypothèses suivantes :

- nombre de bénéficiaires égal au 31 décembre à celui fin décembre 2001 : estimé à 4,8 millions, avec un volume d'entrées de 90.000 par mois, soit environ 1.100.000 sur l'année, un effectif de sortants du même ordre, du fait de la radiation début janvier 2002 des personnes maintenues dans leurs droits au second semestre 2001 (ressources entre 3.600 et 4.000 F) et des sorties au rythme actuel des réexamens de situations (30 % des nouveaux bénéficiaires et 20 % des ex bénéficiaires de l'AMD). Cette stabilité n'exclut pas des fluctuations à l'intérieur de l'exercice ;

- répartition des nouveaux bénéficiaires : deux tiers gérés par les régimes de base et un tiers par les organismes complémentaires, ce qui porterait à environ 14 % le stock des bénéficiaires gérés en fin 2002 par un O.C. ;

- dépense moyenne par bénéficiaire calculée sur la base de la dépense constatée en 2000, majorée du taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie de 2001, reconduit en 2002 ;

- contribution nette des O.C. évaluée à 190 millions d'euros (environ 1,2 milliard F), pour une contribution brute de 308 millions d'euros (environ 2 milliards F) correspondant à une assiette de 17,6 milliards d'euros (115 milliards F).

Le tableau ci-après compare, selon une présentation fonctionnelle, les recettes et les dépenses du Fonds CMU pour 2000 (exécution), 2001 (estimation) et 2002 (prévision). Cette présentation exclut les provisions et les reprises sur provisions, qui s'annulent d'une année sur l'autre.

Tableau n° 18 - Recettes et dépenses en 2000, 2001 et 2002
(arrondi en millions de francs)

	2000	2001	2002
Dotation de l'État	5.250	5.834	6.100
Contribution des O.C.	1.617	1.300	1.250
Total recettes	6.867	7.134	7.350
Remboursements aux régimes de base	6.567	7.190	7.146
Paiements aux O.C.	72	152	197
Frais de gestion administrative	3	7	7
Total dépenses	6.642	7.349	7.350
Résultat du Fonds CMU	225	- 215	-

(Source : Fonds CMU)

5.3 Un dispositif progressivement mis en place par le Fonds de financement de la CMUC

5.3.1 Des missions diversifiées, précisées par une lettre ministérielle

Conformément à l'article L. 862-1 du CSS, la mission première du Fonds CMU est de financer la couverture des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Par une lettre du 8 mars 2001, la ministre de l'emploi et de la solidarité a précisé les missions et identifié les actions que le directeur du Fonds doit mettre en œuvre. Celui-ci devrait remettre prochainement un premier bilan des mesures prises dans ce cadre dès 2001.

La mise en œuvre des fonctions liées à la perception des contributions, au contrôle des organismes complémentaires et aux remboursements aux caisses et aux O.C. est évoquée dans les deux paragraphes suivants. Trois autres types d'interventions méritent d'être signalées :

5.3.1.1 L'analyse des dépenses

La lettre de mission du 8 mars 2001 demande au directeur du Fonds de veiller tout particulièrement « à produire une analyse détaillée des dépenses, notamment grâce aux états que doivent vous envoyer les organismes de base et complémentaires, retraçant les effectifs, les dépenses et la répartition de ces dépenses ».

En liaison avec les caisses nationales d'assurance maladie et les O.C., le Fonds est en effet à même de rassembler les informations utiles. Le décret n° 99-1028 du 9 décembre 1999 prévoit (article R. 862-12 du CSS) que le Fonds CMU reçoit des O.C. ou de leurs associations, ainsi que des organismes de sécurité sociale, un état retraçant, d'une part, le montant total des prestations servies au cours de l'année de référence, d'autre part, le montant de la prise en charge de chacun des éléments constitutifs des prestations de la CMUC (ticket modérateur, forfait journalier, frais exposés en sus des tarifs de responsabilité dans le cadre du panier de soins).

Les éléments relatifs au suivi et à l'analyse des dépenses ont été mentionnés au chapitre 4 du rapport.

5.3.1.2 La connaissance des effets du dispositif et les relations avec les différents partenaires

Connaître les effets sociaux du dispositif CMU entre dans les attributions du Fonds. Cette connaissance découle des informations rassemblées par la direction du Fonds, et des études qu'elle peut lancer ou auxquelles elle peut s'associer : trois projets d'études ont ainsi été définis pour le proche avenir. Elle résulte aussi des contacts noués par le Fonds avec les différents acteurs institutionnels concernés par la mise en œuvre de la loi.

Ces partenaires participent d'ailleurs au conseil de surveillance du Fonds, instance qui, comme prévu à l'article R. 862-8 du CSS, « *concourt au suivi et à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social* » ; le conseil de surveillance s'est réuni à quatre reprises depuis sa création ; la lecture des procès-verbaux montre l'intérêt porté par l'ensemble de ses membres aux thèmes qui font, par ailleurs, l'objet du présent rapport.

5.3.1.3 L'information et la communication

Le Fonds a un rôle important à jouer dans ce domaine. Une publication périodique, diffusée à 4.500 exemplaires, (« Références CMU ») est éditée depuis février 2001 : quatre numéros ont été publiés jusqu'ici. L'actualisation de la liste nationale des organismes complémentaires est en cours. Cette liste nationale, qui fait la compilation des arrêtés préfectoraux, est jusqu'à présent disponible sur le site du GIE Sesam-Vitale. Un site Internet devrait être mis en place par le Fonds début 2002 : il mettra à la disposition des partenaires intéressés la liste actualisée des O.C., ainsi que l'ensemble des points d'accueil des organismes. Il communiquera des informations générales sur la CMUC, publiera une rubrique « Actualité » et diffusera les numéros de « Références CMU ».

.5.3.2 Le recouvrement des contributions et la fonction de contrôle

5.3.2.1 Un recouvrement des contributions effectué par les URSSAF

Comme rappelé plus haut, les organismes complémentaires sont assujettis à une contribution à versements trimestriels, « assise sur le montant hors taxe des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut, d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de santé, à l'exclusion des réassurances » (article L.862-4 du CSS). Sur cette contribution brute de 1,75 % du chiffre d'affaires « santé » peuvent s'imputer les déductions de 375 F par trimestre pour chaque personne bénéficiant de la CMUC gérée par l'organisme complémentaire. Enfin, lorsque le montant de la contribution due est inférieure au montant de la déduction, les O.C. demandent au Fonds le versement de cette différence.

Les contributions recouvrées par les 22 URSSAF « pivots » et les CGSS dans les DOM sont centralisées par l'ACOSS et reversées au Fonds CMU sous forme d'acomptes trimestriels, selon les modalités prévues par la convention de gestion du 3 juillet 2000 passée entre les deux établissements publics. L'ACOSS fournit au Fonds, pour chacune des périodes concernées, un état justificatif faisant apparaître « l'assiette de la contribution ; le montant de déduction opérée ; le montant de la contribution encaissé, ainsi que les restes à recouvrer ».

Par ailleurs, aux termes de l'article R. 862-11, le Fonds doit recevoir chaque trimestre des O.C. une copie du document déclaratif transmis aux URSSAF, comportant notamment l'assiette et le montant de la contribution due, ainsi que le nombre de bénéficiaires gérés par l'organisme. Cette obligation a été fréquemment perdue de vue par nombre d'organismes complémentaires au cours des premiers mois de montée en charge du dispositif ; la direction du Fonds a dû procéder à de très nombreux rappels, ainsi qu'à des vérifications et à des corrections de déclarations incomplètes ou inexactes. Cependant, aux dires de cette direction, la situation est à présent pratiquement normalisée, grâce aux contacts établis avec l'ensemble de ces organismes.

En septembre 2000, le Fonds ne disposait ainsi des doubles de bordereaux que pour 700 organismes. Tous les organismes inconnus du Fonds et inscrits sur des arrêtés préfectoraux ont été contactés (600 lettres) puis plus de 700 O.C. ont été relancés, après rapprochement des fichiers du Fonds avec ceux des URSSAF. Enfin, une cinquantaine d'organismes ont été trouvés grâce à des investigations diverses : recherches sur Internet, dans la presse, etc...

Le Fonds dispose désormais d'une base de 1.650 O.C. assujettis à la taxe (dont 200 ont d'ores et déjà disparu, suite à des fusions ou à des regroupements de déclarations), pour 578 O.C. gérant à cette date des bénéficiaires de la CMUC.

Les indications relatives à l'année 2000 font état, à partir de l'exploitation de ces bordereaux, d'une assiette de la contribution de 103.847 millions F, qui devrait connaître une progression en 2001. Les mutuelles représentaient 72 % de l'assiette, les sociétés d'assurance, 21 % et les institutions de prévoyance, 16 %.

Les contributions des organismes complémentaires ont été comptabilisées dans le compte financier du Fonds à hauteur de 1.617 millions F, soit 1.847 millions F de contributions brutes et 230 millions F de déductions. Selon les précisions fournies au conseil d'administration du Fonds, ce montant correspond à la somme des

encaissements effectifs des URSSAF en 2000 (1.260 millions F), de l'évaluation des encaissements à intervenir en 2001 (350 millions F) et de contributions non recouvrées (7 millions). A elle seule, l'URSSAF de Paris perçoit 60 % des contributions nettes des O.C.

5.3.2.2 *Un contrôle des déductions réalisé conjointement par les URSSAF et par le Fonds*

Le deuxième alinéa de l'article L. 862-5 du CSS dispose que les sommes dues au titre de la contribution des O.C. sont recouvrées et contrôlées « *suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L.862-1* ». En conformité avec l'article R. 862-13 du CSS, le Fonds CMU et l'ACOSS ont signé le 4 avril 2001 une convention relative aux modalités de contrôle de la déduction opérée par les O.C. qui organise les conditions de délégation de contrôle au Fonds.

Cette convention précise, en préambule, que le contrôle de la déduction est réalisé conjointement par le Fonds et par les organismes du recouvrement « *selon un régime juridique différent. Le Fonds effectue des vérifications sur pièces et sur place dans le cadre de l'article R. 862-13 du code de la sécurité sociale. Les organismes du recouvrement effectuent des contrôles sur place selon les dispositions des articles L. 243-7 et R. 243-59* » du même code. La vérification sur pièces effectuée par le Fonds CMU porte sur la cohérence des informations transmises au Fonds par les organismes contributeurs (identité des bénéficiaires et numéro de sécurité sociale, date d'ouverture des droits à la CMUC, nom de l'organisme qui a pris la décision d'attribution) avec celles détenues par les caisses d'assurance maladie. La vérification sur place porte, en outre, sur les pièces justificatives du contrat entre les bénéficiaires et les organismes contributeurs. En cas d'anomalies, le Fonds avise les organismes du recouvrement, qui procèdent aux régularisations nécessaires. De leur côté, les URSSAF procèdent au contrôle de la déduction dans le cadre de leurs diligences de droit commun ; le Fonds leur apporte un soutien méthodologique.

Compte tenu des retards observés parfois dans la transmission par les CPAM des informations concernant l'option de certains bénéficiaires en faveur d'une gestion de leur protection complémentaire par tel ou tel O.C., la mission se demande s'il ne conviendrait pas, en cas de contrôle sur place, que les vérificateurs du Fonds s'assurent auprès des CPAM les plus proches que des dossiers d'ouverture des droits à la CMUC contenant un choix de gestion par l'organisme contrôlé ne demeurent pas conservées en gestion provisoire dans ces CPAM, sans que l'O.C. concerné en ait été avisé.

Afin de coordonner les interventions, le Fonds communique à l'ACOSS au début de chaque année la liste des O.C. qu'il projette de vérifier et précise ceux qu'il souhaite voir contrôler par les organismes du recouvrement. L'ACOSS est rendue destinataire par le Fonds de son compte rendu annuel d'exécution des vérifications.

Le plan de contrôle du Fonds a porté en 2001 sur 12 organismes complémentaires, gérant au total environ 45.000 bénéficiaires, soit 8 % du champ de gestion actuel des O.C. Les anomalies relevées, au demeurant peu nombreuses, n'ont pas donné lieu à

demandes de redressement auprès des URSSAF, qui en ont été toutefois informées. Les difficultés de liaison entre caisses et O.C. ont gêné ces derniers pour justifier correctement leurs prises en charge. Ils ont accompli un travail important de rapprochement avec les caisses pour présenter la situation la plus convenable possible aux vérificateurs du Fonds. Aucun cas de fraude ou de négligence grave n'a pu être suspecté. Dans ces conditions, la direction du Fonds a estimé qu'il aurait été injuste de faire porter aux seuls organismes complémentaires la responsabilité de dysfonctionnements imputables, comme déjà signalé à la fin du chapitre 3, à la pluralité des acteurs.

En 2002, il est prévu de procéder à 18 contrôles sur place (78.278 bénéficiaires) et à 19 contrôles sur pièces (29.082 bénéficiaires), soit au total 37 contrôles d'organismes gérant au total 107.360 bénéficiaires.

5.3.2.3 Des difficultés dans la comptabilisation des déductions, résultant en partie des problèmes de liaisons entre les caisses et les organismes complémentaires

Les difficultés, évoquées au chapitre 3 du rapport, de transmission et de réception entre caisses d'assurance maladie et organismes de protection complémentaire de l'information nécessaire à la comptabilisation des déductions, expliquent que certains O.C. n'opèrent pas cette déduction dans le délai réglementaire, à savoir au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil. Elles ont conduit le Fonds CMU à retenir une procédure simplifiée de prise en compte des régularisations.

La charge financière de l'O.C. commence au premier jour du droit à la CMUC. Lorsque la CPAM, pour des raisons liées au dysfonctionnement du tiers payant coordonné, engage des prises en charge pour le compte d'un bénéficiaire ayant opté pour la gestion par l'O.C., elle doit ensuite régulariser les opérations comptables en présentant la facture correspondante à l'organisme complémentaire concerné. De leur côté, ces organismes peuvent être conduits à opérer des déductions au-delà de la date à laquelle elles auraient dû être portées sur la déclaration de contribution. Ces constats ont conduit la direction du Fonds à préconiser les procédures suivantes :

- concentration des déductions « rétroactives » sur le bordereau du quatrième trimestre de 2001, à adresser fin janvier 2002 ;
- production, en accompagnement de ce bordereau, d'une attestation précisant la répartition des régularisations selon les trois premiers trimestres de 2001.

Une information précise sur ce nouveau dispositif a été faite aux O.C. potentiellement concernés par lettre du 2 octobre 2001.

.5.3.3 Les versements aux caisses d'assurance maladie et aux organismes complémentaires

5.3.3.1 Les versements aux organismes de sécurité sociale

Le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal à leurs dépenses au titre de la CMUC figure parmi les dépenses du Fonds énumérées à l'article L. 862-2 du CSS. Comme prévu à l'article L. 862-11, les modalités de versement ont été précisées par des conventions signées par le Fonds avec la CNAMTS, la CANAM et la CCMSA.

La convention conclue le 4 juillet 2000 avec la CNAMTS prévoyait en annexe un échéancier de versement en 2000 de 2.622 millions F en juin 2000, suivi de six versements mensuels de 437 millions F, soit au total 5.244 millions F. Ces acomptes ont été complétés par un versement en avril 2001 de 369 millions F, à titre de régularisation de la différence entre les dépenses effectives de la CNAMTS et le montant des acomptes versés. L'avenant passé pour la gestion 2001 s'établit à 6.648 millions F, soit six versements mensuels de 600 millions F au premier semestre et six versements mensuels de 508 millions F au second semestre. Ces acomptes feront l'objet d'une régularisation en avril 2002.

La convention passée le 11 juillet 2000 avec la CANAM renvoyait à un échéancier de versement en 2000 de 252 millions F, avec un versement semestriel de 126 millions F en juin 2000 et six versements mensuels de 21 millions F au cours du second semestre. Au regard de l'acompte de 252 millions F, la CANAM a produit le 5 avril 2001 un état justificatif des prestations servies de 147.390.523, 40 F, hors provision ; la différence, soit 115 millions F, a été créditée au Fonds en mai 2001. L'avenant concernant 2001 porte sur douze mensualités de 13 millions F, soit 156 millions F, effectivement versés pour l'année en cours.

La convention avec la CCMSA a été signée le 10 octobre 2000. Elle a fait l'objet d'un versement d'acomptes de 420 millions F en octobre 2000 et de deux versements de 42 millions F en novembre et décembre 2000. Au regard des dépenses du régime, une régularisation de 306 millions F a été effectuée en mai 2001 au profit du Fonds CMU.

Au total, les trois conventions signées avec les caisses nationales d'assurance maladie prévoyaient en 2000 un versement d'acomptes égal à 6.000 millions F. Les prestations servies, au vu des états de dépenses transmis par les trois régimes, se sont élevées au total à 5.948 millions F ; des régularisations positives et négatives ont été opérées en 2001, conformément aux clauses conventionnelles, pour un solde net de 52 millions F de reversements au Fonds. Les charges figurant au compte financier du Fonds au titre de ces trois régimes ressortent à 5.948 millions F. Pour ces trois régimes, des provisions ont été inscrites aux comptes du Fonds pour 608 millions F, parallèlement à celles passées dans les comptes de ces régimes. Elles correspondent aux dépenses 2000 réalisées en 2001 et permettent d'appliquer la règle des « droits constatés » dans les relations financières entre le Fonds et les régimes.

5.3.3.2 Les versements aux organismes complémentaires

Les versements aux O.C. visés au b) de l'article L. 862-2 correspondent aux sommes prévues à l'article L. 862-6, lorsque le montant de la contribution due est inférieur à celui de la déduction, compte tenu de l'importance de la population couverte par la CMUC.

En 2000, ces versements ont concerné 250 organismes complémentaires qui ont perçu près de 500 paiements trimestriels, pour un montant total de l'ordre de 72 millions F. Les paiements sont extrêmement divers : un organisme reçoit chaque trimestre près de 1 million F, mais plus de cent perçoivent annuellement moins de 100.000 F.

Les données provisoires pour la gestion 2001 font état de 278 O.C. bénéficiaires potentiels de 768 paiements trimestriels, pour un montant sur les trois premiers trimestres de 140 millions F.

Ces chiffres sont très inférieurs aux prévisions initiales pour deux raisons : le faible taux de gestion des bénéficiaires de la CMUC par des organismes complémentaires, d'une part ; les retards liés à la mise en place du dispositif de transmission d'informations entre les organismes de base et les O.C., d'autre part. Les dispositions déjà prises pour améliorer ces relations, notamment par le « balayage » des fichiers et les points de situation bilatéraux entre les partenaires évoqués au chapitre 3, devraient contribuer à terme à une progression relative des versements aux O.C., par rapport à ceux effectués au profit des organismes de base.

CHAPITRE 6 – L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

6.1 Un accès aux droits et aux soins nettement amélioré pour les étrangers en situation irrégulière de séjour

La loi du 27 juillet 1999 a réformé, dans son Titre III, l'ancien dispositif de l'aide médicale de l'État (AME). Hormis les cas, évoqués au paragraphe 6.2, qui relèvent de la décision ministérielle prévue au deuxième alinéa de l'article 187-1 de l'ancien code de la famille et de l'aide sociale (CFAS), devenu l'article L. 251-1 alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles (CASF), l'AME rénovée concerne désormais, pour l'essentiel, les étrangers résidant sur le territoire français sans remplir les conditions de régularité de séjour nécessaires pour accéder au bénéfice de la CMU.

L'accès aux soins de ces personnes constitue un enjeu important de la politique sanitaire, comme le montrent diverses études et les bilans annuels des avis médicaux émis par les médecins inspecteurs de la santé publique, dans le cadre des procédures liées, depuis 1998, à la délivrance d'un titre de séjour associé à l'état de santé. La réforme de l'AME a favorisé l'accès aux droits et aux soins des personnes concernées et de leur famille, comme le soulignent d'ailleurs de nombreuses associations, qui ont pu de ce fait fermer certaines permanences médicales spécifiques qu'elles tenaient avant la mise en œuvre de la loi. Cependant, un certain nombre de difficultés ont été relevées dans l'application de la loi. Par ailleurs, plusieurs dispositions des textes en vigueur pourraient être réexaminées, en vue de faciliter l'effectivité de l'accès aux soins de ces populations.

6.1.1 La prise en charge sanitaire et sociale des étrangers sans papier : un enjeu fort de santé publique

Avant 1993, l'article L.311-7 du code de la sécurité sociale (CSS) disposait que « *les travailleurs étrangers et leurs ayants-droit bénéficient des prestations d'assurances sociales s'ils ont leur résidence en France* ». La loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers a exigé, comme condition générale d'affiliation à un régime de sécurité sociale, la régularité du séjour de l'étranger. S'il est en situation irrégulière, celui-ci n'a pas droit aux prestations de sécurité sociale, sauf à celles relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ; le Conseil d'État a précisé en 1998 que l'étranger qui cesse d'être en situation de séjour régulier doit être maintenu dans ses droits aux prestations d'assurance maladie pendant les douze mois qui suivent (article L.161-8 du CSS). L'article 1-2° du décret n°99-1049 du 15 décembre 1999 a porté le délai de maintien du droit à quatre ans.

Par ailleurs, l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945, modifiée par la loi n°98-349 du 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, prévoit notamment, dans son article 12 bis 11°, et sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire portant la mention « *vie privée et familiale* » à « *l'étranger résidant habituellement en*

France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». L'étranger fournit à l'appui de sa demande un rapport médical, établi par un médecin agréé ou par un praticien hospitalier, sur lequel le médecin inspecteur de la santé publique émet un avis qui est transmis au préfet.

Aux termes de la circulaire interministérielle du 5 mai 2000, les frais de consultation ci-dessus peuvent être pris en charge par l'AME « hospitalière », s'il s'agit d'un praticien hospitalier, mais demeurent à la charge de l'intéressé, dans le cas d'un médecin agréé. Cette distinction, cohérente avec la différenciation actuelle à l'accès aux soins en fonction de l'ancienneté du séjour, apparaît peu fondée et devrait être revue en même temps que cette dichotomie entre plus ou moins trois ans de séjour, comme proposé dans la suite du rapport.

La délivrance d'une carte de séjour temporaire (CST), limitée à la durée des soins, est généralement précédée par celle d'une autorisation provisoire de séjour (APS). Selon la DPM, les pratiques des préfetures de délivrer des APS de trois mois renouvelables rendent précaire l'accès aux soins de ces publics, qui ne peuvent, par ailleurs, faire l'objet d'un arrêté d'expulsion, en application de l'article 25-8° de l'ordonnance précitée.

Hormis ces cas, l'étranger en situation irrégulière peut demander la prise en charge par l'aide médicale de l'État de ses dépenses de santé. Dans le cadre de la loi du 27 juillet 1992 (article 186 du code de la famille et de l'aide sociale), l'étranger en situation irrégulière pouvait bénéficier de l'aide médicale à domicile et hospitalière, s'il justifiait d'une résidence ininterrompue en France depuis plus de trois ans, ou de la seule aide hospitalière, en cas de résidence inférieure à trois ans. Cependant, l'accès effectif aux soins était contrarié par l'effet conjugué de plusieurs éléments : absence de convention entre certains départements et les CPAM ; méconnaissance des règles de droit par de nombreux acteurs ; crainte de l'étranger d'être repéré par la police à l'occasion de son passage à l'hôpital. Il en résultait, comme le notait le rapport de mai 1997 de la mission d'étude sur l'organisation et le fonctionnement des services de l'État et des organismes chargés des étrangers (cahier n°3 : L'accueil et l'intégration), « *des conséquences d'importance tant pour la santé publique (développement de pathologies lourdes et non traitées) que pour l'assurance maladie ou l'aide médicale, appelées à prendre en charge des pathologies à des stades avancés et donc plus coûteuses pour les finances sociales* ».

Cette dimension de santé publique demeure d'actualité et justifie, à elle seule, l'existence de dispositifs de couverture sociale des intéressés et une grande vigilance vis-à-vis des discriminations de fait, de type refus ou retards de soins. L'état sanitaire de ces populations est en effet très préoccupant, comme le montrent diverses études et l'attestent les paroles d'acteurs de terrain, comme plusieurs médecins hospitaliers rencontrés par la mission.

La synthèse établie par le médecin conseiller technique de la DPM du bilan annuel 2000 des avis médicaux émis par les médecins inspecteurs de santé publique, en application de l'arrêté du 8 juillet 1999, en donne un aperçu à partir de 3.827 dossiers.

Quantitativement, les principales pathologies recensées sont, dans l'ordre décroissant, le sida (17 %), la cardiologie (11 %), la psychiatrie (8 %), les cancers (7 %) et les diabètes (5 %). Qualitativement, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-40 ans (30 % des dossiers), devant les 40-50 ans et les 20-30 ans (18 % chacun). Les femmes constituent près des deux tiers des dossiers recensés dans cette enquête. Ce bilan, qui porte sur des demandes de cartes de séjour au titre de l'article 12 bis 11°, ne rend évidemment pas compte des affections, parfois contagieuses, développées par des étrangers irréguliers vivant clandestinement en France qui n'accèdent pas, sauf dans l'urgence, aux dispositifs sociaux, par ignorance, par insouciance ou par crainte des autorités.

D'autres travaux communiqués à la mission, notamment ceux du Centre de Recherches sur les Enjeux contemporains en Santé Publique (CRESP) et de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE), mettent également l'accent sur les difficultés d'accès aux soins de ces populations et sur les discriminations dont ils peuvent être victimes.

.6.1.2 Un effectif de l'ordre de 120.000 bénéficiaires

6.1.2.1 Une montée en charge relativement rapide

Les données statistiques transmises par la CNAMTS sur 2000 et 2001 sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau n° 19 - Evolution des effectifs de bénéficiaires de l'AME en 2000 et 2001

Effectifs	31-12-2000	31-03-2001	30-06-2001	30-09-2001
Régime 095 (+ de 3 ans de résidence)	55.264	65.874	73.142	83.146
Régime 096 (- 3 ans)	19.655	23.974	29.140	34.485
Total	74.919	89.848	102.282	117.631
<i>dont assurés</i>	<i>53.967</i>	<i>65.728</i>	<i>75.809</i>	<i>87.681</i>
<i>dont ayants-droit</i>	<i>20.952</i>	<i>24.120</i>	<i>26.473</i>	<i>29.950</i>
<i>dont métropole</i>	<i>73.639</i>	<i>88.075</i>	<i>99.327</i>	<i>113.759</i>
<i>dont DOM</i>	<i>1.280</i>	<i>1.773</i>	<i>3.045</i>	<i>3.872</i>
<i>dont Ile-de-France</i>	<i>52.352</i>	<i>64.430</i>	<i>72.393</i>	<i>83.554</i>
<i>(% / France entière)</i>	<i>(69,87 %)</i>	<i>(71,71 %)</i>	<i>(70,78 %)</i>	<i>(71,03 %)</i>

(Source : CNAMTS)

Il convient de noter que :

- la CNAMTS n'a pas produit de statistiques trimestrielles en 2000 avant celles du 31 décembre 2000, qui cumulent les stocks de bénéficiaires en fin d'année ;

- ne sont pas individualisées dans ces statistiques deux catégories de bénéficiaires de l'AME : les étrangers en situation régulière de séjour dont la résidence en France, inférieure à trois mois, ne leur permet pas d'accéder à la CMU, ainsi que les personnes admises au bénéfice de l'AME sur décision ministérielle individuelle. Les premiers sont comptabilisés avec les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois ans (régime 096) ; les seconds ne sont pas pris en compte par la CNAMTS.

- la CNAMTS et les CPAM ne disposent pas de données précises sur le profil des bénéficiaires, notamment par âge et par sexe. Ces informations, non demandées par l'État dans la convention nationale du 17 octobre 2000, mériteraient d'être saisies en régime de croisière, afin de mieux appréhender les caractéristiques de ces populations.

La comparaison des chiffres ci-dessus montre une montée en charge relativement rapide du dispositif, qu'illustrent également les données connues sur les entrées trimestrielles :

- 4^{ème} trimestre 2000.....13.138
- 1^{er} trimestre 2001.....14.937
- 2^{ème} trimestre 2001 ...11.739
- 3^{ème} trimestre 2001.....11.661

Sur les douze derniers mois connus, entre le 30 septembre 2000 (61.781) et le 30 septembre 2001 (117.631), le nombre de bénéficiaires de l'AME a presque doublé (+ 90 %).

Selon les statistiques de la CNAMTS, au 31 décembre 2000, les étrangers résidant en France depuis au moins trois ans représentaient près des trois-quarts de l'effectif total (73,76 %) ; cette proportion, qui ressort à 71,51 % au 30 juin 2001 et à 70,68 % au 30 septembre 2001, n'est pas significative, compte tenu de l'inscription dans la première catégorie de la totalité des bénéficiaires parisiens, comme indiqué plus loin dans le rapport.

La part relative des bénéficiaires par rapport aux personnes à leur charge reste prédominante : au 31 décembre 2000, elle représentait environ 72 % et à peu près 74 % de l'ensemble, en juin comme en septembre 2001.

6.1.2.2. *La difficulté d'estimer le nombre de bénéficiaires potentiels en régime de croisière*

Pour des raisons évidentes, et contrairement à la CMU et à la CMUC, le dispositif n'a pas fait l'objet, avant son entrée en vigueur, d'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels.

Les quelques tentatives d'évaluations faites antérieurement à la loi étaient extrêmement fragiles et très divergentes. En effet, les opérations de régularisations en cours en 1998-1999 devaient faire sortir nombre d'étrangers et leurs familles du périmètre de l'AME. Par nature, il était difficile de chiffrer le volume de l'immigration clandestine et, en son sein, la part des étrangers irréguliers acceptant la démarche d'inscription à l'aide médicale de l'État.

Selon les associations rencontrées par la mission, l'effectif des bénéficiaires actuels de l'AME serait très inférieur aux bénéficiaires potentiels du dispositif. Il est certes possible de leur en donner acte, au vu de divers témoignages de comportements craintifs des personnes en cause vis-à-vis des autorités, fussent-elles des institutions de protection sociale. Il est également plausible qu'une fraction importante de la population

concernée n'éprouve pas de besoins immédiats d'accès aux soins et de couverture sociale, pour des raisons tenant à leur âge et à leur culture.

6.1.2.3 Une répartition géographique concentrée sur les grandes agglomérations

La ventilation des bénéficiaires par départements fait ressortir la forte concentration des bénéficiaires de l'AME sur quelques CPAM, comme le montre la liste des dix plus gros départements au 30 septembre 2001 :

Paris (75)	44.769
Bobigny (93)	14.868
Nanterre (92)	14.074
Marseille (13)	4.708
Cayenne (Guyane)	3.435
Créteil (94)	3.223
Rhône (69)	2.660
(dont CPAM de Lyon	2.649)
Hérault (34)	2.619
(dont CPAM de Montpellier	2.429)
Cergy-Pontoise (95)	2.035
Evry (91)	1.753

A elle seule, la CPAM de Paris gère à cette date plus de 38 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AME. Ce pourcentage s'explique en partie par l'intérêt de l'admission dans la capitale, lié à la non-application de la règle des trois ans de résidence au regard de l'accès aux soins, comme signalé dans la suite du rapport. A elles seules, les 8 CPAM de l'Île-de-France regroupent plus de 70 % de l'effectif total. A l'inverse, dans le Nord, la charge de gestion des 872 bénéficiaires recensés est éclatée entre les 9 CPAM du département.

La carte départementale des effectifs en fonction de la densité des bénéficiaires pour 100.000 habitants distingue six tranches, allant de moins de 10 à plus de 600 : à cette dernière catégorie appartiennent les départements cités ci-dessus, ainsi que d'autres, tels que, par exemple, la Corse ou les Pyrénées Atlantiques.

C'est plus particulièrement dans ces départements à forte densité d'AME que l'application des dispositions de l'article 15, alinéa 3, de la convention nationale État/CNAMTS revêt le plus d'importance. Cet article prévoit en effet que les CPAM communiquent le double des informations qu'elles transmettent trimestriellement à la caisse nationale aux DDASS, « *qui sont chargées du suivi de la mise en œuvre de l'aide médicale dans les départements* ». Bien que non prévue par la convention nationale, la mise en place d'un comité local de suivi peut s'avérer utile pour examiner en commun les problèmes d'application ou d'interprétation de la réglementation.

6.1.2.4 Les frais hospitaliers représentent près des deux tiers des prestations liquidées en 2001

Les états des dépenses AME arrêtés par l'agent comptable de la CNAMTS font apparaître, en situation cumulée au 30 septembre 2001, un montant de prestations 2000-2001 de 1.258 MF, dont 437,9 MF liquidés en 2000 et 820,6 MF liquidés en 2001.

Sur ce dernier total, les prestations hospitalières représentent 532,4 millions F, soit 64,9 %. Les médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel comptent pour 85,1 millions F (10,4 %), les frais de transport pour 70,1 millions F (8,5 %) et les honoraires divers pour 68,9 millions F (8,4 %).

Il est difficile de rapporter le montant total de prestations à un effectif moyen de personnes couvertes au cours de la période, dans la mesure où le seul chiffre connu pour 2000 est celui du 31 décembre. En rapprochant les prestations liquidées sur les trois premiers trimestres de 2001 (820,6 MF) d'un effectif moyen 2001 estimé à environ 94.000 personnes, la dépense unitaire moyenne s'établirait aux alentours de 8.700 F par personne couverte.

.6.1.3 Un dispositif unifié relevant de la compétence de l'État

6.1.3.1 Un dispositif unifié

Le dispositif antérieur de l'aide médicale, résultant de la loi n°92-722 du 29 juillet 1992, distinguait deux types d'aides :

- l'aide médicale départementale (AMD) concernait les personnes résidant dans le département : les décisions d'admission et le financement relevaient de la compétence du Conseil général ;
- l'aide médicale de l'État (AME) était réservée aux personnes, sans résidence stable dans le département (par exemple les gens du voyage), ayant fait élection de domicile dans un établissement agréé : les décisions d'admission étaient prononcées par le préfet ou, par délégation, par la CPAM, et le financement était à la charge de l'État sur des crédits budgétaires.

Ainsi, en fonction de la stabilité de leur résidence dans le département, les bénéficiaires de l'aide médicale, qu'ils soient « de plein droit » (allocataires du RMI et de l'allocation veuvage, jeunes de 17 à 25 ans en difficulté) ou « de droit commun » (sous condition de ressources au regard des barèmes départementaux) pouvaient relever, soit de l'AMD, soit de l'AME. Cette dualité générait, dans certains cas, des incertitudes sur l'autorité juridiquement et financièrement compétente, et faisait parfois obstacle à l'accès aux droits des personnes en cause.

En 1999, le nombre de bénéficiaires de l'AME, constitué pour l'essentiel par des personnes itinérantes et sans domicile fixe, avoisinait 200.000 personnes ; le budget consacré à leur prise en charge s'élevait à 800 millions de francs.

La création de la couverture maladie universelle a fait accéder aux droits ouverts par la CMU les anciens bénéficiaires de l'AME, de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière de séjour, dès lors qu'ils remplissent la condition de stabilité de résidence sur le territoire français ; désormais, les intéressés peuvent prouver

par tout moyen qu'ils résident en France depuis au moins trois mois. Cette condition de délai de résidence n'est, de surcroît, pas opposable aux demandeurs d'asile, conventionnel ou territorial, qui sont éligibles à la CMU. Sous réserve des difficultés plus ou moins ponctuelles évoquées dans le rapport, l'application de la loi CMU a eu, aux dires notamment des associations et des travailleurs sociaux rencontrés, un fort impact en termes d'accès effectif aux droits et aux soins des publics concernés.

En définitive, ne relèvent plus de l'AME, au titre du premier alinéa de l'article L.251.1 du CASF (ex article 187-1 du CFAS), sous condition de ressources, que :

- à titre transitoire, les étrangers en situation régulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis moins de trois mois ;
- les étrangers en situation irrégulière de séjour, dont les ressources ne dépassent pas le plafond CMU.

Aux termes de l'article L 251-2 du CSAF (ex article 187-2 du CFAS), les bénéficiaires de l'AME et les personnes à leur charge ont droit à la dispense d'avance de frais et à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier. En revanche, contrairement aux bénéficiaires de la CMUC, leurs autres frais (dentaire, optique, etc...) sont pris en charge dans la limite des tarifs de responsabilité des caisses, et non dans le cadre plus large des arrêtés du 31 décembre 1999 instituant des dépassements plafonnés de ces tarifs.

6.1.3.2 Un dispositif régi par une circulaire et par une convention nationale État/CNAMTS

L'article 32 de la loi du 27 juillet 1999 a prévu que « *l'admission à l'aide médicale de l'État des personnes relevant du premier alinéa de l'article 187-1 est prononcée, dans des conditions définies par décret, par le représentant de l'État dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire des travailleurs salariés* ».

Ce décret n'a pas été publié. Il est vrai que, parallèlement, l'article 33 de la loi a introduit une nouvelle rédaction de l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale, prévoyant qu'« *une convention entre l'État et la CNAMTS fixe les conditions dans lesquelles les CPAM exercent, au nom de l'État, les compétences dévolues à ce dernier en matière d'AME* ».

Les règles d'application de la loi ont été explicitées, en premier lieu, par la circulaire ministérielle n° 2000/14 du 10 janvier 2000. La convention nationale entre l'État et la CNAMTS – qui n'a pu être signée que le 17 octobre 2000, bien qu'elle soit censée entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2000 – a précisé ensuite divers points concernant la répartition des compétences, les modalités et les conditions d'admission, la constitution du dossier, l'admission et la durée de prise en charge, le contentieux, la procédure de règlement entre les caisses et les prestataires de soins, ainsi que les dispositions financières et les conditions de suivi entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie.

Les investigations sur place de la mission, complétées par ses entretiens, notamment avec des représentants du monde associatif, ont fait ressortir, dans l'ensemble, une application satisfaisante de la loi, ce qui n'exclut pas quelques insuffisances, incertitudes ou dysfonctionnements. Les développements qui suivent regroupent diverses observations sur l'application des procédures d'attribution prévues par les textes. En suivant l'ordre de la circulaire précitée, sont ainsi évoqués plusieurs points relatifs à la demande d'AME, puis à l'instruction du dossier et à la notification de la décision.

.6.1.4 Quelques difficultés dans l'application de la loi

6.1.4.1 La demande d'aide médicale de l'État

- Un accueil des demandeurs insuffisamment banalisé dans certaines caisses

Dans les CPAM ayant peu de dossiers AME à traiter, l'accueil des demandeurs n'est pas séparé des flux de visiteurs, ou, dans certains cas, est associé aux guichets spécifiques CMU.

La question se pose de façon différente dans les quelques organismes, situés notamment en région parisienne, qui ont à traiter un grand nombre de demandes d'AME. Le souci affiché de faire gérer ce dispositif spécifique par des personnels spécialisés a conduit certaines CPAM à créer des filières particulières d'accueil AME.

En Seine-Saint-Denis, l'accueil des demandes et l'instruction des dossiers sont effectués exclusivement dans une unité de la caisse sise rue de la Convention à Bobigny. Les responsables de la CPAM invoquent des impératifs d'ordre immobilier et la préoccupation de traiter de façon professionnelle des dossiers parfois techniquement difficiles.

Ces particularités, qui existent à des degrés divers dans d'autres caisses d'Ile-de-France, ont été dénoncées par le mouvement associatif. En particulier, elles ont fait l'objet d'un échange de correspondance entre le directeur général de l'UNIOPSS et le président de la CNAMTS, qui a indiqué que ce choix d'implantation retenu par les caisses les plus concernées par l'AME reposait sur un objectif de qualité, en raison de l'expérience acquise par un personnel dédié à cette activité. Il a assuré que les demandeurs pourraient désormais trouver les formulaires à remplir et les premières explications dans tous les guichets des caisses.

Cette dichotomie de l'accueil – centres d'assurance maladie pour les publics CMU et permanences extérieures pour les publics AME – paraît néanmoins regrettable, dans la mesure où elle oblige les intéressés à se présenter dans des locaux particuliers. Elle est d'ailleurs contraire aux stipulations de l'article 2 de la convention nationale État/CNAMTS, qui prévoit que « *les formulaires sont mis à disposition du public dans l'ensemble des guichets des caisses primaires d'assurance maladie* ».

Sans méconnaître les raisons mises en avant par les caisses, il apparaît nécessaire de distinguer, en la matière, l'accueil du public et l'instruction des dossiers. Celle-ci peut,

sans inconvénient majeur, être regroupée dans un service ad hoc, afin de concentrer les compétences techniques sur cette réglementation et de favoriser les échanges de vues avec la DDASS sur les cas appelant une interprétation des textes. En revanche, l'individualisation de l'accueil d'étrangers supposés en situation irrégulière de séjour semble totalement incompatible avec l'esprit et la lettre de la loi.

L'accueil dans un lieu unique oblige les intéressés à se déplacer, ce qui peut représenter un coût, sans bénéficier de la proximité du service public. Il les conduit à procéder à une sorte d'auto-instruction de leur cas, alors que les frontières entre AME et CMU sont parfois ténues. Surtout, il comporte un élément de stigmatisation et de risque non négligeable pour ces publics, qui redoutent d'être repérés à l'occasion de cette démarche et, par conséquent, d'être interpellés en vue d'une éventuelle reconduite à la frontière. Il peut en résulter une renonciation à la protection sociale – ou un encouragement implicite au trafic de titres d'admission –, voire un défaut d'accès aux soins autres que dans l'urgence, contraire aux objectifs de santé publique poursuivis par le législateur.

En sens inverse, l'avantage supposé d'une centralisation de l'accueil apparaît illusoire, dans la mesure où ces unités ne sont pas particulièrement renforcées par des personnels spécifiques, de type interprètes par exemple ; enfin, au niveau de l'accueil, l'information et l'aide au remplissage de formulaires de demandes d'AME doit désormais faire partie du bagage de droit commun des personnels des institutions.

A Paris, les demandes d'AME ne sont pas reçues dans les 50 centres de paiement, mais exclusivement dans les 42 permanences extérieures de la CPAM, en milieu hospitalier (12) et associatif. La CPAM de Paris a justifié ce parti, dès l'origine, par la défaillance des CCAS de la Ville de Paris : une lettre adressée à la Préfecture de Paris le 23 février 2000 indiquait que dans ces conditions « *le public CMU est reçu dans les centres d'assurance maladie et le public AME dans les permanences extérieures* ». La CPAM a été invitée, depuis 2000, à fermer les permanences qu'elle tenait en centre communal d'action sociale, à la suite du retrait dans ce domaine des CCAS parisiens – sauf pour les SDF dans les permanences sociales d'accueil PSA. L'accueil se fait donc exclusivement dans les locaux des établissements de soins et de certaines associations, avec les phénomènes de masse que cela engendre. Ces antennes ne sont pas disponibles tous les jours ; les hôpitaux sont sectorisés et certains, comme Saint-Antoine, ne reçoivent désormais que sur rendez-vous, avec un délai d'une semaine à dix jours.

La CPAM de Paris explique aujourd'hui que la capacité d'accueil de ses centres d'assurance maladie ne lui permet pas d'accueillir dans ces sites de droit commun les demandeurs d'AME. Il convient de prendre en considération le caractère atypique de Paris, qui regroupe 38 % des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, avec une progression continue, importante et non programmable. Les responsables de la caisse font valoir que les permanences extérieures existaient avant l'entrée en vigueur de la loi et sont bien connues des étrangers et des associations qui les assistent dans leurs démarches. Ils indiquent qu'ils veilleront à ce que chaque centre d'assurance maladie soit en mesure de remettre les formulaires à tout demandeur d'AME et de les orienter vers la permanence extérieure la plus adéquate. Par ailleurs, la mise en service prochaine de deux nouveaux sites d'accueil polyvalents, l'un à La Goutte d'Or (XVIII^{ème}), l'autre à Chevaleret (XIII^{ème}), devrait contribuer à mieux répartir le service à ces populations.

Les conseillers en assurance maladie de la caisse assurant ces permanences extérieures sont compétents pour faire eux-mêmes l'instruction des demandes ; ils effectuent l'accueil et le traitement et délivrent directement - et généralement sans délai - les titres d'admission temporaire AME aux demandeurs. Il s'agit, pour les usagers, d'un avantage notable, par rapport à nombre d'autres unités, où l'accueil est découplé de l'instruction et de la notification de la décision. Ces techniciens gèrent également les demandes de CMU, certes minoritaires par rapport aux demandes d'AME, ce qui interdit de parler de ségrégation à l'accueil. En revanche, les conditions d'accueil, telles que la mission a pu les constater, notamment à la permanence de l'hôpital Saint-Louis, sont très insatisfaisantes, tant pour les conseillers CPAM que pour les demandeurs : attente debout dans les couloirs, exigüité du local d'accueil, réception simultanée par les deux techniciens de deux demandeurs distincts assis côte à côte, ce qui exclut toute confidentialité de l'entretien... Un effort devra être fait, en partenariat entre la caisse et les institutions d'accueil, pour loger ce service dans des conditions plus décentes.

➤ Un déficit d'information et des réticences en matière de domiciliation

Bien que la réforme de l'AME soit intervenue dans la même loi et en même temps que la mise en place de la CMU, la communication, extrêmement puissante et bien faite sur la couverture maladie universelle, n'a au contraire pratiquement pas abordé l'aide médicale de l'État. Ainsi, le numéro vert mis en place pour la CMU ne contient pas d'information sur l'AME. De même, le guide édité par le ministère à l'intention des institutions relais, très complet sur la CMU et la CMU complémentaire, n'évoque nullement l'AME, sauf pour annoncer (fiche n°5) une fiche spécifique qui n'a jamais été diffusée ; le formulaire AME n'est d'ailleurs pas joint en annexe de ce document, particulièrement utilisé par les institutions de proximité. A l'échelon des caisses primaires, peu d'efforts ont été faits dans ce domaine. L'information est rarement relayée par les foyers de travailleurs migrants. Les bénéficiaires potentiels semblent surtout informés par le bouche-à-oreille, avec les risques d'imprécision qui accompagnent ce mode de communication, et par les réseaux associatifs.

Cette réglementation demande pourtant une information adaptée ; compte tenu de la nature des publics de bénéficiaires, des documents simples, traduits en plusieurs langues, seraient même souvent utiles. Ce travail pourrait être fait, soit par les CPAM les plus concernées, soit par des associations intervenant auprès des populations immigrées.

Les problèmes évoqués au chapitre 3 au sujet de la CMU, en matière de domiciliation, affectent aussi le dispositif AME. Nombre de CCAS, parmi ceux qui acceptent de travailler sur la CMU, semblent peu désireux de domicilier des étrangers en situation irrégulière de séjour. Dans certains départements, comme dans l'Hérault par exemple, la DDASS continue de rémunérer (117 F par dossier) les centres communaux qui participent au dispositif. Inversement, un grand nombre de ces personnes sont aidées par leur communauté, qui leur assure un hébergement provisoire, ainsi que par diverses associations.

6.1.4.2 L'instruction du dossier et la notification de la décision

- Des procédures à rappeler ou à mettre en place en partenariat pour respecter les délais prévus par les textes

L'article 32 de la loi évoque deux types de délais : un délai de transmission de huit jours consenti aux organismes recevant la demande d'AME pour saisir la CPAM compétente ; une admission immédiate au bénéfice de l'AME pour « *les demandeurs dont la situation l'exige* ».

S'agissant du premier point, l'avant-dernier alinéa de l'article L 252-1 du CASF (ex article 187-3 du CFAS) exige des organismes recevant les demandes d'AME qu'ils les transmettent à la caisse dans un délai de huit jours à compter du dépôt, ce délai devant être considéré comme une tolérance maximale, d'après la circulaire du 10 janvier 2000. Des incertitudes se sont fait jour, notamment, sur la responsabilité des établissements de santé accueillant pour des soins des étrangers dépourvus de droits ouverts à l'aide médicale. Ainsi, par exemple, un hôpital psychiatrique considérait, dans une correspondance adressée à la CPAM de son département en juin 2000, qu'il n'entrerait pas dans la liste des organismes concernés et n'était donc pas tenu de respecter ce délai de huit jours, d'autant plus que la CPAM du département voisin autorisait, pour sa part, un délai de quatre mois.

La circulaire ministérielle relative à l'AME, tout en confirmant que les établissements de santé ne figurent pas au nombre des organismes assurant de plein droit le dépôt des demandes, a précisé qu'ils avaient tout intérêt à favoriser la constitution du dossier dans leurs propres services, « *le jour même où l'intéressé demande à consulter un praticien hospitalier ou s'il est hospitalisé* » ; elle en a conclu que « *les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont habilitées à instruire les demandes d'AME au même titre que les services mentionnés* » à l'article L 252-1 du CASF, mais il n'y a pas – loin de là - de PASS dans chaque établissement hospitalier.

La transmission d'un dossier complet par les établissements de soins s'avère particulièrement difficile dans les services d'urgence psychiatrique, où les patients, notamment ceux recueillis sur la voie publique, se présentent fréquemment sans papier. La circulaire précitée a néanmoins prévu, « *lorsque le demandeur se trouve manifestement hors d'état de déposer lui-même sa demande d'AME en raison d'une diminution momentanée de ses facultés physiques ou mentales* », et en l'absence d'attestation par un proche, que le directeur de l'établissement établit lui-même un dossier de demande d'AME, en spécifiant les conditions empêchant la constitution d'un dossier normal.

En ce qui concerne l'immédiateté de la décision, celle-ci est prévue par la loi, comme rappelé plus haut, pour les demandeurs dont la situation l'exige, c'est-à-dire pour éviter des conséquences graves pour la santé du malade. En l'absence de décret, la circulaire ministérielle a indiqué que « *pour chaque demande d'AME qu'elle reçoit, la CPAM se prononce sans délai sur la demande et délivre le titre d'admission à l'AME permettant au demandeur d'accéder aux soins* ». Cette notion de « sans délai » figurant au 321 de la circulaire ne se confond pas avec « l'admission immédiate » prévue au paragraphe 323, qui seule se réfère à la situation d'urgence visée à l'article L 252-3 du CASF (ex article 188 du CFAS) et doit demeurer extrêmement limitée, dès lors que « *la décision d'admission sera prise dans les meilleurs délais par le directeur de la CPAM* ».

L'interprétation de l'urgence est différente pour les caisses et pour les associations, qui ont tendance à en faire un principe absolu. Il est vrai cependant que les termes des différents textes sont ambigus : l'AME est ressentie à la fois comme une couverture de base – et le principe d'immédiateté régit la CMU de base – et comme une couverture complémentaire. Toutefois, l'application de la loi ne pose véritablement question que lorsque la caisse prend des délais importants pour statuer sur la demande.

Enfin, la date et la durée d'effet de la décision appellent des observations. Les dispositions prévues en la matière paraissent assez souvent perdues de vue, voire ignorées des différents intervenants.

Sur le premier point, la circulaire du 10 janvier 2000 précise que « *la date d'effet est, en règle générale, la date du dépôt de la demande* », ce qui peut soulever, comme en matière de CMU, quelques controverses lorsque la demande n'est pas reçue directement par la caisse mais transmise par un organisme extérieur. La convention nationale, dans son article 10, et l'instruction ministérielle indiquent que l'admission « *peut prendre effet rétroactivement au jour d'entrée en établissement ou à la date des premiers soins hospitaliers, à condition que cette date ne soit pas antérieure de plus de deux mois à la date du dépôt de la demande* », ce délai pouvant être porté à quatre mois, avec l'accord de la DDASS, si le cas le justifie.

Conformément au deuxième alinéa de l'article L 252-3 du CASF, l'admission est accordée pour un an à compter de la date d'effet. Des notifications de droits inférieures à cette durée sont émises à titre provisoire, dans l'attente de l'inscription des bénéficiaires au fichier. Ces documents provisoires posent parfois problème auprès des professionnels de santé. En effet, ils peuvent être utilisés immédiatement par le demandeur, avant que son inscription au fichier précédant la notification du droit n'ait été réalisée, et provoquer des incidents de paiement. Certaines CPAM recommandent donc aux professionnels de santé de différer un peu leur demande de remboursement dans ces cas où la consommation de soins suit immédiatement la délivrance de l'attestation provisoire. Il faut noter, par ailleurs, que les attestations de droit n'ont pas été rendues homogènes par un imprimé Cerfa.

Enfin, la question du remplacement du titre d'admission papier AME par une carte magnétique a été soulevée. Il est vrai que la présentation de la carte Vitale, dotée d'une puce spécifique et d'un code permettant au professionnel de santé l'identification des droits ouverts, tout en assurant une parfaite discrétion quant au statut de la personne lors de la présentation du titre, apparaît souhaitable. Sur ce point, les objections apportées aux questions de la mission par la CNAMTS et par les caisses rencontrées sont d'ordre juridique et technique, car la carte Vitale a été conçue pour les assurés sociaux. La caisse nationale envisage plutôt, à court terme, de revoir la présentation de l'attestation AME pour la rapprocher de l'attestation CMU.

- Une instruction simplifiée et largement fondée sur les déclarations sur l'honneur

Le dossier de demande se compose de cinq parties : l'identité, la nationalité et l'adresse du demandeur ; l'identité de ses ayants droit résidant habituellement avec lui en France, ainsi que le lien de parenté qu'il a avec ces personnes ; l'examen de la condition de

résidence en France ; l'examen de la condition de ressources ; l'identité et l'adresse en France de débiteurs d'aliments éventuels.

Les constatations de la mission, recoupées par des témoignages émanant du milieu associatif, attestent de la simplicité de la procédure. Le formulaire Cerfa n° 11573*01 tient en une page recto verso (demande à compléter et notice d'utilisation). Le demandeur doit fournir une pièce d'identité (par exemple passeport) pour lui et les personnes à sa charge vivant en France et une preuve de sa résidence (quittance, certificat d'hébergement par un proche, domiciliation par un organisme agréé, ...). Dans la plupart des cas, ces éléments peuvent être produits par l'intéressé ; la preuve d'une présence ininterrompue en France depuis plus ou moins de trois ans peut en revanche poser parfois problème.

En tout état de cause, les incertitudes éventuelles peuvent se résoudre au moyen de la déclaration sur l'honneur. Celle-ci est particulièrement utilisée pour pallier le manque de pièces justificatives concernant les ressources, inévitable en raison de l'interdiction d'exercice d'un emploi opposée aux étrangers en situation irrégulière de séjour. En 2000, la mission IGAS sur la détection des droits avait constaté, à l'occasion d'une enquête à Paris, que 9 demandeurs sur 10, reçus en présence de la mission, avaient été admis à l'AME sur la base de déclarations de ressources inférieures au plafond, un seul étant rejeté pour avoir déclaré de lui-même, sans pièce justificative, un revenu supérieur au dit plafond. Les investigations de la mission CMU ont confirmé ces réalités sur les divers sites visités. Un sondage réalisé par la CPAM de Paris sur 6.132 dossiers traités en 2001 dans les 42 sites d'accueil montre que 3.635 dossiers comportent un seul motif de déclaration sur l'honneur, les autres en contenant deux, trois ou quatre. Les motifs les plus courants sont les ressources (70 %), puis la résidence (28 %), l'identité et le domicile intervenant chacun pour 1 % du total.

Cependant, en Guyane, où le nombre de bénéficiaires de l'AME recensés représente 89 % du total des DOM, la déclaration sur l'honneur est également utilisée massivement pour l'identité du demandeur, ce qui pose problème en raison de la forte immigration clandestine en provenance du Brésil, d'Haïti et du Surinam. Dans une correspondance récente, la CGSS a sollicité des instructions afin d'harmoniser sa position avec celle de la DDASS.

Ces facilités ont été prévues par la circulaire du 10 janvier 2000, qui précise cependant que « *cette procédure doit conserver un caractère exceptionnel, et le demandeur est tenu de fournir des éléments permettant d'avoir des informations substantielles, susceptibles de faire l'objet de vérifications ultérieures, notamment en matière d'identité, de conditions d'entrée sur le territoire et de résidence* ». Il est vrai que l'accès à l'AME peut donner lieu, selon des acteurs de terrain, à quelques anomalies au regard du train de vie connu ou supposé de certains bénéficiaires ; cela explique un certain malaise, perceptible chez plusieurs personnels des caisses, qui sont tentés de mettre en parallèle l'admission quasi automatique et sans justificatif de ressources à l'AME et le rejet de l'accès gratuit à la CMUC opposé aux demandeurs réguliers refusés pour un dépassement, parfois infime, du plafond, après production de nombreuses pièces justificatives. Cependant, le souci du législateur de favoriser l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, dans le cadre de la politique sanitaire comme de la lutte contre les exclusions, est dans l'ensemble compris et partagé.

Le formulaire de demande met en garde les demandeurs contre les risques de révision, avec répétition de l'indu, de la décision d'admission à l'AME. La circulaire précitée a prévu que « *les CPAM devront effectuer un suivi spécifique de ces déclarations sur l'honneur, et saisir les DDASS, dès lors qu'elles constateront une multiplication des déclarations sur l'honneur. Des instructions sur les plans de contrôle seront fournies ultérieurement* ». Jusqu'ici, aucune instruction n'a été donnée dans ce sens. Si des contrôles devaient être opérés, il conviendrait de les orienter en priorité sur les éléments d'identité ; les vérifications de ressources paraissent en l'espèce inopérantes, sauf lorsque, comme en matière de CMUC, apparaît une contradiction évidente entre les ressources déclarées et, par exemple, le montant du loyer figurant sur la quittance justificative de la résidence ; quant à la preuve de l'antériorité de la résidence, elle deviendrait sans objet si l'actuelle distinction entre plus ou moins de trois ans était abandonnée, comme le propose la mission dans la suite du rapport.

➤ Des décisions d'admission pour la quasi-totalité des demandes

Les indications qui précèdent expliquent le fort taux d'accord relevé sur les demandes d'AME, et par voie de conséquence le faible volume de contentieux dans ce domaine.

La CNAMTS ne dispose pas de statistiques nationales sur les suites données par les CPAM aux demandes présentées ; cette information n'est d'ailleurs pas expressément demandée par l'État à l'article 15 de la convention nationale. Les réponses au questionnaire de la mission apportées par les sept caisses rencontrées donnent cependant la mesure du taux de décisions favorables : il atteint souvent 100 % dans les CPAM à faibles effectifs AME (par exemple, La Rochelle, Evreux) et s'en rapproche fortement dans les CPAM les plus concernées par le dispositif (Bobigny : 96 % en 2000, 95 % sur les huit premiers mois de 2001, soit 10.204 accords pour 10.774 notifications de décisions ; Paris : 99 % sur les dix premiers mois de 2001, soit 41.062 sur 41.414).

6.1.5 Des situations évolutives au regard des droits respectifs à l'AME et à la CMU

La situation des étrangers en matière de régularité du séjour peut s'avérer mouvante et évolutive, et les rendre successivement éligibles à l'un ou l'autre des dispositifs de protection sociale, AME ou CMU. Dans la mesure où l'accès à la CMU complémentaire, conditionné notamment par la durée de résidence (trois mois) et par la régularité du séjour, est plus avantageuse que l'aide médicale de l'État, en termes de panier de soins, il importe que les changements de situations puissent s'opérer sans délai. Deux cas sont particulièrement à signaler.

6.1.5.1 Les étrangers en situation régulière de moins de trois mois de résidence

Les étrangers en situation régulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis trois mois ou moins ont droit à l'AME à titre transitoire ; comme pour les étrangers en situation irrégulière résidant depuis moins de trois ans, ils ne peuvent accéder qu'aux soins dispensés à l'hôpital, à l'exclusion des soins de ville.

Cependant, cette catégorie est peu définie par la circulaire et le nombre de ces bénéficiaires n'est pas comptabilisé dans les statistiques. Hormis les cas d'étrangers

introduits régulièrement en France avec un titre de séjour délivré en amont de l'arrivée sur le sol français, cette situation concerne des étrangers entrés en France avec un visa de tourisme. Ces personnes disposent normalement d'une couverture sociale dans leur pays d'origine et leur séjour n'est que passer : en cas de soins, ils ne relèvent pas de l'AME de droit commun, puisqu'ils ne remplissent pas la condition de résidence et ne peuvent, éventuellement, qu'entrer dans les cas prévus au second alinéa de l'article L 251-1 du CASF. Cependant, ils manifestent fréquemment le désir de demeurer en France et peuvent alors être considérés comme résidents, et devenir éligibles à l'AME. Sur ce point, les pratiques des caisses sont assez variables : accord délivré par la caisse dès lors que l'intention du demandeur de demeurer en France est avérée par les éléments du dossier et de l'entretien, ou, au contraire, refus de principe et transmission à la DDASS pour avis et, le cas échéant, transmission à l'administration centrale pour décision individuelle au titre de l'alinéa 2.

Une clarification serait utile pour harmoniser les pratiques.

6.1.5.2 Les étrangers régularisés pendant la période de couverture par l'AME

Pendant l'année, renouvelable, de couverture sociale par l'aide médicale de l'État, l'étranger peut entreprendre des démarches en vue de la régularisation de son séjour en France. Dans cette hypothèse, il peut bénéficier, sous condition de ressources, de l'accès à la CMU et à la CMUC, s'il peut apporter la preuve de la régularité de son séjour, par la production, soit d'un titre de séjour, soit, à défaut, d'un document (récépissé en cours de validité, convocation ou rendez-vous en préfecture), comme rappelé par la lettre ministérielle du 31 août 2001.

La CPAM ne peut pas préjuger de ce processus de régularisation. Il appartient à l'intéressé, informé de ses droits, de faire connaître à la caisse son changement de situation et d'en apporter la preuve. Son dossier peut alors être instruit et une décision, interrompant le droit à l'AME et notifiant le droit à la CMUC, être prise par la caisse.

6.1.6 Des refus d'AME de la part de certains professionnels de santé

Plusieurs témoignages concordants font état de refus de soins ou de délivrance de médicaments à des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. Parmi d'autres, une association caritative de dimension nationale a fait part à l'Administration de pratiques répétitives dans ce domaine, en particulier à Paris : elle a même établi des listes d'officines pharmaceutiques « acceptant l'AME » ou, au contraire, la refusant.

Ce type de comportement ne saurait être toléré. Au cas d'espèce, il ne semble pas trouver son origine dans une attitude de type xénophobe, mais dans un mécontentement de certains professionnels de santé face aux retards de prise en charge des dépenses engagées par la CPAM de Paris, qui a centralisé les remboursements AME au centre Eiffel. Une lettre d'un pharmacien parisien, en possession de la mission, est rédigée comme suit : « *Au départ fortement engagée dans la prise en charge des AME, je dois actuellement y renoncer pour des raisons économiques. En effet, les paiements sont de plus en plus rares et impossibles à gérer, par manque de transparence des remboursements. A l'heure actuelle, nous en sommes à un crédit de 120.000 F* ». Le gonflement des soldes de paiement de certaines CPAM, notamment à Paris, évoqué au

chapitre 1 du rapport, a donné des arguments à certains professionnels de santé pour s'exonérer de l'application de la loi en la matière. Le retour à la normale dans les délais de paiement, s'il n'empêchera sans doute pas ce type de comportements, devrait les réduire fortement, à condition de l'accompagner d'une information claire auprès des dispensateurs de soins.

6.1.7 Des dispositions légales ou réglementaires à réexaminer, dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins

6.1.7.1 Les distinctions dans l'accès aux soins, en fonction de l'ancienneté de plus ou moins trois ans de la résidence

L'AME donne accès aux prestations que l'article L. 251-2 du CASF détermine en se référant directement aux prestations que comporte l'assurance maladie, telles qu'elles sont énumérées par les articles L. 321-1 et L. 321-2 du CSS.

Cependant, l'article L 111-2 (3°) du CASF (ex article 186-3 du CFAS), modifié par le 5° de l'article 33 de la loi du 27 juillet 1999, prévoit un double palier d'accès aux prestations ainsi déterminé :

- si l'étranger justifie d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine ou dans les DOM depuis au moins trois ans, il peut prétendre à l'ensemble des prestations AME, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital ;
- dans le cas contraire, il n'a droit qu'aux prestations en établissement de santé ; celles-ci comprennent cependant les consultations externes et les prescriptions ordonnées à cette occasion par un médecin hospitalier (pharmacie, appareils, analyses, examens...), même s'il doit se les procurer en ville.

La loi du 27 juillet 1999, dans son article 33, a ainsi repris des dispositions très anciennes, puisque le bénéfice de l'aide médicale de ville est soumis, depuis le décret du 29 novembre 1953 créant l'aide sociale, à la condition d'une résidence ininterrompue depuis au moins trois ans. Cette condition n'a pas été modifiée par la loi du 27 juillet 1992 relative à l'aide médicale, ni par la loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration, qui a subordonné le droit aux prestations sociales à la régularité du séjour.

Cette dualité de traitement apparaît aujourd'hui peu fondée, génératrice de complexité inutile dans la gestion et, surtout, trop restrictive au regard de l'accès aux soins : la mission propose donc de la supprimer.

- elle paraît peu fondée, dans la mesure où, paradoxalement, elle donne une prime à l'antériorité de l'irrégularité du séjour ;
- elle génère des complexités inutiles dans la gestion du dispositif, en instituant deux régimes distincts, dénommés dans les fichiers des caisses respectivement 095, pour les plus de trois ans, et 096, pour les moins de trois ans, donnant lieu à des comptages statistiques spécifiques et à la délivrance de titres d'admission différents en termes d'autorisations d'accès aux soins. Cette différence de traitement suppose,

de surcroît, des contrôles particuliers, en amont sur la preuve de l'ancienneté de la résidence au moment du dépôt de la demande, en aval lors de l'accès aux soins. Ces derniers peuvent être tournés : selon les acteurs de terrain, il arrive parfois qu'un étranger de moins de trois ans de résidence utilise le titre d'admission d'un étranger de plus de trois ans, qui ne comporte pas de photographie, pour accéder aux soins de ville, sans que personne ne puisse ou n'ait envie de vérifier l'identité réelle du consommateur de soins ;

- enfin, et surtout, cette dualité peut constituer un obstacle sérieux à l'accès aux soins : il en est ainsi, par exemple, lorsqu'il s'agit d'accès aux soins dentaires, dans la mesure où les centres hospitaliers ne disposent que rarement de fauteuils dentaires et que les centres de santé, associatifs, mutualistes ou dépendant de collectivités territoriales, ne sont pas considérés comme des établissements de santé au titre de cette législation. C'est d'ailleurs pour cette raison que, sur plusieurs sites visités par la mission, et notamment en Seine Maritime, la création de « PASS dentaires » a été proposée. D'une façon plus générale, cette règle des trois ans oblige les intéressés à se rendre à l'hôpital, alors qu'ils pourraient être soignés dans des structures déambulatoires de proximité, ce qui engendre des coûts pour eux, en termes de déplacement, et pour l'établissement, en termes de gestion des flux d'accueil.

Bien qu'anciennes, ces dispositions sont parfois, comme récemment en Seine-Saint-Denis, mal connues et mal comprises par les élus locaux ; elles sont contestées par le milieu associatif et leur bien-fondé est difficilement démontré, tant par les administrations de tutelle que par les services des caisses primaires. Même si, dans la pratique et compte tenu des habitudes prises, il est probable que nombre d'étrangers irréguliers continueront à affluer en milieu hospitalier, la réservation de cette filière unique au simple motif de la durée de séjour semble injustifiée, tant du point de vue de l'usager que de la gestion des établissements.

Il faut noter, à cet égard, que la circulaire ministérielle n° 2000-239 du 3 mai 2000, relative à la condition de résidence, a infléchi cette disposition au profit des enfants mineurs dont le représentant légal est en situation irrégulière : *« ils bénéficient des prestations servies aux membres de leur famille dans le cadre de l'aide médicale sous condition de ressources. Toutefois, ils peuvent bénéficier des soins de ville, quelle que soit la durée écoulée depuis leur entrée en France »* (paragraphe D-I-A). Depuis cette date, et sous réserve des développements du paragraphe suivant, à la distinction entre étrangers de plus et de moins de trois ans de résidence s'ajoute une différence de traitement entre étrangers irréguliers de moins de trois ans et leurs enfants mineurs.

Enfin, la mission a constaté que cette distinction selon l'ancienneté du séjour n'a jamais été appliquée à Paris, ni avant ni après la réforme de l'AME. Les questions posées par la CPAM à ce sujet aux autorités administratives sont restées sans réponse écrite. Il était signalé que *« dans les faits, cette disposition n'était pas appliquée, ni par le département pour l'aide médicale départementale, ni par la caisse primaire de Paris pour l'aide médicale État. En effet, le département délivrait des bulletins de soins permettant de recourir à la médecine libérale à des étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire depuis moins de trois ans. Pour ne pas porter atteinte au principe d'égalité, le représentant de l'État à Paris et la caisse primaire avaient fait de*

même pour les personnes sans résidence stable, sous le forme d'admissions « complètes » à l'aide médicale État, pour un an ». Le protocole d'accord local d'application de l'AME signé le 7 février 2000 par le Préfet et par la CPAM de Paris, et renouvelé en septembre 2000, déroge ainsi aux textes visés en préambule, puisque l'article 5 indique expressément que « l'Aide Médicale État est accordée pour la totalité des soins ambulatoires et hospitaliers » ; sur le terrain, un seul modèle de notification de décision d'admission immédiate est délivré et porte la mention du régime 095.

Cette particularité parisienne explique, en partie, le nombre très élevé d'admissions à l'AME à la CPAM de Paris : en effet, selon les responsables de la caisse, nombre d'étrangers de banlieue préfèrent déclarer une résidence dans Paris intra muros pour bénéficier de l'accès aux deux filières des soins. Ce gonflement artificiel est une des causes mises en avant pour justifier le mode particulier d'accueil-traitement fonctionnant dans la capitale, décrit plus haut.

Cette tolérance particulière a pour effet secondaire de fausser totalement les statistiques trimestrielles d'effectifs remises à l'État par la CNAMTS, en application de la circulaire nationale du 17 octobre 2000 : ainsi, l'état au 30 septembre 2001 comptabilise, pour Paris, 44.764 bénéficiaires en régime 095 et 5 bénéficiaires en régime 096 ! S'agissant de la CPAM qui, à cette date, traitait à elle seule près de 40 % des effectifs totaux, ce biais ôte toute possibilité d'analyse sur l'ancienneté de la résidence des bénéficiaires de l'AME.

La mission n'ignore pas que deux types de questions peuvent être soulevées à propos d'une mesure intéressant ce type de publics : son incidence financière éventuelle et son effet supposé d'attraction sur les flux migratoires.

Sur le premier point, il faut souligner que l'accès aux soins de ville peut éviter une aggravation de l'état de santé, nécessitant une hospitalisation pour des soins plus lourds et plus coûteux. La mission relève en outre, dans les états trimestriels de l'agent comptable de la CNAMTS, que les coûts moyens par bénéficiaire semblent moins élevés à Paris – où la distinction n'est pas appliquée – que hors de Paris, mais ce point sera à vérifier sur une période plus longue.

En ce qui concerne le second aspect, l'effet d'attraction qui joue entre Paris et sa banlieue a peu de chances, semble-t-il, d'exister pour un étranger encore hors du territoire national. A l'évidence, l'immigration, notamment clandestine, résulte de bien d'autres déterminants que la connaissance hypothétique d'un accès ouvert à toutes les filières de soins.

Pour toutes ces raisons, il est proposé de modifier l'article L. 111-2 (3°) du CASF et de permettre aux étrangers en situation irrégulière éligibles à l'AME, quelle que soit leur ancienneté de résidence, d'accéder aux soins de ville comme aux soins hospitaliers.

6.1.7.2 Le régime applicable aux enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière

La circulaire susvisée du 3 mai 2000 a précisé notamment le régime applicable aux étrangers mineurs, en distinguant les cas suivants :

- enfants placés sous l'autorité parentale de leurs parents : si leur représentant légal est en situation régulière, ils ont la qualité d'ayants droit pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité ; dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier de l'AME, comme indiqué ci-dessus ;
- enfants dont l'autorité parentale n'est pas exercée par leurs parents : les intéressés, dès lors qu'ils sont confiés au service de l'aide sociale à l'enfance ou à la protection judiciaire de la jeunesse, sont affiliés de plein droit au régime général sur critère de résidence et accèdent à la protection complémentaire en matière de santé.

Or, l'Assemblée Nationale a voté, lors de la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, un amendement d'origine parlementaire qui va modifier ce dispositif. Cet amendement, soutenu notamment par une grande association et qui fait suite aux travaux du groupe de suivi de la CMU du CNLE, a proposé de « *permettre aux enfants mineurs de personnes de nationalité étrangère ne remplissant pas la condition de résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale de bénéficier de la couverture maladie universelle s'ils satisfont par ailleurs aux autres conditions prévues par les textes* ». Voté contre l'avis du gouvernement, il a été confirmé par le vote du Sénat et risque de poser de sérieux problèmes, en raison des incertitudes induites par sa rédaction.

Les auteurs de l'amendement, en se référant à la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, entendaient donner aux enfants mineurs de parents étrangers en situation irrégulière la couverture garantie par l'affiliation au régime général sur critère de résidence au titre de la CMU, et leur permettre de bénéficier du panier de soins de la CMU complémentaire, un peu plus large que celui auxquels ils avaient droit en qualité d'ayants droit de personnes admises à l'AME. L'analyse juridique du texte voté par les deux assemblées fait craindre que la mesure s'étende à d'autres publics, se traduise pour les enfants mineurs visés par un recul, puisqu'ils ne bénéficieront que de la CMU de base et perdront l'exonération du ticket modérateur et du forfait journalier procurés par l'AME et introduise un régime distinct pour les parents et pour les enfants mineurs relevant de leur autorité parentale. En conséquence, il paraîtrait judicieux de revenir dès que possible sur ces nouvelles dispositions. La suppression de la règle des trois ans, proposée au paragraphe précédent, permettrait de légaliser l'accès aux soins de ville pour les enfants mineurs, comme pour l'ensemble des bénéficiaires de l'AME. Il resterait alors à voir si, au-delà de ces droits, l'accès à l'ensemble des prestations associées à la CMUC (dentaire, optique,...) doit être accordée aux enfants mineurs, alors que leurs parents en situation irrégulière de séjour demeureront sous le régime de l'aide médicale de l'État.

6.1.7.3 Le statut juridique des étrangers placés en centres de rétention administrative

Les étrangers en situation irrégulière de séjour peuvent, après leur interpellation, être placés provisoirement dans un centre (CRA) ou un local de rétention administrative, dans l'attente de vérifications d'identité et de nationalité, avant la mise à exécution éventuelle d'une mesure de reconduite à la frontière.

Un dispositif sanitaire spécifique a été mis en place dans les 13 CRA par une circulaire ministérielle du 7 février 1999 ; il a reçu une base réglementaire avec le décret du 19 mars 2001 et son financement est assuré sur crédits budgétaires – environ 15 millions de francs sur le chapitre 46.81, article 80 - gérés par la direction de la population et des migrations (DPM). Il a pour finalité d'assurer un suivi sanitaire permanent des personnes retenues, de proposer des soins de première nécessité et de permettre des actions de prévention sur le site. Il repose sur une convention passée par le CRA avec un établissement de santé de proximité mettant à la disposition du centre le personnel hospitalier et les moyens nécessaires à son activité.

Ce dispositif n'exclut pas la nécessité de recourir, en cas de besoin, à une hospitalisation. C'est pourquoi il importait de préciser le statut juridique des intéressés au regard de la protection sociale, dans l'intérêt de l'utilisateur et des établissements de soins. Ce point conditionnait la rédaction de l'arrêté interministériel d'application du décret du 19 mars 2001 ; une expertise a été demandée en avril 2001 à la mission juridique du Conseil d'État par la DPM. Cette mission a conseillé de reconnaître à tous les étrangers placés en rétention administrative la qualité de résidents au sens de l'article L.251-1 du CASF, en relevant, notamment, qu'ils étaient susceptibles de faire l'objet d'une assignation à résidence en application de l'ordonnance de 1945.

Les intéressés ont la volonté de se maintenir sur le sol français, sans doute de façon irrégulière : dès lors, ils avaient droit à l'AME avant leur rétention et continueraient à y avoir droit s'ils étaient relâchés au terme du délai de rétention. Il semble logique que la période de séjour en CRA – qui ne constitue pas une zone extraterritoriale – ne fasse pas obstacle à cette possibilité d'accès à l'aide médicale de l'État

La mission relève que l'arrêté interministériel susvisé, en cours de signature, prévoit que les prestations de soins sont financées au titre de l'AME.

6.2 L'admission à l'aide médicale de l'État sur décision individuelle : un champ d'application à préciser

6.2.1 Une disposition législative ambiguë, non explicitée par une circulaire d'application

6.2.1.1 Un alinéa législatif qui se prête à deux interprétations très différentes

L'article 32 de la loi du 27 juillet 1999 a introduit une nouvelle rédaction de l'article L 251-1 du CASF (ex article 187-1 du CFAS) relatif au champ d'application de l'AME. A la suite du premier alinéa, examiné au paragraphe 6.1 du présent rapport, le deuxième alinéa dispose : « *En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'État dans les conditions prévues par l'article 187-3. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article 187-2 peut être partielle* ».

La combinaison des trois conditions – non résidence en France, présence sur le territoire français et état de santé – montre que l'accès à l'AME sur décision individuelle n'est pas réservé exclusivement aux personnes de nationalité étrangère. Cet alinéa législatif aurait mérité, cependant, une explicitation par instruction gouvernementale des conditions d'accès, ainsi que des circuits administratifs préparatoires à ce type particulier de décision.

En effet, dès le début de l'année 2000, ont afflué au ministère des demandes de décisions individuelles transmises, soit par les DDASS, soit par les CPAM, soit directement par des établissements hospitaliers. Ces demandes incorporent notamment un grand nombre de cas de personnes étrangères qui se font hospitaliser dans un établissement français, soit de façon intentionnelle mais sans avoir l'accord préalable de leur organisme d'assurance maladie, soit de façon inopinée et urgente dans le cas d'étrangers touristes non prémunis d'une garantie de prise en charge par leur organisme de couverture sociale. Lorsque les frais facturés dépassent leurs moyens financiers et ceux de leur famille, ces personnes présentent une demande d'AME de droit commun au titre du premier alinéa, qui ne peut qu'être rejetée puisqu'elles ne résident pas en France.

Une grande partie de ces dossiers vise donc à assurer la prise en charge de dépenses d'hospitalisation d'urgence de personnes étrangères sans couverture sociale suffisante, et par voie de conséquence à régulariser des créances hospitalières qui risqueraient de demeurer irrécouvrables.

Cette interprétation extensive, qui est celle de nombre d'acteurs rencontrés au niveau local, est totalement contestée par l'administration centrale compétente, à savoir la DGAS. Celle-ci fait valoir que l'alinéa 2 de l'article L 251-1 du CASF avait pour objet de régulariser pour l'avenir par une disposition législative la pratique ministérielle ancienne, qui consistait à prononcer à titre dérogatoire, pour des raisons humanitaires, l'admission à l'aide médicale de personnes ne remplissant pas la condition fondamentale de résidence en France : Français expatriés ou malades étrangers ne pouvant pas recevoir dans leur pays les soins appropriés et ne disposant pas des fonds nécessaires pour en assurer le paiement auprès des hôpitaux français. Cette possibilité était dans les faits extrêmement limitée, puisqu'elle n'avait concerné qu'une soixantaine de cas en 1999.

Ces deux lectures du texte législatif ont naturellement un impact physique et financier très différent. A défaut d'une modification législative immédiate, il aurait donc été souhaitable d'en expliciter la portée par une instruction administrative aux services déconcentrés de l'État, en leur donnant des indications précises sur son champ d'application. Bien que proposée par la DGAS dès juin 2000, cette mesure n'a pas été prise jusqu'ici.

6.2.1.2 Une absence de circulaire d'application

La circulaire n° 2000-14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'État ne mentionne qu'allusivement la mise en œuvre des dispositions du deuxième alinéa de l'ancien article 187-1 du CFAS et se borne à indiquer qu'« *une seconde circulaire viendra prochainement compléter ces instructions* », ce qui n'a pas été fait à ce jour, deux ans après l'entrée en vigueur de la loi.

Cette circulaire se borne à mentionner que l'AME concerne « *sous conditions particulières d'admission, des personnes ne résidant habituellement pas en métropole ou dans les DOM, mais admises individuellement par décision ministérielle, à titre humanitaire (par exemple des Français expatriés ou résidant dans un TOM accueillis pour soins, des étrangers non résidents, etc...)*. Cette catégorie est citée pour mémoire et ne fait pas l'objet de la présente instruction ». Analysant plus loin les différentes situations de l'étranger majeur sous l'angle de la condition de résidence en France, la circulaire mentionne l'« *étranger de passage (visa court séjour, visite dans la famille installée en métropole ou dans les DOM) conservant sa résidence à l'étranger* » dont la couverture maladie est normalement assurée par une couverture ou une assurance du pays d'origine, mais qui peut bénéficier de l'AME, totale ou partielle, sur décision ministérielle. En précisant que l'appréciation du critère de résidence en France doit se faire au cas par cas, elle indique que « *l'objectif sanitaire et social est de ne pas freiner l'accès aux soins de personnes particulièrement précaires, tout en évitant la prise en charge des personnes de passage* », qui relèvent du second alinéa mais « *seront dans tous les cas prises en charge s'il y a urgence médicale* ». Pour autant, la distinction entre un « étranger de passage » relevant de la décision ministérielle et « un étranger résident » en France depuis peu de temps, qu'il soit en situation de séjour régulière ou non, ne va pas de soi.

La convention nationale du 17 octobre 2000 entre l'État et la CNAMTS n'apporte sur ce point aucun éclairage, puisqu'elle ne se réfère, dans son article 4 sur les conditions d'admission, qu'au premier alinéa de l'ancien article 187-1 du CFAS.

Cette absence de circulaire depuis l'entrée en vigueur de la loi explique largement les flottements constatés dans l'application du texte, tant à l'échelon des services déconcentrés de l'État (DDASS) en relation avec les CPAM que des administrations centrales destinataires de ces demandes d'AME .

6.2.2 Des demandes de décisions individuelles restant fréquemment sans réponse

Toutes les DDASS rencontrées par la mission ont signalé que la très grande majorité des dossiers transmis par eux à l'administration centrale (DGAS) en vue d'une décision ministérielle demeurait sans réponse, souvent en dépit de nombreuses relances de leur part.

A titre d'exemples, dans une note adressée à la DPM en mars 2001, la DDASS du Val d'Oise signalait qu'« *au cours de l'année 2000, l'ensemble des dossiers transmis au ministère..., soit 44 au total, est resté sans réponse à ce jour* ». Lors de la visite de la mission, la DDASS de la Seine-Saint-Denis a fait état de 81 demandes adressées pour décision au ministère entre janvier et octobre 2001 et en instance de réponse.

Cette incertitude est gravement préjudiciable pour les demandeurs, qui sont tenus dans l'ignorance des suites données à leur demande de prise en charge de soins. Elle l'est aussi, dans une certaine mesure, pour les hôpitaux, qui reçoivent ces personnes, sont tenus de les soigner sans attendre la régularisation de la demande, si l'état de santé l'exige, et accumulent ensuite des créances qui risquent de s'avérer irrécouvrables. Lorsque la demande a été formulée en amont, un visa pour soins peut être accordé par le ministère des affaires étrangères, un devis établi et une prise en charge permettant le

règlement assurée à l'avance. Le cas le plus fréquent est néanmoins celui du visa touristique, ou de l'absence de visa, et de la survenance d'affections en cours de séjour sur le territoire français. Dans l'attente d'une décision, et à défaut de solvabilité par le patient ou par son système national de couverture sociale, les établissements ne peuvent que comptabiliser ces créances, avant de les faire admettre un jour en non valeur. Ces montants peuvent être conséquents, aux dires des établissements rencontrés par la mission, même s'ils restent faibles en proportion des masses financières gérées par les établissements.

L'absence de réponse ministérielle est en outre incompréhensible pour les tiers – travailleurs sociaux et associations notamment – et nuit à la crédibilité de l'État. Elle peut encourager des montages au niveau local, au contact des personnes concernées, pour apporter une réponse du service public à des situations de détresse.

6.2.3 Un aperçu des cas soumis aux DDASS par les CPAM

A la demande de la mission, les DDASS rencontrées en métropole ont donné des indications sur les demandes d'AME « à titre humanitaire » qui leur sont transmises par les CPAM, ou directement par les établissements de santé conformément à l'article L 251-1 du CSS, pour avis et transmission, s'il y a lieu, à l'administration centrale pour décision.

Les éléments communiqués par la DDASS de l'Hérault sont mentionnés ci-après ; ils illustrent, sous réserve de quelques spécificités locales, les cas rencontrés par les services.

Ce département reçoit de nombreux étrangers venant se faire soigner en France, soit pendant leurs vacances, soit avec l'intention de rester sur le territoire français. Les deux CPAM de l'Hérault (Montpellier et Béziers) ont décidé de refuser l'AME lorsque l'entrée est récente et la résidence non avérée, et de transmettre le dossier à la DDASS lorsque l'étranger est en possession d'un visa touristique ou déclare être en visite dans sa famille. Une trentaine de cas ont ainsi été communiqués à la DDASS en 2000 et 2001, certaines demandes étant par ailleurs adressées directement à l'administration centrale, qui n'a pas répondu.

Pour la grande majorité de ces cas présumés relever de l'alinéa 2, le besoin de soins est manifeste, et souvent grave et urgent, comme l'attestent les médecins hospitaliers ; il est d'ailleurs fréquemment constaté alors que l'hospitalisation est déjà effective. Si, dans certains cas, ce besoin était prévisible (accouchement non prématuré), il peut s'avérer inopiné. Plusieurs des demandeurs ont sollicité une carte de séjour temporaire pour soins, d'autres déclarent vouloir prolonger leur séjour en France pour se faire soigner, sans avoir fait les démarches au titre de l'article 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945 modifiée ; certains, enfin, introduits récemment sans titre de séjour avec l'intention de vivre en France, entrent en réalité dans les catégories du premier alinéa et relèvent de l'admission en AME de droit commun.

Dans quelques cas assez rares, une partie des frais a pu être prise en charge, soit par le système d'assurance du pays d'origine, soit par l'intéressé ou sa famille, mais la gravité de l'affection et les complications du traitement excèdent souvent les capacités contributives de ces personnes, qui demandent le bénéfice partiel d'une AME à titre

humanitaire.

Il est important de souligner que la quasi-totalité des dossiers transmis à l'administration centrale pour décision concernent des demandes de prise en charge à titre rétroactif, et non des demandes anticipées d'ouverture des droits : par exemple, le pourcentage observé sur les transmissions effectuées par la DDASS de Seine-Saint-Denis ressort à 90 %. Les personnes ont donc bénéficié de soins.

Les DDASS rencontrées s'estiment démunies pour prendre position sur ces dossiers, qui recouvrent, à côté de quelques abus probables, des situations de détresse évidentes. Elles souhaitent très vivement des instructions de l'administration centrale sur la manière de gérer ces demandes à titre humanitaire. Dans les faits, et compte tenu du silence des services centraux, certaines s'efforcent de prendre à leur niveau des positions sur les cas individuels qui leur sont soumis par les CPAM : c'est le cas, notamment, en Seine-Saint-Denis, où la DDASS et la CPAM continuent d'appliquer l'article 7 du protocole local de gestion de 1997 relatif à l'ancienne aide médicale de l'État, qui prévoit que « *les demandes d'admission qui ne peuvent relever de l'admission de plein droit seront soumises aux services de la DDASS pour instruction dans le cadre du droit commun* ». Cette clause permet de voir les cas jugés litigieux (320 cas étudiés depuis le 1^{er} janvier 2000) sur l'ensemble du dispositif AME : toutefois si, dans certains cas, il paraît possible, après une analyse juridique approfondie ou en fonction de considérations sociales, d'accorder à l'échelon local, soit l'accès à la CMU, soit l'accès à l'AME de droit commun, les décisions entrant dans le champ du deuxième alinéa ne peuvent, en l'état de la législation et sauf à commettre un excès de pouvoir, qu'être prises au niveau ministériel.

6.2.4 Cinq catégories de dossiers à gérer par l'administration centrale

Les éléments communiqués par la DGAS à la mission permettent de distinguer cinq types de demandes et d'en évaluer le nombre et le coût budgétaire théorique, ainsi que le mode de traitement actuellement appliqué.

6.2.4.1 Une centaine de dossiers par mois

Selon leur origine, ces demandes peuvent être classées comme suit :

a) les demandes d'admission à titre humanitaire transmises directement par le cabinet : quelques dossiers par an ;

b) les dossiers transmis par le ministère des affaires étrangères concernant des Français résidant à l'étranger pour lesquels les consulats établissent un dossier médico-social : 5 à 10 % du total ;

c) les demandes émanant de ressortissants étrangers domiciliés à l'étranger, demandant à titre individuel l'aide médicale pour pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en France : environ 15 % ;

d) les demandes venant de personnes résidant en France pour des membres de leur famille étrangers et malades résidant hors de France, soit pour des soins à venir, soit

pour la prise en charge de factures que l'établissement demande à la famille de régler : environ 5 % ;

e) enfin, pour l'essentiel et à concurrence de 70 %, des demandes transmises par des établissements de santé, directement ou via la CPAM ou la DDASS : elles concernent la régularisation de séjours hospitaliers de personnes étrangères ne résidant pas en France, dépourvues de prises en charge, le plus souvent en visite dans leur famille et hospitalisées, de façon inopinée ou calculée, pendant leur séjour en France.

Au total, la DGAS reçoit ainsi une centaine de dossiers par mois, soit plus de mille par an.

6.2.4.2 Un traitement réservé aux deux premières catégories

Dans l'attente d'une décision sur le dispositif de gestion à mettre en place, la DGAS s'est attachée, en priorité, à traiter les demandes d'admission des personnes ne résidant pas en France dont la situation lui paraissait relever du deuxième alinéa, c'est-à-dire, pour l'essentiel, entrant dans les catégories a) et b).

Sur ses propositions, la ministre a pris ainsi en 2001 une centaine de décisions d'admission à titre humanitaire, concernant respectivement 16 étrangers et 90 Français. Ces réponses favorables prennent notamment en considération des cas d'hospitalisation fortuite avérée. Ainsi, parmi les accords récemment prononcés, figure le cas d'un couple de nationalité chinoise hospitalisé à la suite d'un incendie criminel. Elles prévoient une prise en charge des frais par l'AME, totale ou partielle, lorsque certaines dépenses, comme par exemple le forfait journalier hospitalier, peuvent être réglées par l'intéressé ou sa famille.

L'analyse des décisions négatives montre, à l'inverse, le refus des demandes de régularisation de prise en charge de soins que des personnes sont venues intentionnellement chercher en France.

L'incidence financière des décisions ministérielles d'admission ressort au total à environ 35 MF sur 2000 et 2001. Ce coût est à comparer à l'évaluation du coût global potentiel qui résulterait de l'acceptation de l'ensemble des demandes, de l'ordre de 70 MF par an pour le total des cinq catégories.

Par ailleurs, la DGAS a entrepris un lourd travail de tri à l'arrivée des dossiers. Lorsqu'un indice montre que l'intéressé est demeuré sur le territoire français, elle demande désormais à la CPAM de revoir sa position initiale et de régulariser rétroactivement ses droits en AME de droit commun, voire en CMU. Des correspondances dans ce sens ont été adressées aux caisses primaires, ainsi qu'aux DDASS et aux hôpitaux qui avaient transmis des dossiers au titre de l'alinéa 2. Ces réponses devraient permettre désormais aux intervenants locaux de solder des cas individuels et de mieux connaître la doctrine de l'administration. Pour autant, elles ne suffisent pas, par elles-mêmes, à assurer une information des gestionnaires locaux de nature à réguler les flux de demandes fondées sur cet alinéa. En outre, la DGAS prépare des accusés de réception types, précisant que le silence gardé par le ministère pendant deux mois vaut en l'espèce décision de rejet.

6.2.5 Une position devrait être adoptée et portée à la connaissance des différents acteurs

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît nécessaire de mettre fin rapidement à cette situation d'opacité au regard de l'application du deuxième alinéa de l'article L 252-1 du CASF.

Sur le fond, il appartient au ministre de trancher entre les deux interprétations de la loi. L'avis de la mission juridique du Conseil d'État du ministère, déjà demandé en mars 2001 sur certains aspects, analyse ce type de décisions ministérielles comme des décisions prises « dans le cadre d'un pouvoir discrétionnaire », ce qui exclurait l'obligation de motiver un refus d'octroi de l'aide médicale, qui ne serait nécessaire que s'il s'agissait de refuser « *un avantage dont l'attribution constitue un droit pour les personnes qui remplissent les conditions légales pour l'obtenir* ». Cette mission précise également que ce type de décisions entre difficilement, par nature, dans le champ de la déconcentration des actes individuels.

Une rédaction plus précise de la loi serait souhaitable. A court terme, la mission s'interroge sur les moyens pour l'administration centrale de faire connaître ses positions générales aux acteurs locaux, afin de favoriser le règlement sur place de nombreux dossiers et d'éviter les remontées inutiles de la plupart des demandes.

Deux points mériteraient d'être précisés :

- le rôle assigné aux DDASS, tant dans l'information des CPAM, des établissements hospitaliers et des associations au niveau local, que, pour les cas éligibles à la décision, dans l'instruction déconcentrée des demandes avant transmission pour décision à l'échelon central, accompagnée d'une fiche descriptive du cas ;
- l'organisation du dispositif au niveau central de formulation des avis médicaux par les médecins de l'administration en fonction dans les directions concernées (DGAS, DGS, DPM, DHOS), grâce à la répartition entre eux des dossiers, complétée, le cas échéant, par des réunions périodiques de concertation afin d'harmoniser les positions.

6.3 Une gestion financière contrariée par des insuffisances de crédits

Le financement du nouveau dispositif est perturbé par une grave insuffisance des dotations sur la ligne budgétaire d'imputation, dont la moitié correspond à des soldes de paiement sur exercices antérieurs à 2000, au titre de l'ancienne aide médicale de l'État.

6.3.1 Des insuffisances de crédits très préoccupantes

Conformément à l'article L 252-3 du CFAS, la gestion administrative et financière de l'AME a été déléguée par l'État aux institutions du régime général de l'assurance maladie. Avant l'entrée en vigueur du nouveau dispositif, sa mise en œuvre était régie par la convention nationale passée le 9 mai 1995 entre l'État et les présidents des caisses nationales d'assurance maladie, complétée par des protocoles départementaux entre les préfets et les CPAM. Les crédits budgétaires étaient délégués aux préfets (DDASS) et versés par ceux-ci aux CPAM. Cette gestion déconcentrée s'est poursuivie en 2000,

dans l'attente de la signature de la convention nationale État/CNAMTS, qui est intervenue le 17 octobre 2000. En 2001, cette gestion financière a été, pour l'essentiel, centralisée : les dépenses d'AME, imputées sur le chapitre 46.82, article 20, du budget du ministère, sont payées trimestriellement par le ministère (DGAS) à la CNAMTS, qui les répartit entre les CPAM gestionnaires. Toutefois, des crédits continuent d'être délégués aux DDASS pour la couverture des dépenses résultant notamment des décisions ministérielles.

Le rapprochement des créances sur l'État au titre de l'AME, des crédits ouverts et des dépenses ordonnancées fait ressortir de graves insuffisances de crédits. Celles-ci résultent, dans leur majeure partie, du report de dettes impayées fin 1999, au moment du basculement dans le nouveau dispositif de l'AME rénovée, qui n'a pas été comblé par un abondement de crédits correspondant. Les éléments communiqués à la mission par les services sur les gestions 2000 et 2001 font état d'une insuffisance cumulée de crédits de plus de 1,6 milliard de francs en décembre 2001, qui ne saurait perdurer sans causer de graves préjudices et compromettre la crédibilité de l'État. Il convient donc de solder ces impayés et de réfléchir aux moyens de mettre en adéquation les besoins et les crédits en régime de croisière.

6.3.1.1 Un reliquat d'impayés sur les exercices antérieurs à 2000 (784 MF)

Selon l'état de situation le plus récent communiqué par la DGAS à la mission, les dettes antérieures à la réforme jusqu'ici non soldées s'élèvent à 783,8 MF, dont :

- Dettes envers la CNAMTS.....263,5 MF
- Dettes à rembourser par les DDAS...515,8 MF
- Dettes Evasan Mayotte.....4,5 MF

6.3.1.2 De nouvelles dettes nées en 2000 et non soldées en 2001 (104 MF)

La physionomie de la gestion 2000 est résumée par le tableau ci-dessous :

Tableau n° 20 – Gestion budgétaire de l'AME en 2000 (arrondi en MF)

Ressources	Montant	Dépenses	Montant
LFI 2000	495	Créances CPAM 1999	212
Reports 1999 et divers	1,8	Conventions soins précarité	18
		Autres créances métropole	23,2
		Créances DOM	60,5
		Total crédits délégués aux DDASS	313,7
		Créances CPAM 1999	13,2
		Créances CPAM 2000	169,8
		Total versements à CPAM	183
Total ressources	496,8	Total crédits délégués	496,7
Report théorique sur 2001	2,9	Total crédits mandatés	493,8

(Source : DGAS)

S'agissant des créances nées en 2000 et non soldées à ce jour, les insuffisances représentent près de 104 MF. Elles n'affectent ni les remboursements à la CNAMTS, dont tous les arrêtés de comptes ont été honorés, ni les créances nées d'une décision ministérielle. Elles concernent les deux postes de dépenses suivants :

- Dettes à rembourser par les DDASS.....17,7 MF
- Evacuations sanitaires (Evasan) Mayotte...86,3 MF

Aucune mesure budgétaire n'est venue abonder cet article budgétaire en cours de gestion pour apurer ces dettes, dont le report, s'ajoutant à celles antérieures, a totalement hypothéqué la gestion 2001. La mission observe que les excédents constatés sur l'article 10 : « Couverture maladie universelle » du même chapitre 46.82, soit 1.750 millions sur la dotation d'équilibre au Fonds CMU, compte tenu d'un nombre de bénéficiaires CMUC inférieur aux prévisions, ont gagé des ouvertures de crédits sur d'autres lignes budgétaires du ministère dans le cadre du décret de virement et de la loi de finances rectificative de fin d'année. Il est regrettable que l'AME n'ait pas du tout bénéficié de ces redéploiements de crédits, qui auraient pu intervenir par sous-répartition des crédits du même chapitre.

6.3.1.3 Les insuffisances propres à la gestion 2001 (751 MF)

Alors que les crédits budgétaires ouverts en 2001 s'élevaient à environ 353 MF, reports compris, le besoin de financement de l'exercice a atteint, hors dettes antérieures non soldées, un montant de 1.104 MF, soit une insuffisance supplémentaire de l'ordre de 751 MF, réparties comme suit :

- Dettes envers la CNAMTS.....625,1 MF
- Dettes à rembourser par les DDASS.....15,0 MF
- Dettes Evasan Mayotte.....91,0 MF
- Décisions individuelles.....20,0 MF

Le tableau ci-dessous, extrait des documents de gestion communiqués par la DGAS, donne la mesure des insuffisances budgétaires cumulées évaluées en décembre 2001 :

**Tableau n° 21 - Evaluation des insuffisances cumulées de crédits AME fin 2001
(arrondi en MF)**

Créances	Besoins 2001	Versements 2001	Reste dû 2001
CNAMTS 1999	263,5	0	263,5
CNAMTS 2000	0	0	0
CNAMTS 2001	954,6	329,5	625,1
Total CNAMTS	1.218,1	329,5	888,6
Dettes DDASS 1999	515,8	0	515,8
Dettes DDASS 2000	17,7	0	17,7
Dettes DDASS 2001	15,0	0	15,0
Décisions ministre 2000et2001	35,7	15,7	20,0
Evasan. Mayotte	189,5	7,7	181,8
<i>Total DDASS</i>	<i>773,7</i>	<i>23,4</i>	<i>750,3</i>
Total général	1.991,8	352,9	1.638,9
Crédits 2001 (LFI+reports)	352,9		
Insuffisances cumulée 2001	1.638,9		

(Source : DGAS)

La gestion 2001 s'est achevée sans que ces insuffisances de crédits aient pu être couvertes à l'occasion de mouvements de crédits de fin d'année, dans le cadre du décret de virement et du collectif de fin d'année. Toutefois, contrairement à l'année précédente, un prélèvement de 50 millions a été opéré sur les excédents constatés de l'article 10 du chapitre 46.82, par virement interne au chapitre.

Au total, les insuffisances cumulées fin 2001 sur cette ligne budgétaire peuvent donc être évaluées comme suit :

- Arriérés antérieurs à 2000.....784 MF
- Insuffisances gestion 2000 non soldées.....104 MF
- Insuffisances gestion 2001.....751 MF
- Total insuffisances brutes.....1.639 MF
- Total insuffisances nettes : 1.639 MF – 50 MF = 1.589 MF (242,24 millions d'euros)

6.3.1.4 L'incidence sur le budget des évacuations sanitaires Mayotte

Les évacuations sanitaires (Evasan) de Mayotte vers la Réunion, voire de la Réunion vers la métropole, posent un problème budgétaire important et soulèvent par ailleurs des questions d'ordre juridique.

La faiblesse des structures locales de soins et la non-applicabilité de la CMU à Mayotte ont abouti à multiplier le nombre de ces évacuations, qui représentaient en 2000 un coût de l'ordre de 96 MF, obérant la ligne budgétaire de l'AME. En 2000, 430 Evasan ont été enregistrées, dont 42 hospitalisations en métropole ; elles se sont traduites par 10.398 jours d'hospitalisation et un quasi-doublement des dépenses imputables à ces exercices entre 1999 et 2000.

Sur le plan juridique, la CMU de base et la CMUC ne concernent que les personnes résidant depuis au moins trois mois en métropole ou dans les DOM, ce qui, par définition, n'est pas le cas des habitants de Mayotte. De son côté, l'AME, attribuée sous condition de résidence, s'adresse pour l'essentiel aux étrangers en situation irrégulière, ce qui exclut les personnes de nationalité française ou les étrangers en situation régulière vivant à Mayotte.

Le coût des évacuations sanitaires est imputé sur l'aide médicale de l'État sans aucune base légale. Cette prise en charge repose sur un télégramme du 6 septembre 1976 du ministre de la santé au préfet de Mayotte, indiquant que les frais d'hospitalisation des malades mahorais évacués sanitaires à la Réunion sont pris en charge au titre de l'aide sociale et au compte de l'État.

Pour pallier la croissance importante des dépenses, le ministère avait souhaité en 1993 mettre en place un contrôle plus rigoureux de ces demandes d'évacuation. Cette procédure prévoyait trois mesures, qui n'ont pas été véritablement mises en œuvre : réservation aux situations de détresse médicale concernant des personnes de nationalité française ou des étrangers en situation régulière ; enveloppe budgétaire spécifique affectée à la DRASS de la Réunion ; établissement d'un protocole d'accord entre Mayotte et la Réunion.

Cette situation particulière mériterait un examen spécifique approfondi, qui n'entraîne pas dans le champ d'évaluation de la mission. Deux pistes paraîtraient néanmoins devoir être explorées, étant entendu que l'équipement sanitaire de Mayotte, même modernisé, ne peut répondre à tous les besoins de santé de la population :

- sur le plan juridique, l'extension de l'accès à la CMU pour les Français et les étrangers en situation régulière résidant habituellement à Mayotte et évacués sanitaires à la Réunion, en supprimant dans ce cas précis la condition de résidence de trois mois ; une modification de la loi serait nécessaire (article L. 380-1 du CSS) ;

- sur le plan budgétaire, les crédits de l'AME seraient alors utilisés exclusivement pour les évacuations sanitaires concernant des étrangers en situation irrégulière, dont l'état de santé justifierait un tel transfert.

6.3.2 Une dotation initiale insuffisante en 2002 pour couvrir les remboursements courants à la CNAMTS

Les crédits inscrits en loi de finances pour 2002 sur le chapitre 46.82, article 20, s'élèvent à 400 MF (60.980.000 euros), soit une mesure d'ajustement de + 50 MF (7.622.844 euros) par rapport au budget voté de 2001.

Cette dotation demeure très en deçà des montants correspondant aux seules demandes de remboursements formulés par la CNAMTS dans le cadre de la convention nationale État/CNAMTS. Au titre des quatre derniers trimestres connus en décembre 2001, ces demandes se sont en effet chiffrées à 954,6 MF (145, 5 millions d'euros).

En conclusion, la gestion financière de l'AME ne peut pas durablement consister à payer sur la gestion en cours les dettes les plus anciennes, ou à arbitrer entre diverses urgences de remboursements. Il importe qu'une mesure d'apurement des arriérés soit décidée rapidement. Au vu des dépenses constatées sur les deux premiers exercices de la réforme, il conviendra ensuite de doter l'article 20 à concurrence des besoins réels.

S'agissant de l'apurement des arriérés, il conviendrait, après un examen approfondi de ces créances, de décider des procédures à mettre en œuvre, soit par ouverture de crédits budgétaires sur le chapitre 46.82, soit par admission en non-valeur de certaines factures hospitalières.

Par ailleurs, au vu de deux ans d'expérience, et sur la base des états de remboursement présentés par l'agent comptable de la CNAMTS, un examen précis, associant le contrôleur financier du ministère, devrait permettre de déterminer un montant réaliste des dotations budgétaires nécessaires sur le chapitre 46.82 pour l'AME de droit commun. Il convient en effet d'assurer dans de bonnes conditions l'alimentation en crédits de la Caisse nationale, qui gère l'AME pour le compte de l'État en exécution de la convention nationale du 17 octobre 2000, et n'a pas à faire la trésorerie du dispositif.

Enfin, des mesures spécifiques concernant les évacuations sanitaires de Mayotte pourraient avoir pour effet de réduire les besoins budgétaires à ce titre sur la ligne d'imputation de l'aide médicale de l'État.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Avant de proposer une synthèse de ses principales observations et de formuler les recommandations qui en découlent, la mission estime nécessaire de rappeler les limites de ce premier exercice d'évaluation de l'application de la loi CMU.

Intervenant deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, ce rapport est nécessairement restreint dans son contenu et dans les conclusions qu'il en dégage par au moins trois types de considérations :

Ce rapport ne prétend pas être exhaustif

Les rapporteurs ont été amenés à faire des choix : tout en s'efforçant de traiter les six grandes questions qui leur paraissaient refléter l'essentiel des problématiques de l'application de la loi CMU, ils ont ainsi peu ou pas développé :

- plusieurs points particuliers intéressant certains publics spécifiques, comme, par exemple, les demandes de CMU de divers ayants-droit autonomes ; la négociation annuelle sur le régime de prévoyance maladie des salariés d'entreprise non couverts par un contrat de groupe ; la prise en charge par l'AME des frais de soins et d'hospitalisation en cas d'IVG concernant des personnes ne pouvant pas prétendre au bénéfice de la CMU ;
- des thèmes propres au régime agricole ou au régime des travailleurs indépendants, les observations se concentrant sur le régime général, qui gère la CMU de base et 94 % environ des bénéficiaires de la CMUC.

Il est tributaire d'une certaine diversité des situations

Les appréciations portées sur l'application de la loi sont assez fréquemment nuancées. Il convient en effet de tenir compte de la multiplicité des acteurs intervenant dans le dispositif, ainsi que de la diversité des situations rencontrées : diversité dans le temps, en raison des fortes évolutions entre les premiers mois de 2000 et la situation récente, et diversité dans l'espace, eu égard à la variété - liée à l'histoire et à la géographie, à l'organisation relativement autonome des institutions et aux relations partenariales locales - de certaines pratiques, ou encore au degré d'avancement différent de certains projets, tels que ceux concernant les aides à la mutualisation.

Il manque de recul sur certains aspects importants

C'est le cas, en particulier, pour l'application de l'article 23 de la loi, relatif au contrat de « garantie de sortie » pour les personnes ayant opté pour une gestion de leur protection complémentaire par un O.C. qui sortent de la CMUC, qui s'est jusqu'ici peu exercé, du fait des reports successifs de réexamen des droits et de la faiblesse du taux de gestion par des organismes complémentaires.

C'est le cas aussi, dans une certaine mesure, pour l'évaluation des effets de la loi sur la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU, et des vérifications sur

l'existence d'un « effet de rattrapage » en matière de soins de la part de publics antérieurement non solvables. Sur ce point essentiel, les résultats des enquêtes programmées sur la santé et la protection sociale (ESPS) et de celles auprès des usagers du dispositif de soins ne sont pas intégralement disponibles en décembre 2001.

Par ailleurs, le rapport fait mention de plusieurs décisions récentes du gouvernement, concernant notamment l'extension du bénéfice de la dispense d'avance de frais aux personnes sortant de la CMU et de la mise en place d'un système général d'aide à la mutualisation. Ces mesures, applicables à compter de 2002, sont en cours de mise au point au moment du dépôt du rapport et leur effet ne pourra être mesuré qu'ultérieurement.

En tout état de cause, les prochains rapports, qui, conformément à l'article 34 de la loi, seront élaborés tous les deux ans, pourront compléter les indications contenues dans ce premier bilan.

SYNTHESE DES PRINCIPALES OBSERVATIONS

Les différentes sources, et notamment les appréciations portées par les nombreux intervenants institutionnels rencontrés par les rapporteurs, recoupées par les constats de la mission auprès des acteurs de terrain à l'occasion de ses enquêtes sur sites, permettent de dégager les caractéristiques principales de la mise en œuvre de la CMU.

1 – Une grande réforme sociale, attendue et saluée par la grande majorité des acteurs

La couverture maladie universelle constitue une grande avancée sociale. Perçue comme telle par la majorité des observateurs au moment du vote de la loi, elle est vécue ainsi par la quasi-totalité des personnes rencontrées par la mission au cours de son enquête.

La CMU représente en effet un progrès décisif pour l'accès aux soins des personnes les plus démunies, et un des volets essentiels de la politique de lutte contre les exclusions. Cette opinion est partagée par tous : les gestionnaires du dispositif, les travailleurs sociaux, les associations apportant leur concours aux demandeurs, mais aussi les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes et les pharmaciens. Par rapport au système antérieur de l'assurance personnelle et de l'aide médicale départementale, les avantages de la CMU, en termes quantitatifs et qualitatifs, sont presque unanimement soulignés.

La mission a ainsi pu constater une grande adhésion à l'esprit de la loi, qui vise à substituer à un système décentralisé d'assistance un dispositif d'accès à des droits nationalement reconnus et ouvre la voie à un meilleur accès effectif aux soins. L'égalité de traitement, quel que soit le lieu de résidence, et le guichet unique au niveau des caisses de sécurité sociale, semblent apporter une neutralité qui n'était pas toujours ressentie dans le précédent système. Le concept de présomption de

droits, pierre angulaire de la couverture de base, apparaît en outre particulièrement novateur.

Ce jugement sur le fond, pratiquement unanime, n'exclut pas les critiques particulières de ceux qui regrettent la plus grande souplesse de l'aide médicale départementale et l'existence de mécanismes plus favorables dans les départements les plus avancés, notamment en termes de plafonds de ressources et d'accords tarifaires avec certains professionnels de santé.

2 – Une mise en place rapide et dans l'ensemble réussie

Au cours de ses entretiens, la mission a fréquemment entendu ses interlocuteurs avouer leur scepticisme de la fin 1999 sur la capacité des institutions à mettre en place dans d'aussi brefs délais une réforme aussi ambitieuse. Deux ans après, ils ont fait part de l'heureuse surprise qu'avait constitué pour eux la mise en route effective de la loi dès le début 2000 : les catastrophes redoutées n'ont pas eu lieu.

Il est vrai que la décision de mettre la loi en application moins de six mois après sa promulgation a constitué un vrai défi. Rétrospectivement, il faut se féliciter de ce pari, qui a permis à de très nombreuses personnes d'accéder rapidement à une couverture sociale dont ils étaient auparavant dépourvus. Toutefois, la période entre décembre 1999 et juin 2000 a été vécue difficilement par les gestionnaires des caisses, qui ont eu à absorber et à faire appliquer dans des conditions difficiles une réglementation nouvelle, et par certains aspects déroutante pour leurs techniciens. Avec le recul, chacun s'accorde à reconnaître qu'en dépit d'une pression à l'accueil d'autant plus grande que le nouveau dispositif CMU avait été fortement médiatisé, cette phase a été dans l'ensemble bien surmontée, au prix de quelques approximations ou erreurs tant que les nouveaux textes n'étaient pas assimilés ou clairement explicités.

Les « basculements » de l'AMD vers la CMU se sont effectués correctement, moyennant un assez grand nombre de régularisations dans les premiers mois de 2000. Les primo-demandeurs ont vu leurs droits ouverts dans des conditions acceptables et, passés les premiers mois, la fréquentation au guichet et les demandes de renseignements téléphoniques se sont stabilisés, tandis que s'effectuait progressivement la mise en place de personnels mieux informés sur la CMU. La situation au regard de l'accès aux soins des plus démunis a été radicalement améliorée, aux dires des grandes associations spécialisées, qui ont pu ainsi fermer plusieurs de leurs permanences de consultation.

Ces résultats n'ont pu être atteints que par une mobilisation assez exemplaire de l'ensemble des acteurs, et plus particulièrement des caisses d'assurance maladie des différents régimes. La mission a rencontré, outre des administrateurs et les cadres dirigeants des institutions visitées, un certain nombre de personnels, statutaires et emploi-jeunes, au contact du public ou affectés à l'instruction des demandes ; elle a eu, le plus souvent, l'impression d'une motivation importante pour cette nouvelle tâche, à la fois technique et sociale.

3 – Des difficultés d’application de la loi, dont certaines ne sont pas encore totalement réglées

L’appréciation globalement positive sur la période de transition et de démarrage mérite d’être nuancée, en raison des dysfonctionnements qu’a connus la gestion du dispositif. Quatre difficultés principales sont en effet apparues au cours de la période étudiée, au regard des schémas prévus par la loi et par ses textes d’application.

Tout d’abord, en matière de protection complémentaire des bénéficiaires de la CMUC, le taux de gestion par les CPAM s’est avéré massivement prédominant, traduisant un fonctionnement du droit d’option très différent des prévisions des organismes complémentaires (O.C.). Ce phénomène résulte moins d’une volonté délibérée des caisses de capter une nouvelle clientèle que des pesanteurs associées au dépôt des demandes dans les caisses, de l’émiettement des organismes complémentaires et des retards enregistrés dans la mise en place du tiers payant coordonné. Ce n’est qu’à partir de l’automne 2000 que les liaisons entre organismes de base et complémentaires se sont organisées ; fin 2001, en dépit d’une tendance à la normalisation, des difficultés demeurent et devront être rapidement résolues par les différents partenaires. A ces problèmes techniques, s’ajoute une demande forte de révision du montant des déductions autorisées par la loi, que les fédérations représentatives de la protection complémentaire estiment inférieur au coût moyen actuel par bénéficiaire. Un nombre non négligeable d’O.C. a d’ores et déjà, pour des raisons diverses, décidé de se retirer du dispositif CMU, et d’autres devraient être invités à le faire, s’ils ne parviennent pas à se mettre en conformité avec les dispositions réglementaires.

La mission a également relevé l’attitude peu réceptive, et parfois très critiquable, de certains professionnels de santé, se traduisant, le cas échéant, par des refus de soins ou d’avance de frais ou par des dépassements de tarifs, le plus souvent individuels mais dans certains cas concertés. Ces comportements sont généralement le fait de praticiens excédés par des retards de règlement de la part des caisses ou, s’agissant plus spécialement des chirurgiens dentistes, mécontents des tarifs de prise en charge des prestations inscrites sur l’arrêté relatif au panier de soins. Il convient d’examiner attentivement ces arguments, tout en luttant avec fermeté contre certaines dérives, en liaison avec les conseils de l’ordre.

Il faut aussi constater la faible implication de certains acteurs sociaux dans l’accompagnement des demandeurs de CMU. En particulier, le désengagement, pour des raisons essentiellement financières, de nombreux centres communaux d’action sociale (CCAS), pivots de l’ancien dispositif de l’aide médicale départementale, a affaibli le potentiel de l’accompagnement social de proximité et de la détection des droits des personnes en difficulté ; de surcroît, le refus de la plupart d’entre eux de procéder à la domiciliation des personnes sans domicile fixe, alors qu’ils sont agréés de plein droit, apparaît comme un manquement grave aux dispositions légales et un réel préjudice pour l’accès aux droits et aux soins de ces publics instables.

Enfin, l’aide médicale de l’État (AME) a permis d’améliorer de façon sensible l’accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière. Cependant, plusieurs

difficultés de fonctionnement subsistent :

- . pour les étrangers résidant en France, un accueil des demandeurs insuffisamment banalisé dans certaines caisses, un déficit d'information, des réticences en matière de domiciliation ainsi que des refus d'AME de la part de certains professionnels de santé, expliqués par des retards de règlement des caisses ;
- . s'agissant des décisions individuelles ministérielles, une interprétation incertaine des textes qui s'est traduite, faute de clarification du champ d'application, par l'envoi au ministère de nombreux dossiers, demeurés plusieurs mois sans réponse ;
- . une gestion financière fortement contrariée par des insuffisances de crédits, imputables à des arriérés de paiement antérieurs à 2000, mais aussi à la montée en charge rapide du nouveau dispositif : ces insuffisances sont évaluées à près de 1,6 milliard de francs, soit quatre fois la dotation budgétaire prévue pour 2002 (400 millions).

Par ailleurs, deux dispositions législatives concernant l'AME seraient à revoir :

- la distinction actuelle dans l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière selon leur ancienneté de résidence de plus ou moins trois ans, qui apparaît peu fondée, génère des complexités inutiles et surtout peut constituer un sérieux obstacle pour l'accès aux soins de ces populations ;
- l'attribution de la CMU de base aux enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière, récemment votée à la suite d'un amendement parlementaire, qui risque de faire perdre aux intéressés le bénéfice de certaines prestations.

4 – Des questions liées à la conception du dispositif

Depuis l'entrée en vigueur de la loi CMU, le thème le plus discuté a été celui du niveau du plafond de ressources, qui va de pair avec celui de l'effet de seuil associé à la fixation de ce plafond. Cette controverse ne touche pas à l'application de la loi, même s'il faut relever que cette question est à l'origine d'un contentieux important, qui aggrave les charges de travail des DDASS, alors même que les décisions des CDAS confirment, dans leur très grande majorité, la conformité des décisions de rejet prononcées par les caisses avec les règles de calcul fixées par la réglementation en vigueur.

Elle met en effet en cause un élément essentiel de la loi, puisque le législateur a prévu un système qui ne prévoit pas une graduation des prestations en fonction d'un barème de ressources, mais un ensemble de prises en charge de dépenses, assorti de la dispense d'avance de frais, réservé aux seuls demandeurs dont les ressources sur les douze derniers mois demeurent inférieures au plafond. Un dépassement, même infime, de ce plafond exclut en conséquence les demandeurs concernés du bénéfice de l'accès gratuit aux soins et du tiers payant. Cette contestation de l'« effet couperet » du plafond s'est trouvée amplifiée par celle du montant du plafond retenu pour la CMUC, inférieur à celui de l'ancienne AMD dans une dizaine de départements et qui, surtout, ne permet pas d'accueillir en CMUC certains titulaires de minima sociaux, personnes âgées isolées percevant le minimum vieillesse et personnes handicapées allocataires de l'AAH de base.

Certes, le droit à CMU complémentaire n'est pas comparable à un droit à allocation

mensuelle, mais il ouvre à des personnes à ressources modestes la possibilité de se soigner gratuitement. Au niveau individuel, le coût réel pour une personne malade peut s'avérer très supérieur au coût moyen des dépenses de soins couverts par la protection complémentaire, estimé au départ à 1.500 F par an. L'enjeu financier pour les personnes en cause est d'autant plus important que les tarifs de cotisations sur le marché de l'assurance complémentaire sont en général, à prestations comparables à celles couvertes par la CMUC, nettement plus élevés que ce montant.

5 – Des réponses apportées par le gouvernement dans la période récente

Après avoir reporté d'octobre 2000 à juin 2001 le réexamen de la situation des bénéficiaires de la CMUC, pour la plupart en AMD au moment du « basculement » début 2000, puis ménagé une période transitoire de maintien dans les droits au cours du second semestre 2001, le gouvernement a annoncé au Parlement, fin 2001, une série de mesures :

- extension du bénéfice de la dispense d'avance de frais pendant un an à toutes les personnes sortant de la CMUC : cette mesure a été votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;
- mise en place d'un dispositif d'aide à la mutualisation pour les personnes dont les ressources n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond de ressources réglementaires, radiées de la CMUC ou demandeurs faisant l'objet d'une décision de rejet en raison de leurs ressources supérieures à ce plafond : un cadrage national a été proposé aux organismes complémentaires et à la CNAMTS, en vue de sa traduction dans un avenant
- à la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la caisse nationale, le financement du dispositif étant assuré sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la CNAMTS.

Par ailleurs, le gouvernement a pris plusieurs initiatives en vue d'améliorer le dialogue :

- avec les chirurgiens dentistes, en annonçant la suppression du plafond de 2.600 F sur deux ans prévu par l'arrêté interministériel du 31 décembre 1999 pour les frais exposés pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ;
- avec les organismes complémentaires, en confiant au Fonds CMU une mission d'évaluation des dépenses moyennes des bénéficiaires de la CMU au titre de leur couverture complémentaire en 2000 et, à titre prévisionnel, en 2001 : cette évaluation a pour objet de donner une base solide aux discussions à ouvrir avec les O.C. sur une éventuelle révision du taux des déductions actuellement autorisées.

Ainsi, un certain nombre de points, identifiés comme sources de difficultés d'application de la loi ou comme éléments du dispositif initial méritant des aménagements, ont fait l'objet ces dernières semaines de décisions gouvernementales.

6 – Des attentes à prendre en compte

Enfin, la mission considère que quatre attentes principales, bien que diversement exprimées par les différents acteurs, méritent dans les prochains mois une attention particulière :

- une aspiration forte à la stabilité générale du dispositif, après deux premières années marquées par des incertitudes et par des reports d'échéances, afin d'assurer notamment dans de meilleures conditions la qualité du service en matière d'accueil des usagers et de traitement des dossiers ;
- le souci de prendre en compte, au-delà des mesures récemment adoptées, la situation de certaines personnes de ressources modestes en vue d'améliorer encore, de façon équitable, l'accès aux soins de ces publics ;
- un besoin de renforcement de l'accompagnement social des bénéficiaires de la CMU et de l'AME, notamment dans le cadre de partenariats organisés ;
- une demande de perfectionnement des procédures de gestion, de contrôle, de suivi et d'évaluation.

PROPOSITIONS D'AMELIORATION DU DISPOSITIF : 6 ORIENTATIONS GENERALES, DECLINEES EN 30 ACTIONS

Orientation 1 – Minimiser l'incidence négative des effets de seuil sur l'accès effectif aux soins

1.1 : Assurer la réussite, dans un cadre national cohérent, des nouveaux dispositifs d'aide à la mutualisation

Action 1 : faire connaître très largement, au niveau local, les principes définis dans l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) du régime général, ainsi que les dispositifs comparables des autres régimes ; mentionner la possibilité d'aide à la mutualisation dans les lettres de notification de rejet de la demande de CMUC

Action 2 : instituer (ou aménager) les dispositifs locaux d'aide à la mutualisation, en cohérence (ou en convergence) avec le cadre national évoqué ci-dessus, et articuler cet emploi des fonds d'action sanitaire et sociale avec des aides financières au coup par coup en vue de couvrir certaines dépenses lourdes de soins ou d'hospitalisation

Action 3 : mettre en place, dans le cadre des comités régionaux et départementaux de suivi CMU, des groupes de travail spécifiques entre les principaux partenaires pour accompagner la mise en œuvre des dispositifs locaux, et faciliter la capitalisation des expériences par une instance nationale de suivi et d'évaluation

1.2 : Envisager l'extension de la dispense d'avance de frais aux demandeurs de CMU complémentaire dont les ressources n'excèdent pas le plafond de ressources de plus de 10 %

Action 4 : étudier la possibilité d'étendre cette procédure aux demandeurs de CMUC non entrants dans le dispositif mais situés à la marge du plafond de ressources. Cette extension répondrait à un double souci : équité au regard des sortants du dispositif – dont certains peuvent disposer de ressources supérieures à 1,10 fois le plafond – et meilleur accès aux soins, notamment des personnes âgées et handicapées de ressources modestes. Elle est d'ores et déjà prévue dans le projet d'avenant à la COG de la CNAMTS en faveur des demandeurs non entrants adhérant au contrat d'aide à la mutualisation. Au-delà de ces dispositions conventionnelles, cette mesure nécessiterait une modification législative (article 20 – III de la loi CMU – article L. 861-3 du CSS)

Orientation 2 : Assurer dans les délais normaux les règlements aux professionnels de santé et normaliser le fonctionnement du tiers payant coordonné

Action 5 : parallèlement au développement de la concertation avec les professionnels de santé pour accroître le nombre des télétransmissions sous Sesam-Vitale, poursuivre les efforts engagés par les CPAM, notamment grâce aux renforcements spécifiques en personnels déjà autorisés, pour revenir dès 2002 à des niveaux acceptables en termes de soldes de paiement sur support papier

Action 6 : identifier périodiquement, au niveau de chaque caisse d'assurance maladie, les dysfonctionnements du tiers payant coordonné et proposer aux organismes complémentaires en cause un balayage des fichiers et un examen contradictoire des problèmes constatés

Action 7 : mettre en œuvre les dispositions légales (article L. 861-7, 3^{ème} alinéa) et réglementaires (article R. 861-20 et 21) permettant le retrait des listes préfectorales des organismes complémentaires manquant à leurs obligations ou n'étant pas en mesure d'honorer les clauses du contrat

Action 8 : mandater le Fonds CMU, à l'occasion de ses vérifications sur place d'organismes complémentaires, pour rechercher les solutions susceptibles d'assurer la transmission, rapide et fiable, des notifications d'attribution de droits par les caisses aux organismes complémentaires

Orientation 3 : Mieux lier l'accès aux droits et l'accès aux soins

Action 9 : renforcer les partenariats locaux entre les caisses d'assurance maladie et d'autres institutions du régime général (service médical et social des caisses régionales d'assurance maladie ; caisses d'allocations familiales), en vue de favoriser la détection des droits et le signalement des situations d'urgence médicale et sociale

Action 10 : formaliser par des conventions opérationnelles la coopération entre les caisses et les services sociaux, associations et organismes apportant de façon

conséquence leur concours aux demandeurs de CMU, notamment pour éviter les incertitudes sur la date de dépôt du dossier et pour diffuser dans ces réseaux les informations utiles aux usagers

Action 11 : faire respecter l'obligation de domiciliation par les centres communaux d'action sociale (CCAS) : sous réserve des résultats du contentieux en cours, prendre le décret en Conseil d'État prévu aux articles 4 (article L. 161-2 -1 du CSS) et 32 (article L. 252-2 du code de l'action sociale et des familles) de la loi CMU

Action 12 : à la lumière des premiers bilans, préciser le rôle et les missions des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et envisager une enquête actualisant les indications du rapport LEBAS pour capitaliser les expériences et, à terme, diffuser un guide des bonnes pratiques dans les établissements hospitaliers

Action 13 : développer des actions d'éducation à la santé auprès des publics bénéficiaires de la CMU, de façon concertée entre les services de l'État, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, les professionnels de santé et le milieu associatif : ces actions viseraient à informer les intéressés sur l'offre de soins, ainsi que sur leurs droits et leurs obligations et, dans certains cas, à les accompagner dans leur démarche vers des comportements d'assurés sociaux « de droit commun »

Orientation 4 : Rechercher par la concertation le règlement de certains points actuellement en litige

Action 14 : réexaminer la liste des prestations et le montant des tarifs plafonnés fixés par les arrêtés interministériels du 31 décembre 1999, notamment en matière de soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, dans l'esprit des recommandations du rapport YAHIEL

Action 15 : envisager de réviser, au vu des résultats des évaluations sur les dépenses moyennes des bénéficiaires de la CMU au titre de leur couverture complémentaire, le montant des déductions de leur contribution autorisées aux organismes complémentaires, fixé actuellement à 375 F par trimestre et par bénéficiaire (cette mesure nécessiterait une modification législative - article 27 de la loi CMU - article L. 862-4-III du CSS) ; encourager les O.C. à développer les plateformes de mutualisation du risque

Orientation 5 : Simplifier et consolider, dans l'esprit de la loi, la gestion, le contrôle et le suivi du dispositif

Action 16 : tester en vraie grandeur les hypothèses alternatives esquissées par la mission en matière de période de référence pour la détermination des ressources prises en compte pour le calcul du plafond, en vue d'alléger la charge des caisses et celle des demandeurs, notamment en cas de changements de situation et d'employeurs multiples ; voir notamment si le sens de la décision (accord ou rejet) prise sur la base des douze derniers mois serait ou non fortement modifiée, en cas de choix de l'année civile antérieure (avantage de la simplicité) ou en cas de choix des six ou des trois derniers mois (avantage de l'équité et d'une couverture gratuite rapide si la situation du foyer s'est dégradée récemment). Toute mesure de simplification impliquerait de modifier

l'article R. 868-8 du CSS (décret en Conseil d'État n°99-1004 du 1^{er} décembre 1999)

Action 17 : intensifier les échanges de données informatisées entre les institutions sociales, afin de rendre les informations plus fiables et plus rapidement disponibles et d'éviter aux demandeurs des démarches sans valeur ajoutée ; en particulier, accroître les coopérations entre CPAM et CAF, actuellement limitées par l'absence d'un identifiant commun (code INSEE d'assuré social et code allocataire) ; à court terme, au delà de l'accès à CAF-PRO, étudier la possibilité d'une livraison mensuelle par la CAF du fichier des bénéficiaires RMI aux CPAM, afin d'améliorer les traitements automatiques de prolongations de droits à la CMU

Action 18 : normaliser par un imprimé national unique l'état récapitulatif des demandes de pièces justificatives remises aux demandeurs, pour harmoniser les pratiques des caisses et éviter des exigences de pièces non prévues par la réglementation

Action 19 : développer, dans le cadre de la démarche qualité des institutions de l'assurance maladie, l'usage de logiciels de lissage des flux de visiteurs au guichet, afin d'adapter l'offre de service aux fluctuations de la fréquentation du public et de réduire ainsi les délais d'attente excessive, par ailleurs générateurs de tension

Action 20 : mettre en place des plans de contrôle ciblés sur des déclarations sur l'honneur de ressources semblant peu compatibles avec d'autres éléments figurant au dossier et envisager, dans le respect de la loi « Informatique et libertés », la transmission aux caisses de données fiscales

Action 21 : définir de façon coordonnée entre la DREES, le Fonds CMU et les caisses nationales d'assurance maladie un système de traitement des données statistiques permettant aux décideurs au niveau central de disposer d'informations harmonisées en régime de croisière, en exploitant les données figurant dans les formulaires de demandes

Orientation 6 : Améliorer le fonctionnement de l'aide médicale de l'État

Action 24 : banaliser l'accueil des demandeurs d'AME, en supprimant les systèmes d'accueil dans des sites uniques sur le département, compte tenu des risques de stigmatisation des étrangers en situation irrégulière associés à cette formule

***Action 25* : étendre aux formulaires de demande d'aide médicale de l'État la modernisation des imprimés déjà entreprise pour les formulaires CMU et CMUC**

Action 26 : éditer des fiches d'information sur les droits respectifs à la CMU et à l'AME et les diffuser dans les institutions relais au contact des populations immigrées

Action 27 : supprimer la distinction actuelle réservant aux seuls étrangers en situation irrégulière de séjour résidant en France depuis plus de trois ans l'accès aux soins de ville : cette mesure nécessite une modification législative (article 33 de la loi CMU – article L. 111-2 (3°) du CASF)

Action 28 : revoir la rédaction du nouvel article L. 380-5 du CSS introduit par un amendement parlementaire fin 2001 et concernant l'affiliation à la CMU des enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière, afin d'éviter un recul des avantages accordés à ces mineurs antérieurement au vote du PLFSS pour 2002

Action 29 : clarifier le champ de l'admission à l'AME sur décision individuelle au titre du deuxième alinéa de l'article L. 251-1 du CASF (article 32 de la loi CMU). Cette mesure nécessite à terme une nouvelle rédaction de l'article législatif mentionné ci-dessus

Action 30 : solder par diverses procédures les arriérés de paiement relatifs aux créances antérieures à la CMU et ajuster les dotations budgétaires aux besoins réels ; approfondir les pistes évoquées par le rapport relatives aux aspects juridiques et financiers des évacuations sanitaires de Mayotte

La mise en œuvre des actions n° 4, 15, 27, 28 et 29 nécessiterait une modification législative. Un décret en Conseil d'État devrait être pris pour l'application des actions 11 et 16.

Evelyne LIOUVILLE

Yves CARCENAC

LISTE DES ANNEXES

(Les annexes manquantes sont consultables sur demande auprès de l'IGAS)

1. Lettre de mission du 14 mai 2001
2. Note DREES sur le dispositif d'évaluation
3. Liste des personnes rencontrées au niveau national et local
4. Questionnaire rempli par la CPAM de Charente-Maritime (manquante)
5. Questionnaire rempli par la CPAM de l'Eure (manquante)
6. Questionnaire rempli par la CPAM de Montpellier (Hérault) (manquante)
7. Questionnaire rempli par la CPAM de Paris (manquante)
8. Questionnaire rempli par la CPAM de Rouen (Seine-Maritime) (manquante)
9. Questionnaire rempli par la CPAM de Seine-Saint-Denis (manquante)
10. Questionnaire rempli par la CGSS de la Réunion (manquante)
11. Note de la mission sur la situation des sept sites visités en matière d'aide à la mutualisation

OBSERVATIONS

- Les annexes n° 1, 2, 3 et 11 sont jointes au tome 1 : « Rapport définitif » ;
- L'ensemble des 11 annexes, incluant les questionnaires de la mission remplis par les 7 caisses rencontrées, sont rassemblées dans le tome 2 : « Annexes » ; pouvant faire l'objet d'une consultation auprès des services de l'Inspection générale des affaires sociales.

La Ministre de l'Emploi
et de la Solidarité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cab. LC/MY/N° 151
D.0100 6732

Le **14 MAI 2001**

127, rue de Grenelle 75700 PARIS 07 SP

Téléphone : 01 44 38 38 38

Télécopie : 01 44 38 20 10

Monsieur l'Inspecteur général,

Vous avez accepté, sur proposition de madame la chef de l'Inspection générale des affaires sociales, de conduire l'ensemble des travaux d'élaboration du rapport d'évaluation de la couverture maladie universelle (CMU), prévu par l'article 34 de la loi du 27 juillet 1999, et je vous en remercie.

Ce rapport devra, en premier lieu, rassembler les éléments qui sont ou seront disponibles au sein du ministère de l'emploi et de la solidarité. En particulier, il s'attachera à utiliser les résultats du programme d'enquêtes statistiques que la DREES a mis en place dans la perspective de ce rapport d'évaluation. Il sera également utile de consulter l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale, présidé par Madame Marie-Thérèse JOIN-LAMBERT.

En second lieu, il devra prendre en compte l'expérience acquise par les organismes et les personnalités qui, en dehors de l'État, se sont engagés dans la mise en œuvre de la CMU, comme le conseil de surveillance du Fonds pour le financement de la CMU ou les parlementaires qui ont pris une part active à la préparation et à l'examen de la loi.

Enfin, le rapport d'évaluation devra incorporer la perception que les bénéficiaires de la CMU ont du dispositif, ainsi que l'appréciation que les associations intervenant dans le domaine sanitaire et social portent sur sa mise en œuvre.

Monsieur Yves CARCENAC
Inspecteur général des affaires sociales
Sous couvert de
Madame la Chef de service
de l'Inspection générale des affaires sociales
25-27 rue d'Astorg
75008 PARIS

.../...

Une attention particulière devra être portée à l'évaluation des réglementations tarifaires à l'œuvre dans la CMU - tarifs des biens et services composant le panier de soins, tarif plafond des contrats que les organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires doivent proposer aux anciens bénéficiaires qu'ils ont accueillis et dont les ressources viennent à dépasser le plafond de ressources qui conditionne le droit à la CMU -, notamment quant à leurs conséquences sur l'exercice des professions de santé et l'économie de la protection sociale complémentaire.

Je souhaite que vous établissiez ce rapport, en liaison avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et les autres directions concernées du ministère (notamment la DSS et la DGAS/DIRMI). Il vous appartiendra de présider les groupes de travail, réunissant des représentants de ces directions, ainsi que des institutions participant au Comité de pilotage déjà constitué : les trois caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM et CCMSA) ; le Fonds pour le financement de la CMU complémentaire ; le CREDES ; l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) et l'Observatoire National de l'Action Sociale décentralisée (ODAS). Ces groupes étudieront les résultats des enquêtes et des études de terrain déjà lancées et pourront entendre, le cas échéant, des personnalités compétentes, en vue de la préparation du projet de rapport d'évaluation.

La DREES assurera le secrétariat de ces groupes de travail.

Pour cette mission, vous pourrez procéder à tout entretien et à toute investigation sur pièces et sur place qui vous paraîtront utiles à la préparation du rapport d'évaluation.

Je vous saurai gré de m'adresser :

- pour le 30 septembre 2001, un rapport provisoire faisant le point sur les éléments rassemblés à cette date ;

- pour le 31 décembre 2001, un projet de rapport définitif, servant de document introductif à un colloque national, qui sera organisé au début de l'année 2002 par le Service d'information et de communication (SICOM) et permettra de mettre à la disposition du public les premiers résultats de l'évaluation, ainsi que d'enregistrer les opinions des publics et des institutions concernés par la CMU.

Les conclusions de ce colloque national devront nourrir le rapport final qui sera remis au Parlement.

Je vous prie de croire, Monsieur l'Inspecteur général, à mes sentiments les meilleurs.

Elisabeth GUIGOU



23 MAI 2001

JPV/dg/01
401/JPVINQUANT/CMU-CARCENAC.doc

La Chef de Service

La chef de l'Inspection générale
des affaires sociales

À

Madame Evelyne LIOUVILLE

OJBET : Evaluation de la CMU

Cde mission : SS/EQ/SS

2001.0038

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en collaboration avec
Monsieur Yves CARCENAC

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Le dispositif d'évaluation de la CMU

Le dispositif d'évaluation de la CMU comporte plusieurs types d'opérations, associant les différents partenaires concernés : DREES, DSS, DIRMI, CNAMTS, CANAM, MSA, CREDES

Ce dispositif d'évaluation comporte plusieurs types d'opérations. Les différentes opérations de ce dispositif doivent, par leur complémentarité, permettre de répondre à 4 grands types d'interrogations :

1. combien de bénéficiaires la CMU va-t-elle toucher ?
2. quelles sont les caractéristiques de ces bénéficiaires ?
3. quelles sont les modifications entraînées par la CMU en termes d'accès aux soins (par la mesure de la consommation médicale et par l'analyse de la perception de ces modifications par les bénéficiaires) ?
4. comment la mise en œuvre de la CMU est-elle vécue par les acteurs de terrain ?

Il s'articule principalement autour de 7 opérations :

- Le bilan préalable concernant l'aide médicale générale
- Le suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif
- L'échantillon permanent des assurés sociaux
- L'enquête sur la santé et la protection sociale
- L'enquête auprès des bénéficiaires de la CMU
- L'enquête qualitative sur la mise en œuvre sur le terrain
- Les enquêtes auprès des usagers du dispositif de soins

1) Le bilan préalable concernant l'aide médicale générale

La DREES a lancé auprès des Conseils Généraux un recueil d'information sur les bénéficiaires de l'Aide Médicale Générale en 1998, avant la mise en place du dispositif CMU ; ce type de recueil a été reconduit en 2000 pour 1999.

2) Le suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif

Ce suivi sera assuré conjointement par la DSS, la DREES et le fonds de financement de la CMU à partir des données fournies par les 3 caisses d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM et MSA). Il portera essentiellement sur le nombre de bénéficiaires de la CMU et sur une partie des dépenses.

Il permettra d'analyser

- l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU de base
- l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire, selon le régime d'assurance maladie (régime général, régime des professions indépendantes, régime agricole) et l'option choisie (caisse d'assurance maladie ou organisme complémentaire).

Il permettra de suivre également le montant des prestations versées au titre de la protection complémentaire, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ayant

choisi leur caisse d'assurance maladie pour gérer ces prestations.

3) L'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS)

L'EPAS, géré par la CNAMTS, est une extraction aléatoire au 1/1200 des assurés du régime général d'assurance maladie et des ayant droits qui leur sont rattachés. Les données disponibles sont de deux natures :

- d'une part les informations sur les personnes (sexe, âge, qualité de bénéficiaire assuré ou ayant droit, actif ou inactif) ;
- d'autre part des renseignements sur leur consommation de soins.

La CNAMTS pourra suivre à partir de l'EPAS la consommation des bénéficiaires de la CMU, les caractéristiques des assurés et des ayant droits bénéficiaires et leur comparaison avec les non bénéficiaires de la CMU.

De plus l'historique fourni par l'EPAS permettra de comparer la consommation des bénéficiaires de la CMU à leur consommation antérieure au 1er janvier 2000. Il sera donc possible de mesurer une modification éventuelle des recours au soins notamment des recours aux soins dentaires et optiques .

4) L'enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS)

Cette enquête est réalisée régulièrement par le CREDES auprès d'un échantillon d'assurés sociaux des 3 régimes. Les informations relevées portent sur les modes de protection maladie, l'état de santé et les consommations médicales sur un mois, en relation avec les caractéristiques socio-économiques.

Pour 2000 l'échantillon à enquêter a été doublé afin d'assurer une bonne représentativité des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Des questions sur le revenu devraient permettre de cerner les populations autour du seuil de revenu de la CMU.

Au delà des objectifs généraux, cette enquête permettra d'étudier l'état de santé et de mesurer la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU, d'effectuer des comparaisons avec la population dont le revenu se situe au dessus du seuil de la CMU et avec l'ensemble de la population. Elle permettra également de mesurer l'évolution entre les 2 périodes de recueil.

L'enquête sera effectuée en 2 vagues. La première vague de l'enquête se situe au début de l'année 2000 et fera un dernier point sur la protection sociale au tout début de la mise en place de la CMU. La deuxième vague de l'enquête se déroulera au 4^{ème} trimestre 2000 et devrait dresser un premier bilan.

En partenariat avec les services statistiques des 3 caisses CNAMTS, CANAM et MSA, cette enquête sera appariée avec le fichier EPAS, pour le régime général et avec les échantillons équivalents pour le régime des professions indépendantes et le régime agricole afin de fournir des informations sur les consommations de soins des panélistes faisant partie de l'échantillon enquêté.

5) L'enquête auprès des bénéficiaires de la CMU

La DREES lancera une enquête au 4^{ème} trimestre 2000 auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la CMU. Son objectif est d'établir une typologie des bénéficiaires, d'analyser l'accès au dispositif lui-même, et la satisfaction ou les difficultés en liaison avec l'accès aux soins et la consommation médicale.

L'enquête sera réalisée en face à face sur l'ensemble du territoire métropolitain dans 14 départements (02, 13, 22, 24, 31, 33, 38, 45, 54, 59, 69, 75, 76, 93) répartis dans plusieurs régions, déterminés en tenant compte de la répartition rural/urbain, de la répartition des assurés entre les trois principaux régimes d'assurance maladie, et d'indicateurs de minima sociaux.

Elle sera effectuée auprès de deux échantillons :

- a) un échantillon de 1000 ménages de bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire, stratifié selon un critère, la qualité d'ancien assuré personnel (oui/non)
- b) un échantillon de 2000 ménages de bénéficiaires de la CMU complémentaire seulement, stratifié selon 3 critères :
 - le régime d'assurance maladie (régime général, régime des professions indépendantes, régime agricole)
 - la qualité d'ancien bénéficiaire de l'aide médicale (oui/non)
 - l'option choisie caisse d'assurance maladie ou organisme complémentaire

Le questionnaire se compose de 4 parties :

- 1) les caractéristiques socioprofessionnelles des personnes
sexe, âge, situation matrimoniale, situation professionnelle, perception d'allocations chômage ou de minima sociaux, statut du logement
- 2) la protection maladie et l'accès au dispositif CMU
situation antérieure à l'accès au dispositif, conditions pratiques de l'accès au dispositif
- 3) l'accès aux soins et la consommation médicale
modifications apportées dans l'accès aux soins depuis que les personnes bénéficient de la CMU, types de soins consommés, lieux de soins, difficultés éventuelles avec des professionnels de santé
- 4) les revenus perçus au cours du mois

6) L'enquête qualitative sur la mise en œuvre sur le terrain

Une enquête qualitative concernant la mise en œuvre de la CMU sur le terrain sera lancée au cours de l'année 2000. Financée par la DREES, elle est confiée à trois équipes de recherche sociologique et sera réalisée auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CMU (6 sites en tout : 01, 75, 93, 87, 69,44).

Ces acteurs sont

- les travailleurs sociaux (CCAS, services sociaux du Conseil général, DDASS, caisses d'allocation familiales) ;
- les associations et organismes à but non lucratifs prenant en charge des publics en

difficulté;

- les personnels des établissements de santé (services sociaux, services d'admission, permanence d'accès aux soins de santé) ;
- les personnels des caisses d'assurance maladie (caisses primaires d'assurance maladie, caisses maladies régionales, caisses de mutualité sociale agricole ou caisses des régimes spéciaux) ;
- les organismes complémentaires ;
- les professionnels de santé (en particulier, médecins généralistes, dentistes, opticiens).

Cette étude s'attachera à analyser de façon approfondie les aspects concernant l'accès au dispositif (information, accueil des populations, traitement des dossiers / gestion des prestations et orientation dans le système d'assurance maladie et de soins).

Elle s'attachera également à repérer et analyser les modifications induites par la mise en place de la CMU dans les rôles et fonctions des différents acteurs, notamment par rapport aux publics en difficulté : retrait de certains acteurs au profit d'autres, répartition différente des rôles dans l'orientation dans le système de soin, modifications dans l'organisation du travail des différents acteurs, mise en place de nouvelles relations entre ces acteurs. De façon exploratoire, l'étude devra détecter les réactions, problèmes suscités par la CMU auprès des professionnels de santé.

7) Les enquêtes auprès des usagers du dispositif de soins

Une enquête sera réalisée par la DREES au 4^{ème} trimestre 2000 auprès d'un échantillon de 3000 usagers des consultations externes.

Elle permettra de décrire les usagers des consultations externes, notamment leur couverture en matière d'assurance maladie, dont la CMU. Elle étudiera également la trajectoire des patients et analysera leur satisfaction.

Une enquête concernera également le dispositif des médecins libéraux.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

➤ A – AU NIVEAU NATIONAL

➤ PARLEMENTAIRES

M. Jean-Claude BOULARD, député de la Sarthe, président du CNLE
 Mme Odette GRZEGRZULKA, députée de l'Aisne, présidente du conseil de surveillance du Fonds CMU

M. Bernard CAZEAU, sénateur de la Dordogne, vice-président de l'ADF
 M. Bernard SELIER, sénateur de l'Aveyron

➤ CABINET DE MADAME LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Mme Agnès JEANNET, directrice adjointe du Cabinet (secteur Solidarité)
 M. Laurent CAUSSAT, conseiller technique (finances sociales)
 M. Philippe BLANCHARD, conseiller technique (exclusion)
 Mme Delphine LEVY, conseiller technique (exclusion)
 Mme Lucile SCHMID, conseiller technique (intégration)

➤ COUR DES COMPTES

M. Gabriel MIGNOT, président de la 6^{ème} chambre
 M. Christian BABUSIAUX, conseiller maître à la 6ème chambre
 M. Frédéric SALLAS, rapporteur CMU à la 6^{ème} chambre

➤ SERVICES CENTRAUX DU MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Mme Sylviane LEGER, directrice générale
 M. Frédéric BONTEMPS, sous-directeur de la politique d'insertion et de lutte contre les exclusions
 M. Hervé DROAL, chef du bureau des minima sociaux et de l'aide sociale (MSAS)
 M. Denis LE FERS, adjoint au chef de bureau MSAS
 M. Jean-Guy MABILLE, chargé de mission au bureau MSAS
 Mme Annick GARONNE, secrétaire générale du CNLE

Direction générale de la santé (DGS)

M. Robert SIMON, chef du bureau Santé des populations, précarité et exclusions
 Mme Claudine PATUREAU, chargée de mission
 M. Jean-Paul DUPRE, chargé de mission

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Mme Mireille ELBAUM, directrice
Mme Chantal CASES, sous-directrice
M. Claude GISSOT, chef du bureau
Mme Bénédicte BOIS-GUERIN, chargée de mission
Mme Martine BURDILLAT, chargée de mission (MIRE)

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Pierre-Louis BRAS, directeur
M. Laurent HABERT, sous-directeur
Mme Anne de la FOYE, chargée de mission auprès du sous-directeur
M. Mathieu CHEULA, chef du bureau de la CMU et des prestations sociales (2 A)

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS)

M. Jean DEBEAUPUIS, chef de service
Mme Monique THOREL, chef du bureau AF 3
Mme RINQUIN, chargée de mission, bureau E 4

Direction de la population et des migrations (DPM)

Mme Françoise GALABRU, chargée de mission médicale auprès du directeur

➤ DIRECTION DU BUDGET

M. François CARAYON, chef du bureau 6 B

➤ ETABLISSEMENTS PUBLICS NATIONAUX

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

M. Gilles JOHANET, directeur général
Mme Bernadette MOREAU, chargée de mission CMU
Mme Patricia PUJOL, chargée de mission CMU
Mme Sylvie LE LAIDIER, statisticienne à la DEPAS

Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)

M. Patrick PERRAUD, agent comptable
M. Eugène HOCHET, sous-directeur des affaires juridiques
Mme Nathalie VIELFAURE, statisticienne

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Daniel LENOIR, directeur général
 M. Alain PELC, directeur des statistiques et des études économiques et financières
 Mme Françoise VALES, sous-directrice de la protection sociale complémentaire
 M. Philippe MERIGUET, responsable du service des droits des adhérents
 Mme Eliane GELIN, chargée de mission à la sous-direction du financement

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle du risque maladie (Fonds CMU)

M. Philippe GEORGES, directeur
 M. Bruno NEGRONI, adjoint au directeur
 M. Olivier QUEROUIL, chargé de mission

➤ **REPRESENTANTS DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES****Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

M. Jean-Louis BANCEL, directeur général
 Mme Christine MEYER, chargée des relations avec les pouvoirs publics

Fédération des mutuelles de France (FMF)

M. Marc ZAMICHEI, administrateur
 M. Alain GEINDREAU, directeur
 M. Guillaume TESTA, responsable CMU

Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM)

M. Gilles MARCHANDON, délégué général

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

M. Jean-Louis FAURE, délégué général
 M. Frédéric BLIN, responsable du pôle Santé
 M. Stephan REUGE, directeur général de la CNPO

Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)

M. André RENAUDIN, délégué général

➤ REPRESENTANTS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

M. Hubert WANNEPAIN, secrétaire général
M. Pierre LEVY, président du syndicat départemental du Val de Marne

Fédération française des médecins généralistes (MG France)

M. Pierre COSTES, président

Fédération des médecins de France (FMF)

M. Jean GRAS, président

Syndicat des médecins libéraux (SML)

M. Dinorino CABRERA, président

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)

M. Pierre LEPORTIER, président de la commission Protection sociale

Union nationale des pharmacies de France (UNPF)

M. Claude JAPHET, président

➤ Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes

M. André ROBERT, président
M. Robert ROGARD, vice-président

Comité national des syndicats de dentistes (CNSD)

M. Jacques REGNAULT, président
M. Jean-Claude MICHEL, vice-président

Union des jeunes chirurgiens dentistes (UJCD)

M. Gilles DRAIN, vice-président délégué
M. Jacques LE VOYER, secrétaire général

Syndicat des femmes chirurgiens dentistes (SFCD)

Mme Marie GRAINDORGE, présidente
Mme Nathalie LEUGER-FERRAND, vice-présidente déléguée

REPRESENTANTS DES CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE (CCAS)

Union nationale des CCAS (UNCCAS)

M. Patrick KANNER, président national (*)

(*) La mission n'a pas pu rencontrer M. KANNER, mais elle a eu avec lui un échange téléphonique et a reçu de sa part un dossier, comprenant notamment le « bilan du dispositif CMU » vu par l'UNCCAS, joint en annexe n° 14

- REPRESENTANTS DU MILIEU ASSOCIATIF
- Réseau « Alerte »

M. Bruno GROUES, chargé de mission à l'UNIOPSS

Mme Nathalie SIMONNOT (Médecins du Monde)

M. Pierre BELMANT (Médecins du Monde)

Mme Myriam LEMONNIER (Entraide protestante)

M. Patrice RAUNA (RE.ME.DE)

Mme Michèle MEZEART (ATD Quart Monde)

Médecins sans frontières (MSF)

Mme Noëlle LASNE

Mme Françoise DEBAS, chef de la mission France

- OBSERVATOIRES NATIONAUX ET PERSONNALITES QUALIFIEES
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Mme Marie-Thérèse JOIN-LAMBERT, présidente

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS)

M. Jean-Louis SANCHEZ, délégué général

Mme Claudine PADIEU, statisticienne

- Personnalité qualifiée

M. Michel YAHIEL, inspecteur général des affaires sociales, secrétaire général de la Commission de simplification administrative (COSA), auteur d'un rapport récent sur les grandes lignes d'une réforme dentaire

B – AU NIVEAU LOCAL➤ **CHARENTE MARITIME**

M. Christian LEYRIT, préfet de Charente Maritime

M. Daniel DESMAISON, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS), et collaborateurs

M. DOUARD, président de la commission des affaires sociales du Conseil général

M. Jacques DAVID, directeur départemental de la solidarité départementale (DSD)

Mme Janine JOLLY, directrice de la CPAM de La Rochelle, et collaborateurs (liste en annexe n° 4)

M. Jean-Jacques SIMON, directeur de la CMR du Poitou et des Charentes

M. Michel NADAUD, directeur de la MSA à Saintes

Réunion collective avec divers partenaires : professionnels de santé, organismes complémentaires, CCAS, associations et travailleurs sociaux

➤ **EURE**

M. Victor PEREZ, directeur de la CPAM d'Evreux, et collaborateurs (liste en annexe n° 5)

➤ **HERAULT**

M. Daniel CONSTANTIN, préfet de l'Hérault et de la région Languedoc-Roussillon

M. Gilles SCHAPIRA, directeur régional des affaires sociales (DRASS) et collaborateurs

M. Ramiro PEREIRA, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de l'Hérault

M. Daniel BERTIN, directeur de la CPAM de Montpellier, et collaborateurs (liste en annexe n°6)

M. Alain ROUX, directeur de la CRAM de Languedoc-Roussillon

Mme Nadine HERNANDEZ, responsable régionale du service social à la CRAM

M. NEGRE, directeur adjoint aux finances, et divers personnels du CHU Lapeyronie à Montpellier

M. DELARBRE, président de l'association ISSUE-CORUS à Montpellier

Mme BERSON, directrice de l'association ISSUE-CORUS, et collaborateurs

Mme VEDEL, directrice du CCAS de Montpellier

Réunion collective avec des professionnels de santé

Réunion collective avec des organismes complémentaires d'assurance maladie

Réunion collective avec des associations

➤ **PARIS**

Mme Josette RAYNAUD, directrice générale de la CPAM de Paris

M. Wilfred SMADJA, directeur général adjoint de la CPAM de Paris

Et leurs collaborateurs (liste en annexe n°7)

7

Mme le docteur FARGE, chef de service à l'hôpital Saint-Louis

Mme le docteur GEORGES, hôpital Saint-Louis

Mme PECRON, assistante sociale à l'hôpital Saint-Louis

Mme RAMADIER, assistante sociale à l'hôpital Saint-Louis

SEINE MARITIME

M. Bruno FONTENAY, préfet de Seine Maritime et de Haute Normandie

M. Hubert VALADE, directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS), et collaborateurs

Mme Christiane PALASSET, directrice départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Seine Maritime, et collaborateurs

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur de l'action sociale départementale (ASD) de Seine Maritime

M. Michel PELAT, directeur de la CPAM de Rouen, et collaborateurs (liste en annexe n°8)

M. Bruno GUILBERT, directeur de la caisse régionale des artisans et commerçants

M. le docteur BROUSSE, chef de service, PASS d'Elbeuf

Mme AUGER, assistante sociale, PASS d'Elbeuf

Réunion collective avec divers acteurs (professionnels de santé, organismes complémentaires d'assurance maladie, CCAS et associations)

➤ SEINE-SAINT-DENIS

Mme Anne-Marie LEGER, directrice départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et collaborateurs

M. Vincent RAVOUX, directeur de la CPAM de Bobigny, et collaborateurs (liste en annexe n°9)

M. FEUTRY, directeur du centre hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, et collaborateurs de la PASS

Mme TREILLARD, directrice du CCAS d'Aubervilliers, et personnels du CCAS

Personnels du CCAS de Pré-Saint-Gervais

➤ LA REUNION

M. Gonthier FRIEDERICI, préfet de la Réunion

M. Vincent BOUVIER, secrétaire général de la préfecture

M. Jean-Luc POUDROUX, président du Conseil général de la Réunion

M. Yves BAILLIF, directeur général adjoint des services du Conseil général

M. Jean-Pierre PARRA, directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS), et collaborateurs

M. Alex ZEMOR, président de la CGSS

M. Olivier de CADEVILLE, directeur de la CGSS, et collaborateurs (liste en annexe n°10)

M. Giraud PAYET, président de la Caisse régionale des artisans et commerçants

M. Alain DAMOUR, directeur de la Caisse régionale des artisans et commerçants

Mme Michèle ANDRE, directrice de la CAF

M. Emmanuel BOUVIER MULLER, directeur du Centre hospitalier départemental de Saint-Denis de la Réunion, et collaborateurs de la PASS

M. RIVIERE, directeur de la Mutualité de la Réunion

M. THELIS MARSOLIN, président de l'Union Mutualité Solidarité (UMS)

M. CHERIMONT, président de l'Union des Mutuelles de la Réunion

Mme CHERIMONT, directrice de l'Union des Mutuelles de la Réunion

Mme Françoise DUPUIS, présidente de l'ORIAPA

M. Jacques BEHR, délégué régional de l'association Abbé Pierre, et les animateurs de la boutique Solidarité

Réunion collective avec des professionnels de santé

Réunion collective avec des organismes complémentaires d'assurance maladie

Réunion collective avec des associations

Groupe de travail sur le lissage des effets de seuil (aide à la mutualisation)

NOTE DE LA MISSION IGAS

LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA MUTUALISATION DANS LES 7 SITES VISITES

Cette note décrit brièvement la situation constatée en matière d'aide à la mutualisation, sur chaque site visité par la mission, à la date de son passage. Le dispositif mis en place à la Réunion est développé de façon plus détaillé. La note illustre, au delà d'une philosophie commune, une grande diversité dans les modalités d'intervention mises en œuvre ou projetées, selon les régimes et selon les sites..

CHARENTE MARITIME (juin 2001)

L'expérience « MEDIANE » a été conçue fin 1998. Elle permet d'offrir une aide à la mutualisation à des personnes dont les revenus sont supérieurs, en 2000 de 300 F et en 2001 de 500 F par mois aux plafonds de la CMUC. A la suite d'un appel d'offres européen, la gestion du dispositif a été confiée à la Mutuelle Santé Atlantique (membre du groupe MSA). Les bénéficiaires de l'aide doivent donc obligatoirement adhérer à cet organisme, à l'exclusion de tout autre O.C.

Les prestations offertes sont proches de celles de la CMUC (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, prise en charge de diverses prestations sur dentaire, optique et frais auditifs). La cotisation annuelle est de 2.400 F (200 F par mois) pour une personne seule ; la prise en charge par le fonds d'ASS de la CPAM est de 75 % (1.800 F par an, soit 150 F par mois) la première année et de 50 % la seconde année (1.200 F par an, soit 100 F par mois). Il n'y a pas de cofinancements externes et le budget de la CPAM s'élève à 1,70 millions F, permettant d'envisager la couverture annuelle de 1.200 à 1.500 personnes.

EURE (juin 2001)

La CPAM et le Conseil général de l'Eure envisagent de mettre en place, au 1^{er} juillet 2001, un dispositif ouvert aux personnes –sortants de la CMUC et demandeurs non entrants à raison de leurs ressources – dont les revenus n'excèdent pas 4.100 F par mois pour une personne seule. Le système devait être ouvert aux O.C., soit après appel d'offres, soit sans appel à la concurrence mais avec un plafond d'intervention.

Les prestations offertes seraient identiques à celles de la CMUC. Plusieurs scénarios ont été imaginés en matière de cotisations : si celle-ci s'établissait à 1.500 F par an (125 F par mois) pour une personne seule, le schéma de financement serait de 33 % pour la CPAM, 33 % pour le Conseil général et 33 % pour l'assuré. Le budget global pourrait atteindre 7,80 millions F, pour une population visée de 3.500 à 4.000 personnes.

HERAULT : CPAM DE MONTPELLIER (octobre 2001)

Lors de sa séance publique du 18 septembre 2001, le conseil d'administration de la caisse a émis un vote de principe sur la mise en place d'un dispositif, qui deviendra effectif dès que les conventions seront signées avec les organismes complémentaires.

Cette aide sera accordée, après refus de la CMUC, lorsque les ressources n'excéderont pas 4.000 F par mois pour une personne seule. L'attribution de la « Carte Tiers Payant Montpellier » sera élargie aux personnes dont les ressources mensuelles sont au plus égales à ce montant, majoré de 50 % par bénéficiaire à charge.

PARIS (novembre 2001)

Deux dispositifs existent en la matière :

- la Ville de Paris propose à ses allocataires (personnes âgées de plus de 60 ans, personnes handicapées, veufs ou veuves), sous une double condition de ressources et de résidence à Paris depuis au moins trois ans, une participation de 3.000 F par an (250 F par mois) pour l'adhésion à une protection complémentaire ;

- la CPAM propose aux personnes exclues de la CMUC et non bénéficiaires du dispositif communal, dont les ressources ne dépassent pas 4.000 F par mois pour une personne seule et sous la même condition de résidence à Paris, une aide de 2.100 F par an (175 F par mois) si les ressources du foyer sont comprises entre 3.600 et 3.800 F par mois ; de 1.800 F par an (150 F par mois), si ces ressources se situent entre 3.800 et 4.000 F. Cette aide s'impute sur le fonds d'ASS de la caisse. Les prestations couvertes sont celles de la CMUC ; le nombre de bénéficiaires potentiels de la mesure est estimé à environ 10.000 foyers.

Le département de Paris participe financièrement au système CPAM, à hauteur de 120 F par an (10 F par mois) pour la première tranche et de 420 F par an (35 F par mois) pour la deuxième tranche, plus 185 F par bénéficiaire supplémentaire, dans la limite de la cotisation payée.

SEINE MARITIME : CPAM DE ROUEN (juin 2001)

Un dispositif d' « aide au paiement d'une complémentaire Santé » a été mis en place par le Conseil général en novembre 2000, au profit de personnes non éligibles à la CMUC dont les ressources n'excèdent pas un montant mensuel fixé par barème (3.912 F pour une personne seule) et qui résident dans le département depuis plus de trois mois. Ces ressources sont calculées sur les trois derniers mois et excluent les aides au logement.

Le Conseil général prend en charge 50 % des cotisations. Un crédit de 6 millions a été inscrit à cet effet au budget 2001. Selon le Conseil général, en juin 2001, 417 accords, représentant au total 741 bénéficiaires, avaient été prononcés.

Pour sa part, la CPAM joint à ses notifications de refus de la CMUC le formulaire de demande « complémentaire Santé » ; selon la situation familiale, elle peut participer au coup par coup au complément de prise en charge des cotisations, dans le cadre de sa politique d'action sanitaire et sociale.

SEINE-SAINT-DENIS (octobre 2001)

La CPAM dispose en 2001 d'une dotation paramétrique de 9,74 millions F pour le financement d'une aide à la mutualisation.

Un dossier d'orientation a été présenté en Commission médico-sociale le 14 mars, et au Conseil d'administration le 23 mars, qui a recommandé d'apporter un complément aux propositions initiales.

L'avancement du projet a ensuite été suspendu, dans l'attente d'un dispositif d'accompagnement encadré au niveau national.

LA REUNION (novembre 2001)

Compte tenu du nombre potentiellement important de bénéficiaires de la CMUC appelés à sortir du dispositif CMUC, la DRASS a souhaité faciliter la mise en place de mesures locales d'accompagnement de ces sortants, en particulier des titulaires du minimum vieillesse et de l'AAH, jusqu'ici pris en charge par l'AMD, puis par la CMUC. Elle a constitué un groupe de travail avec la CGSS, la CMR et les principaux représentants des organismes complémentaires. Le Conseil général, après avoir assisté aux premières réunions, a fait savoir qu'il n'envisageait pas de cofinancer le dispositif.

Ce groupe de travail a permis de faire le point sur les diverses initiatives envisageables, sans toutefois aboutir à une harmonisation des barèmes de cotisations à un tarif proche de 1.500 F par an (125 F par mois).

La CGSS va proposer aux assurés qui ne peuvent pas (ou plus) bénéficier de la CMUC et dont les revenus sont compris entre 3.600 et 4.200 F par mois une participation de 600 F par an (50 F par mois) pendant un an. Cette aide, financée sur le fonds ASS, doté de plus de 8 millions F après un abondement récemment intervenu en faveur des caisses des DOM, pourrait concerner environ 14.000 personnes.

La CMR a mis en place la charte de référence élaborée par la CANAM, en l'adaptant au contexte local. Les assurés (sortants ou primo-demandeurs de CMUC) dont les ressources sont comprises entre 4.000 et 5.049 F par mois, pourront bénéficier d'une aide dégressive en fonction du montant de leurs ressources. Cette aide, qui devrait toucher 130 personnes (dont 70 assurés), représentera de 1.504 F à 2.004 F par an (125 F à 167 F par mois) pour une personne seule, pour un coût évalué à 330.000 F.

Les O.C. ne sont pas parvenus à s'entendre pour offrir des contrats identiques : les options de cotisations vont du tarif préférentiel de 1.500 F par an (125 F par mois) prévu par la loi à 3.300 F par an (275 F par mois) ou plus pour les personnes âgées, avec une couverture plus ou moins proche du panier de biens et services de la CMUC.

Par ailleurs, constatant que le tiers payant est d'ores et déjà très répandu à la Réunion, la CGSS a décidé de développer un « tiers payant général » pour des biens et services dispensés par les professionnels de santé en direction de l'ensemble des assurés cotisants.

En accord avec la CNAMTS, elle a entrepris de négocier profession par profession – sauf avec les médecins généralistes, pour ne pas remettre en cause l’option médecin référent - , en commençant par les biologistes et les radiologues. Cette mesure devrait permettre à une population composée de petits salariés de ne plus faire l’avance de frais ; il atténuera également l’effet de sortie de la CMUC pour les publics à la marge des plafonds