

La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU

Brigitte Frotiée
Sous la direction scientifique de Jacques Commaille
Avec la collaboration d'Anne-Marie Brocas

Rapport au Fonds CMU

Novembre 2004

GROUPE D'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES (GAPP)
FRE CNRS 2768
École normale supérieure de Cachan

Présentation du rapport

Objet de la recherche

Les réformes ne résultent pas simplement de la volonté d'un État central agissant suivant le principe d'un pilotage par le haut. Elles sont également le produit d'interactions entre des acteurs multiples inscrits dans des logiques d'action différentes et éventuellement contradictoires. La réforme du système d'assurance maladie introduite par la mise en vigueur de la loi CMU le 1^{er} janvier 2000 ne fait pas exception. Au contraire, elle offre un champ d'observation riche et dense sur la manière dont les acteurs interagissent dans la gestion du social.

Cette recherche propose de reconstituer le processus de production de cette réforme qui a conduit à cette loi. Elle s'inscrit dans une démarche d'étude de l'action publique, celle-ci conçue comme le produit d'interactions, et considère la genèse, les configurations d'acteurs, les enjeux politiques et techniques et leurs implications comme les composantes d'un processus dont la résultante est la loi CMU.

Dans ce rapport sont présentés les résultats¹ de cette recherche. Cette présentation est organisée en trois parties qui permettent chacune de reconstituer le processus de réforme concerné :

- La première partie est consacrée à la mise sur agenda de la CMU. Plus précisément, la question de la CMU est insérée dans la dynamique plus large de la généralisation et de l'universalisation du système français d'assurance maladie à l'origine de sa mise à l'agenda politique.
- Dans la deuxième partie sont décrites les forces sociales et politiques impliquées dans le débat et confrontés aux principaux enjeux qu'il révèle.
- Dans la dernière partie la CMU est resituée dans l'évolution générale des caisses de la branche maladie de la Sécurité sociale.

¹ L'investigation s'est déroulée de mars 2003 à juin 2004. Elle s'appuie sur 24 entretiens semi-directifs réalisés auprès des principaux acteurs de ce processus et sur le dépouillement de documents d'archives (recueillies notamment auprès de la Direction de la Sécurité sociale et du Fonds CMU ainsi qu'auprès de certains de nos interlocuteurs que nous tenons à remercier).

Résumé

La reconstitution des phases principales du processus de production de la loi révèle que l'histoire de la CMU déborde largement de la scène parlementaire (point d'observation privilégié de beaucoup des analyses en la matière). Elle commence bien en amont, puis elle se joue simultanément dans l'hémicycle et sur des scènes *off*, mais surtout elle se poursuit en aval, une fois la loi votée, au moment de la négociation de ses décrets d'application et de sa mise en vigueur au 1^{er} janvier 2000.

En amont, cette réforme répond à des demandes issues de l'univers de l'exclusion exprimées au cours des années quatre-vingt, relayées dans une première phase par la direction de la Sécurité sociale dans le cadre d'un travail inter administrations (sociales, finances, plan). La mise sur agenda politique se fait ensuite au moment du plan Juppé. Un projet d'Assurance Maladie Universelle (AMU) est ainsi élaboré. Après la dissolution de l'Assemblée nationale au printemps 1997, le gouvernement Jospin reprend le dossier, qu'il confie à Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Une des questions au centre des préoccupations est celle d'une centralisation de l'aide médicale départementale vers la branche maladie au nom de l'égalité de l'accès des soins sur le territoire².

Il n'y a pas eu un projet mais de multiples projets. Du projet de l'Assurance Maladie Universelle sous le gouvernement Juppé aux scénarii dits Boulard, puis au dispositif mixte de la CMU, les enjeux et les rapports de force font évoluer le dispositif CMU au cours des deux années qui précèdent les débats parlementaires. Par comparaison, les modifications apportées par le Parlement apparaîtront limitées.

En se demandant au départ de l'investigation : en premier lieu, quels acteurs portent les projets successifs qui deviendront une loi, avec quels types d'alliance, avec quels positionnements ; en deuxième lieu, dans quelles conditions se déroulent les prises de décision politique du gouvernement de Lionel Jospin relatives au projet CMU et à son contenu, nous visons à appréhender comment et sous quelles actions ou pressions,

² Un double constat s'impose alors. D'une part, la mise en place d'une prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle par un tiers - qui peut être les départements, les CAF ou une encore autre administration - n'évite pas les ruptures de droits du fait de procédures trop complexes.

certaines composantes du dispositif sont écartées ou, au contraire, deviennent centrales pour être finalement votées.

L'étude révèle que participent à la réforme des acteurs aux logiques d'action multiples et aussi divers que les fonctionnaires de l'administration de la Direction de la Sécurité sociale, le Cabinet de la ministre de l'Emploi et de la solidarité, les partis politiques et les parlementaires, les partenaires sociaux impliqués dans la gestion du régime général de l'assurance maladie, les directeurs des caisses de ce régime, les organismes d'assurance complémentaire tels que les mutuelles et les assureurs, mais aussi les associations humanitaires spécialisées dans la gestion des populations les plus démunies et enfin les professionnels de la santé.

Tous ces acteurs restent très mobilisés tout au long du processus, en fonction des enjeux propres qu'ils ont à défendre. Les actions de lobby ne cesseront jamais, même une fois la loi votée. Chacun tentera en effet de reprendre « l'avantage » sur le terrain perdu à l'occasion de la rédaction des décrets d'application. Certains déposeront même une saisine auprès du Conseil constitutionnel. Par ailleurs, tout au long du processus, les configurations d'acteurs se révéleront parfois surprenantes. Certains préféreront développer des logiques d'alliance avec des acteurs appartenant à d'autres catégories que les leurs, plutôt que de s'associer avec leurs pairs. A certains moments, le clivage entre des composantes du mouvement associatif et de la mutualité sera plus déterminant que celui entre la gauche et la droite. Enfin, les logiques d'opposition comme les logiques d'alliance évolueront souvent au gré du temps, lors de l'apparition de nouveaux projets et du renouvellement des enjeux qu'ils suscitent.

Les enjeux fondamentaux de cette réforme apparaissent généralement le plus souvent à travers le traitement des questions techniques. Celui-ci est révélateur de positionnement des acteurs et des finalités ainsi que des options relatives au modèle de protection sociale quant à son financement, à ses mécanismes de gestion et à son contenu, c'est à dire les biens de soins exonérés. Ces questions techniques concernent principalement les critères de conditions de ressources et l'effet de seuil mais aussi les critères d'affiliation et de rattachement. Le contenu des biens de soins pris en charge gratuitement ainsi que les modalités du droit d'option ouvert aux bénéficiaires de la CMU complémentaire entre organismes complémentaires et caisses primaires

d'assurance maladie posent ainsi la question du brouillage des frontières entre couverture maladie de base obligatoire et couverture complémentaire facultative. De fait, le processus de cette réforme participe de tendances plus générales comme celle concernant la généralisation de l'assurance maladie. Mais cette réforme était-elle porteuse de changements dans les principes et les positionnements institutionnels ? Qu'en est-il advenu ?

Ainsi, par exemple, deux des volets de la loi votée le 27 juillet 1999 comportent des éléments a priori contradictoires : l'universalité – la CMU accessible à tous, sans distinction sociale et sur le seul critère de résidence – et le ciblage d'une population particulière – les plus démunis, sous critère de ressources. Autrement dit, l'un garantit à toute personne résidant sur le territoire français le droit à une couverture maladie de base et l'autre fait bénéficier les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil d'une couverture complémentaire gratuite.

Par conséquent, se côtoient au sein des Caisses primaires d'assurance maladie le 100 % gratuit sur critère médical et sur critère social. Même si elle s'inscrit dans le prolongement d'évolutions déjà engagées avec la gestion de l'aide médicale par certaines caisses d'assurance maladie puis avec le principe d'ouverture immédiate des droits posé par la loi de 1994, la CMU semble effectivement avoir introduit une réelle rupture dans les pratiques gestionnaires des caisses : la gestion de conditions de ressources et de l'accès aux droits des plus démunis est désormais intégrée par les caisses d'assurance maladie.

Cette évolution n'allait pas de soi, comme nous l'avons déjà souligné. Elle a fait l'objet de fortes tensions, de débats qui ne sont d'ailleurs pas clos. La confrontation d'acteurs peut-être d'autant plus vive que ceux-ci sont eux-mêmes portés par des logiques d'action parfois parfaitement contradictoires. La dynamique du processus de généralisation de la Sécurité sociale se heurte notamment à celui de la lutte contre le déficit de la Sécurité sociale. De l'autre côté, la mobilisation contre les inégalités d'accès aux droits sociaux, donc aux soins, avait conduit à la proclamation de l'article 1^{er} de la loi sur la lutte contre les exclusions de 1998 (« la présente loi tend à garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, des droits civiques"). Cette loi de 1998 votée au

moment des auditions réalisées par J-C. Boulard, annonce logiquement la loi CMU comme l'étape suivante. En outre, elle renforce le rôle des associations et des mutualités. Pour ces dernières, des déplacements vont s'opérer à la suite de conflits, puisque les assureurs entreront dans le dispositif. Mais au final, ce sont les caisses qui assureront la gestion du dispositif (guichet unique avec droit d'option). De même, les réformes de l'aide médicale gratuite participent de la genèse de la loi CMU. De façon plus générale, le principe d'une universalité de l'accès aux droits à la santé à partir du critère de résidence (qui avait été évoqué par le gouvernement précédent) se retrouve dans le premier titre de la loi CMU : l'inscription au guichet devient automatique et immédiate à partir du moment où les critères de résidence sont requis.

Si l'ensemble de nos interlocuteurs reconnaissent qu'il fallait faire cette réforme et en soulignent ses avancées incontestables, notamment en ce qu'elle améliore l'accès aux droits à la santé pour les plus démunis, il n'en demeure pas moins que nombre d'entre eux font part d'insatisfactions. Plus généralement, il est frappant de constater que face aux caractéristiques principales du dispositif, ceux qui en ont été les concepteurs peuvent en avoir des visions différentes et sont susceptibles d'en donner des interprétations contradictoires.

SOMMAIRE

Introduction	10
I. La Genèse de la réforme de la Couverture Maladie Universelle	14
1. Rappel des principales étapes de généralisation de l'assurance maladie depuis les années quatre-vingt	14
La généralisation avec l'assurance volontaire puis l'assurance personnelle	16
Le RMI, une allocation étendue à un ensemble de droits sur critère social	17
Les réformes de l'aide médicale et les initiatives des cartes santé	18
2. Le concept de l'Assurance maladie universelle.....	26
Une insertion dans un ensemble plus large de réformes de la protection sociale.....	26
L'universalité du droit à la santé sous condition de résidence	29
3. Le concept de CMU	35
Le basculement de l'AMU à la CMU	35
Avec une inscription dans la loi contre les exclusions.....	41
Les volets du dispositif CMU	46
II. Les forces sociales et l'architecture de la CMU complémentaire.....	47
1. Les positions des différentes forces sociales lors de la phase du rapport Boulard. 47	
Les associations de lutte contre les exclusions	48
Les organismes complémentaires	51
Les acteurs au sein du système de l'Assurance maladie	57
Les trois scénarii du rapport de J-C. Boulard	63
2. Les arbitrages concernant l'architecture de la CMU complémentaire	71
Le pilotage du cabinet de la Ministre	71
Qui doit gérer et financer la CMU complémentaire ?	74
Le désistement de l'APCG de l'aide médicale départementale	74
Le compromis de départ avec les complémentaires, une taxe pour un monopole	75
L'opposition au scénario partenarial de la part d'une partie du mouvement associatif	77
L'entrée des caisses dans le dispositif.....	80
L'accord de novembre 1998 entre CNAMTS et organismes complémentaires	83
Comment solvabiliser les bénéficiaires ?.....	85
Les options prévues dans les scénarii du rapport Boulard	85
L'effet de seuil lié à la condition de ressources	90
Des questions fortement débattues lors des travaux parlementaires	93
Une tentative controversée de la part des gestionnaires de l'assurance maladie de base et complémentaire	95
Des positions controversées	97
Pour quel périmètre de soins ?.....	101
Le contexte général des négociations	101
Un processus marqué par un rythme soutenu de réunions	102
Une prise en compte limitée des professionnels de santé	103
Le panier de soins et la nécessité de plafonnement des prix	103
La dentisterie, un exemple de cristallisation d'intérêts contradictoires	106
D'accords en désaccords, le conflit monte	106
Le calcul autour des couronnes	108

III. La CMU en référence à la branche maladie de la sécurité sociale	111
1. Les caisses impliquées dans de nouveaux enjeux	111
La gestion de la CMU complémentaire, un nouveau métier de guichet.....	111
Un guichet unique pour l'examen des ressources et l'application du droit d'option	111
L'organisation du tiers payant coordonné	114
L'accueil des bénéficiaires	115
Les questions informatiques entre gestionnaires et maintien de droits	119
Un nouveau mécanisme d'affiliation sur critère de résidence.....	120
Un changement culturel	120
Une rupture technique et conceptuelle dans la gestion administrative	121
2. Des éléments de brouillage dans le système d'assurance maladie	123
L'entrée du 100 % sur critère social dans l'Assurance maladie	128
La CMU, une étape de plus vers le modèle beveridgien ?.....	133
Bibliographie	142
Accès aux soins, CMU	142
L'exclusion et pauvreté	144
Politique sociale, protection sociale	145
Les systèmes de protection sociale en Europe et normes internationales	146
La théorie des élites	147
Ouvrages et articles généraux.....	147
annexe : les entretiens, conditions et déroulement	149

Remerciements

Nous exprimons notre très vive reconnaissance à tous nos interlocuteurs, sans leur confiance et sans leurs commentaires si précieux, cette étude n'aurait pas pu être menée à bien.

De même, nous remercions le Fonds CMU qui nous a permis de réaliser cette étude en toute liberté.

Les résultats n'engagent que les auteurs de ce rapport.

INTRODUCTION

La loi du 27 juillet 1999 a institué à compter du 1^{er} janvier 2000 une Couverture Maladie Universelle (CMU). Cette loi garantit à toute personne résidant sur le territoire français le droit à une couverture maladie de base et fait bénéficier les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil d'une couverture complémentaire gratuite.

Cette réforme répond à des demandes issues de l'univers de l'exclusion exprimées au cours des années quatre-vingt, relayées dans une première étape par la direction de la Sécurité sociale dans le cadre d'un travail inter administrations (sociales, finances, plan), puis mis sur l'agenda politique au moment du plan Juppé. Un projet d'Assurance Maladie Universelle (AMU) est ainsi élaboré. Après la dissolution de l'Assemblée nationale au printemps 1997, le gouvernement Jospin reprend le dossier, qu'il confie à Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Près de deux ans plus tard, la loi est votée. Dans le même temps, disparaît le dispositif d'aide médicale principalement géré par les collectivités territoriales et qui, à défaut d'autres prises en charge sociales, garantissait jusqu'alors l'accès aux soins des plus démunis. Ne subsiste plus qu'une aide médicale d'État pour les personnes étrangères en situation irrégulière.

Quels étaient les objectifs de changement en la matière ? Qu'est-ce que la CMU apportait de nouveau dans le système de couverture santé des Français ? Comment le fonctionnement institutionnel devait-il être modifié en conséquence ? Qu'est-ce qui *in fine* a effectivement changé ? Les questions à l'origine de cette recherche sur la loi de la CMU sont simples en apparence, mais la réponse reste complexe. Il n'y a pas eu un projet, mais bien de multiples projets, qui ont subi de nombreuses modifications au cours du temps sous la pression d'acteurs les plus divers et porteurs d'aspirations souvent contradictoires. Le souci a été ici de reconstituer un processus de réforme dans toute sa complexité et de réunir ainsi les matériaux susceptibles, d'une part de fournir aux décideurs une sorte d'inventaire des différents paramètres et des différentes

conditions de l'action administrative et politique, d'autre part de contribuer à un enrichissement des savoirs de sciences sociales dans la mesure où ce processus d'institution de la CMU est susceptible d'être exemplaire à la fois de ce que deviennent les formes de « gouvernement » du social et de ce qui contribue à justifier l'usage de l'expression « action publique » en lieu et place de celle de « politique publique » pour signifier que les réformes ne résultent pas simplement de la volonté d'un État central agissant suivant le principe d'un pilotage par le haut mais qu'elles sont le produit d'interactions entre des acteurs multiples inscrits dans des logiques d'action différentes et éventuellement contradictoires. C'est ainsi qu'on verra apparaître tout au long du processus de réforme concerné les services de l'administration et les cabinets ministériels, les partis politiques et les parlementaires, les partenaires sociaux impliqués dans la gestion des caisses d'assurance maladie, les directeurs de ces mêmes caisses, les organismes complémentaires tels que les mutuelles et les assureurs, mais aussi les associations humanitaires spécialisées dans la gestion des publics les plus démunis et enfin les professionnels de la santé, qui assureront leurs soins. De plus, aucune de ces catégories d'acteurs ne constitue un groupe homogène. Au contraire, certains acteurs développent plus facilement des logiques d'alliance avec des acteurs appartenants à d'autres catégories, qu'avec leurs pairs ; logiques d'alliance susceptibles de varier au gré du temps et de l'apparition de nouveaux projets.

Traditionnellement, l'Assemblée nationale est le théâtre de ce type d'affrontements et constitue le point d'observation privilégié de beaucoup des analyses en la matière. Mais l'histoire de la CMU déborde largement de la scène parlementaire. Elle commence bien en amont, puis elle se joue simultanément dans l'hémicycle et sur des scènes *off*, mais surtout elle se poursuit au-delà, une fois la loi votée, au moment de sa mise en application et de la négociation de ses décrets d'application. Aussi, sans jamais perdre de vue les débats parlementaires sur le projet de loi du gouvernement, cette recherche prend-elle en compte le processus complet de réforme et les éléments majeurs de la préparation du projet et de sa mise en œuvre.

Cette recherche s'appuie sur 24 entretiens³ semi-directifs réalisés auprès des principaux acteurs de ce processus et sur le dépouillement de documents d'archives⁴. Nous avons constitué ainsi un corpus dont l'analyse vise à appréhender les conditions des prises de décision politique du gouvernement de Lionel Jospin relatives au projet CMU et à son contenu. Pourquoi, comment, sous quelles actions ou pressions, certaines composantes du dispositif sont écartées ou au contraire deviennent centrales ? Du projet AMU aux scénarii dits Boulard, puis au dispositif mixte de la CMU, les enjeux et rapports de force font évoluer le dispositif CMU. Il comportera *in fine* deux volets contradictoires : l'universalité – la CMU accessible à tous, sans distinction sociale et sur le seul critère de résidence – et le ciblage d'une population particulière – les plus démunis, sous critère de ressources. On verra dans le présent rapport que face à ces caractéristiques principales du dispositif, ceux qui en ont été les concepteurs peuvent en avoir des visions différentes et sont susceptibles d'en donner des interprétations contradictoires

L'exposé des résultats de recherche suit le déroulement chronologique du processus de réforme. La première partie est consacrée à une insertion de la question de la CMU dans la dynamique plus large de la généralisation et de l'universalisation du système français d'assurance maladie qui a conduit à sa mise sur agenda. Dans la deuxième partie, les forces sociales en jeu dans l'élaboration de l'architecture de la réforme et les arbitrages politiques sur le contenu de la loi sont présentées. Enfin, dans la troisième partie sont mis en perspective les deux volets de la CMU par rapport à l'évolution générale de la branche maladie de la Sécurité Sociale.

³ Les éléments sur la méthode sont présentés en annexe.

⁴ La Direction de la Sécurité sociale, le Fonds CMU ainsi que Médecins du Monde ont permis l'accès à leurs archives. Nous les remercions vivement.

I. La Genèse de la réforme de la Couverture Maladie Universelle

1. RAPPEL DES PRINCIPALES ETAPES DE GENERALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS LES ANNEES QUATRE-VINGT

Le système français de protection sociale, dont les bases sont posées à la Libération, n'a pas été conçu à l'origine pour traiter en priorité le problème de la pauvreté, mais bien plutôt pour la prévenir en couvrant les assurés contre des risques générateurs de charges ou encore pour compenser des handicaps personnels empêchant les assurés d'exercer un emploi. Un caractère temporaire avait d'ailleurs été assigné à la majorité des prestations (maladie, maternité, prestations familiales)⁵. Mais dans la mesure où ce système visait à traiter la pauvreté en amont et non en aval, il se trouve confronté à un certain nombre de difficultés pour affronter la montée du phénomène de la "nouvelle pauvreté" ou de "quart-monde"⁶ apparu à partir de la décennie quatre-vingt.

Les ordonnances de 1945 instaurent une couverture maladie de base qui se construit à partir des branches professionnelles. Le droit est ouvert aux assurés sociaux au titre de leur activité professionnelle ainsi qu'aux ayants droit.

Après 1945 et particulièrement à partir des années quatre-vingt, l'assurance maladie connaît une double évolution avec, d'une part, une extension progressive de la couverture de base à l'ensemble de la population ainsi que du périmètre de remboursement et, d'autre part, des plans successifs d'économie de santé à la charge des

⁵ BORGETTO M., "Ce risque que la Sécurité sociale n'avait pas prévu", *Sociétal*, n°39, pp.75-80, 2003.

⁶ La notion de "quart-monde" est utilisée pour les premières fois dans les rapports Péquignot de 1979 et Oheix de 1981 ; elle est associée à la nouvelle pauvreté. Le concept d'exclusion lui fera suite. Cf. Donzelot J. (Dir.), (1991), *Face à l'exclusion : le modèle français*, Ed. Esprit ; Wuhl S. (1991), *Du chômage à l'exclusion ? L'État des politiques, l'apport des expériences*, Syros/Alternatives.É

assurés sociaux. Dès l'origine, se met, progressivement, en place des systèmes de couverture complémentaire assurée par les mutuelles et les assureurs privés, permettant aux ménages qui le peuvent et le souhaitent de s'assurer pour la couverture des dépenses non prises en charge par les régimes de Sécurité sociale de base. Dès 1987, le rapport Revol met en évidence la difficulté fréquente pour des personnes sorties du circuit de l'activité professionnelle de faire valoir leurs droits et la nécessité pour elles de démarches complexes, là où les salariés bénéficient d'une protection automatique.

Le plan Veil en 1993 concerne notamment la mise en place d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé en augmentant le ticket modérateur de 5 points pour les dépenses de ville ainsi que le forfait hospitalier créé en 1982, certains médicaments ne sont plus remboursables. Depuis 1990, les déficits de la Sécurité sociale perdurent. Les plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale se succèdent au rythme d'un plan tous les ans, jusqu'à leur institutionnalisation en 1996 avec les lois de financement de la Sécurité sociale. Et plus récemment, avec l'actuelle réforme en cours de l'Assurance maladie dont le projet est débattu à l'Assemblée nationale en juillet 2004.

Parmi les moyens de lutter contre le déficit de la Sécurité sociale, le processus d'augmentation du ticket modérateur et du forfait hospitalier accompagné de celui du déremboursement des médicaments est commun à tous les gouvernements, qu'ils soient de droite comme de gauche.

Des différences sensibles existent aussi entre les salariés de certaines grandes entreprises et de la fonction publique qui bénéficient de fonds de solidarité prenant en charge par exemple le forfait hospitalier, et les salariés des PME moins bien protégés.

Depuis les années quatre-vingt le ticket modérateur apparaît d'autant plus un frein à l'accès aux soins que de plus en plus un nombre croissant de personnes se trouve en situation de difficultés économiques en raison du chômage. Les individus sans couverture complémentaire n'arrivent pas à payer le différentiel entre les remboursements de la Sécurité sociale et le coût des soins. Le différentiel le plus important concerne la dentisterie et la lunetterie. Les organismes complémentaires commencent alors à jouer un rôle central dans le financement des dépenses de santé. Le régime de base ne suffit plus, le problème de l'accès aux soins se pose.

La généralisation avec l'assurance volontaire puis l'assurance personnelle

L'assurance volontaire en premier lieu, puis en 1978, l'assurance personnelle sont créées pour mener à terme la généralisation progressive d'un système de Sécurité sociale limité du fait de sa base professionnelle. Auparavant, la mise en place de régimes obligatoires pour les différentes catégories de non salariés et l'intégration au régime général de professions non couvertes ont permis une extension progressive de la couverture de base à une fraction toujours plus large de la population. Le régime général est, par ailleurs, profondément modifié dans le cadre des réformes de 1967 (dites "réformes Jeanneney"), avec la mise en place d'un régime d'assurance volontaire qui s'adresse principalement à des personnes sans activité professionnelle ou dont l'activité ne suffit pas à leur ouvrir droit à des prestations. Le montant élevé des cotisations, et parfois l'obligation de rachat correspondants aux cotisations d'années antérieures non effectuées et permettant l'accès aux droits, contribuent à écarter les plus faibles revenus de ce régime.

Aussi, dans le cadre du projet de généralisation de la Sécurité sociale, la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 substitue à cette assurance volontaire, l'assurance personnelle, plus large et plus souple, permettant d'intégrer les personnes qui ne peuvent bénéficier, à quelque titre que ce soit, de l'Assurance maladie et maternité d'un régime de base obligatoire. Ce régime de l'assurance personnelle affine l'ensemble des personnes dépourvues d'activité professionnelle quels que soient leurs revenus ainsi que l'ensemble des personnes ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits.

A la suite de cette réforme, le mouvement de généralisation se poursuit de deux manières. Tout d'abord, les notions d'assuré et d'ayant droit ayant vocation d'être couverts par le régime général s'étendent : aux chômeurs, aux concubins et, en dernier lieu, aux personnes à charge au domicile de l'assuré. D'autre part, une affiliation à l'assurance personnelle de diverses catégories de personnes sans ressources suffisantes est organisée avec prise en charge des cotisations par des tiers⁷.

⁷ Affiliation des bénéficiaires de certaines prestations familiales avec prise en charge par la CNAF ; affiliation des bénéficiaires de certaines prestations vieillesse avec prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse ; affiliation de bénéficiaires de l'aide médicale avec prise en charge des collectivités locales ou de l'État.

Le RMI, une allocation étendue à un ensemble de droits sur critère social

Le RMI, s'il n'est pas le seul dispositif social au tournant des années 80, marque une inflexion par son ancrage dans la conception juridique de la solidarité nationale à l'égard des populations les plus défavorisées, non intégrables dans les catégories antérieures d'inaptes au travail (M. Borgetto, M. Chauvière, B. Frotiée, 2003). La nouvelle législation permet une meilleure prise en charge des problèmes de santé de ses bénéficiaires en améliorant l'accès aux soins par des prestations gratuites (l'aide médicale départementale).

Le droit à l'allocation de RMI est quasi-universel. En effet, l'article 2 de la loi du 1^{er} décembre 1988, repris à l'article L.262-1 du Code de l'action sociale et des familles, indique que toute personne résidant en France, dont les ressources n'atteignent pas le montant du revenu minimum, a droit à un revenu minimum d'insertion. L'ensemble de la population est potentiellement concerné, à la différence de ce qui existe dans le cadre des prestations classiques, qui sont ou bien spécialisées ou bien catégorielles lorsqu'il s'agit de minima sociaux (AAH pour les seuls adultes handicapés, API pour les seuls ménages monoparentaux). Le RMI est soumis à condition de ressources et non plus conditionné par un état de besoins. Néanmoins, l'universalité comporte trois exceptions, qui par ailleurs ont suscité des débats lors de la préparation des textes. La première exclusion du droit est liée à la condition d'âge de 25 ans, la seconde au critère de résidence des étrangers, et la dernière au statut des étudiants, stagiaires et élèves, qui en sont exclus.

Une originalité du dispositif RMI, institué par la loi de 1988, tient à la notion de l'ensemble de droits, posé comme "l'un des éléments d'un dispositif global de lutte contre la pauvreté tendant à supprimer toute forme d'exclusion, notamment dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, de la formation, de la santé, du logement". Ainsi, en matière d'accès aux soins et au logement comme de protection contre les coupures d'énergie et d'eau, plusieurs textes prolongent l'impératif d'insertion, en instaurant des dispositifs spécifiques dans ces divers domaines. La loi associe ainsi à la perception d'une allocation garantissant des moyens minimaux d'existence un ensemble de droits considérés comme essentiels (en matière de santé, de logement, d'accès à la formation et à l'emploi, etc.), collés à une couverture maladie de base et complémentaire est, en conséquence, automatiquement assuré aux bénéficiaires du RMI via l'aide médicale départementale, ou pour les SDF de l'État.

L'accès aux droits sociaux constitue donc le socle des politiques d'insertion en faveur des personnes en difficulté, exclus d'un certain nombre de droits fondamentaux en matière de moyens minimaux d'existence, de logement, d'accès à la formation et à l'emploi et de la santé⁸. Les bénéficiaires du RMI seront alors automatiquement affiliés à la Couverture maladie universelle (loi du 27 juillet 1999) auparavant ils dépendaient de l'aide médicale départementale.

Les réformes de l'aide médicale et les initiatives des cartes santé

Le fonctionnement de l'aide médicale, resté pour ainsi dire inchangé pendant plus d'un siècle, va connaître des réformes à partir de 1988. L'ancien dispositif est en effet devenu inadapté, face à une précarisation croissante de la population.

La loi de 1988 permet aux personnes concernées par le RMI de disposer d'une couverture maladie à 100 % par l'aide médicale dont la gestion est confiée aux départements et subsidiairement à l'État. La loi RMI renforce les obligations des départements puisque la couverture complète des Rmistes avec l'aide médicale gratuite (AMG) est exigée. Les modalités de gestion de l'AMG varient d'un département à l'autre. Parfois, les départements confient la gestion de la prestation aux caisses qui couvrent à 100 % certaines personnes sur critères sociaux ; d'autres distribuent des bons de soins gratuits à retirer au coup par coup dans les centres sociaux ou fournissent une carte Santé permettant un accès gratuit et non limité à l'ensemble des soins. C'est le cas notamment de Paris. D'autres encore, confie la gestion de la part complémentaire de l'AMG à des mutuelles. Parfois, des conventions départementales sont passées avec les professionnels de santé pour organiser l'accueil des bénéficiaires⁹.

Avec la loi dite Teulade de 1992 sur l'aide médicale gratuite, toute personne résidant en France, et ne pouvant faire face au coût des soins pour raison financière, a droit à l'aide médicale couvrant tout ou partie du ticket modérateur pour les frais médicaux et pharmaceutiques, du forfait hospitalier¹⁰. Cette loi constitue la dernière tentative de réforme de l'aide médicale traditionnelle avant que les pouvoirs publics décident de la remplacer par la Couverture maladie universelle. La loi du 29 juillet 1992 assouplit les

⁸ Borgetto M., Chauvière M., Frotiée B. (2003).

⁹ C'est le cas notamment avec les dentistes.

¹⁰ La loi de 1992 instaure une sorte de "bloc de couverture de base complémentaire" avec tiers payant. Pour les personnes non affiliées à un régime de base, notamment les jeunes de moins de 25 ans ou les titulaires de l'allocation veuvage satisfaisant aux conditions de ressources du RMI bénéficient automatiquement de la prise en charge de la cotisation à l'assurance personnelle.

conditions d'accès au droit, étend de manière sensible le droit lui-même ; simplifie la procédure d'admission, harmonise le fonctionnement de l'aide médicale, et de l'Assurance maladie et renforce le rôle des organismes d'Assurance maladie. L'aide est accordée sous critères de ressources et de résidence. Mais l'absence de barème national débouche sur une hétérogénéité de seuils, génératrice de disparités sur le territoire national. Cette loi de 1992 renouvelle donc le dispositif RMI et réforme l'aide médicale. Elle développe déjà une "couverture complémentaire aide médicale". Plus de 2,5 millions de personnes sont alors ainsi couvertes.

Deux ans plus tard, la loi du 25 juillet 1994 prévoit un droit d'accès général à l'Assurance maladie. Dès la demande, la Caisse primaire d'Assurance maladie ouvre un droit d'accès général à l'assurance personnelle pour une période de trois mois ; ce délai permettant de rechercher un rattachement à un régime obligatoire d'Assurance maladie¹¹.

Certains départements réfléchissent à la modernisation de l'aide médicale dont les procédures deviennent trop complexes et trop rigides pour des populations de plus en plus nombreuses à se marginaliser.

Au début des années quatre-vingt-dix, la ville de Paris met en place un dispositif, innovant à l'époque, qui combine des éléments de l'assurance personnelle, de l'accès aux soins et de la couverture complémentaire gratuite, tout en impliquant les professionnels de la santé sur le territoire de Paris (à la fois ville et département) pour assurer l'accès effectif aux soins des plus démunis. Après l'ouverture de l'accès à la totalité des prestations en médecine de ville pour les plus démunis, le dispositif est élargi à l'accès aux soins en milieu hospitalier. Cette expérience de carte santé sera une référence forte au moment de la mise sur agenda politique du projet d'AMU, Antoine Durrleman étant revenu de la ville de Paris au cabinet de Matignon sous le gouvernement de Juppé.

¹¹ Parmi les bénéficiaires de l'aide médicale : les RMIstes, les jeunes de moins de 25 ans satisfaisant aux conditions de ressources du RMI et aux titulaires de l'allocation veuvage, bénéficient automatiquement de la prise en charge de la cotisation à l'assurance personnelle. Les bénéficiaires du RMI sont affiliés à l'assurance personnelle, ainsi que les membres de leur famille dont la cotisation est prise en charge par les départements. La partie complémentaire est assurée facultativement par l'aide médicale gratuite départementale.

Avec les réformes du RMI (1988) et de l'AMG (1992), l'assurance personnelle connaît un développement conséquent. L'affiliation de plein droit¹² concerne les titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI), les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale, les titulaires de l'allocation de veuvage, les chômeurs en fin de droits âgés de plus de 55 ans et les étrangers dépourvus de protection maladie résidant en France depuis au moins trois mois et en possession d'un titre de séjour régulier. Enfin, les travailleurs frontaliers salariés à l'étranger et résidant en France peuvent adhérer à l'assurance personnelle, même s'ils sont affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale de leur pays d'emploi, dès lors qu'ils n'ont pas droit, dans le cadre d'un accord international de Sécurité sociale, au service, en France, des prestations en nature de l'Assurance maladie et maternité.

La procédure d'accès à ce régime est simplifiée et peut se faire à tout moment. Pour les personnes dépourvues de couverture sociale, la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, relative à la Sécurité sociale, prévoit une affiliation provisoire à ce régime, sans conditions de résidence¹³.

En parallèle, des réflexions sont menées au sein de la délégation interministérielle au RMI. Parmi les idées qui circulent à l'époque de l'instauration du RMI, figure déjà celle de créer une couverture complémentaire pour les plus démunis. Finalement, l'idée a prévalu selon laquelle il valait mieux envisager la modernisation de l'aide médicale avec la diffusion des cartes santé. Mais les initiatives départementales ne se sont pas généralisées.

¹² Sauf cas de sortie normale du régime, les personnes admises de plein droit à l'aide médicale au titre de l'article L. 187-2 I du code de la famille et de l'aide sociale y demeurent affiliées après la fin de leur droit à la prestation de base (RMI, veuvage, aide médicale) jusqu'à ce qu'il soit statué sur l'éventuelle prise en charge de la cotisation au titre du droit commun de l'aide sociale.

L'affiliation au régime prend normalement fin dès que l'intéressé devient, lui-même, en sa qualité d'ayant droit, assuré d'un régime obligatoire et remplit, dans ce régime, les conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature de l'Assurance maladie et maternité. L'autre cause de sortie du régime peut être le départ pour l'étranger, avec résidence continue pendant douze mois.

¹³ Lorsqu'il ne peut être immédiatement établi que les intéressés relèvent à un titre quelconque d'un régime d'Assurance maladie et maternité obligatoire ou du régime de l'assurance personnelle. Il est ensuite procédé à la régularisation de la situation de l'intéressé s'il s'avère qu'il relève d'un autre régime. Dans le cas général, en l'absence de demande de prise en charge de la cotisation, la personne est affiliée à partir du premier jour du mois au cours duquel elle a formulé sa demande. Une demande de prise en charge des cotisations peut être faite qui nécessite alors un nouvel examen par la caisse chargée de statuer. L'affiliation peut avoir lieu à l'initiative des caisses : lorsqu'une caisse maladie constate qu'un assuré a cessé ou va cesser de relever d'une forme d'Assurance maladie et maternité obligatoire, tout en continuant de résider en France, elle lui fait connaître que, sauf refus exprès de sa part, il sera affilié d'office au régime de l'assurance personnelle. Cette procédure ne s'applique pas si la personne concernée est en même temps bénéficiaire de l'aide médicale. La pratique démontre que nombre des personnes dont la situation demeure précaire s'efforcent d'échapper à cette affiliation d'office du fait du montant trop élevé des cotisations.

Puis, les départements auront l'obligation légale de fournir une complémentaire aux allocataires du RMI avec pour financement les crédits de l'AMG et 3 % des 20 % de l'enveloppe des crédits cogérés avec l'État pour adosser les politiques d'insertion. Ainsi, une étape est donc franchie en 1992 avec la consolidation du droit à la santé pour les bénéficiaires du RMI et la mise en œuvre d'une couverture complémentaire légale pour ce public ciblé. En 1993, une esquisse d'un plan de lutte contre la pauvreté apparaît sous le gouvernement Balladur, sans aboutir. Puis arrive la préparation du projet de cohésion sociale sous le gouvernement Juppé qui comprend l'idée de protéger le dernier décile de la population avec une prise en charge par l'État qui remboursera la CNAMTS.

Tableau 1 : Récapitulatif des principales étapes du processus de généralisation de l'assurance maladie

Année	Réformes
1898	Loi sur les accidents du travail.
1930	Loi sur les assurances sociales.
1945	Ordonnances du 4 octobre instituant la Sécurité sociale.
1967	Passage d'une caisse unique de Sécurité sociale à trois Caisses Nationales Autonomes (CNAF, CNAM, CNAV).
1974	Mise en place de la compensation démographique entre les régimes.
1975	Loi du 4 juillet avec l'extension du bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie maternité, pendant une certaine durée, à certaines catégories de personnes dépourvues de toute protection sociale : les concubins, les ayants droit des appelés du service national, les ayants droit des assurés décédés, les personnes divorcées.
1978	Généralisation des prestations familiales (avec suppression du critère d'activité).
1978	Loi sur l'assurance personnelle du 2 janvier qui crée le régime de l'assurance personnelle, destiné à couvrir les personnes qui n'ont pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature maternité d'un régime obligatoire d'assurance maladie.
1979 et 1982	Les lois du 28 décembre 1979 et 4 janvier 1982 concernant les demandeurs d'emploi prévoient diverses dispositions tendant à leur offrir une protection sociale, quelle que soit leur situation (indemnisation, fin d'indemnisation, recherche d'emploi, ...).
1984	Au 1 ^{er} janvier 1984, date d'entrée en vigueur des lois de décentralisation, une grande partie de l'aide sociale est transférée aux départements. Le département assume la cotisation d'assurance personnelle, l'aide médicale gratuite (AMG) et le traitement des malades mentaux et des tuberculeux. L'État finance l'aide médicale des personnes sans résidence stable.
1988	Loi RMI (Revenu Minimum d'Insertion).
1991	Mise en place de la Contribution Sociale Généralisée.
1992	Loi Teulade et l'Aide Médicale, la loi du 29 juillet rénove l'aide médicale. Les bénéficiaires du RMI, les bénéficiaires de l'aide médicale qui n'ont pas de droits à un autre titre, les titulaires de l'allocation veuvage, les jeunes de moins de 27 ans remplissant les conditions d'attribution du RMI, bénéficient de plein droit de la prise en charge de leurs cotisations à l'assurance personnelle.
1994	Loi du 25 juillet instaure un droit d'accès général à l'assurance maladie. Aux termes de l'article L.161-15-2 du Code de la Sécurité sociale, toute personne pour laquelle il ne peut être immédiatement établi qu'elle relève à un titre quelconque d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou du régime de l'assurance personnelle est affiliée provisoirement (pour trois mois) au régime d'assurance personnelle sous réserve de remplir la condition de résidence exigée par le régime.
1995	Annnonce du plan de réformes Juppé avec la mise en place des lois de financement de la Sécurité sociale.
1998	Loi relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté.
1999	Loi CMU (Couverture Maladie Universelle).

Tableau 2 : Récapitulatif des principales étapes du processus de production de la loi CMU

La chronologie	Acteurs	Objet	Modalités
1997			
13 juillet	Cabinet : commande à la DSS	Demande d'une réflexion sur une protection complémentaire obligatoire.	Demande administrative.
12 août	Sous-Direction du Financement et de la Gestion de la Sécurité sociale	Production d'une note : objet réaction au projet de note « Assurance maladie complémentaire obligatoire.	Courrier de Sous-direction à Sous direction de la Sécurité sociale.
20 août	Sous-direction de l'accès aux soins de la DSS	Projet de note sur l'accès des plus démunis à une protection maladie complémentaire	Réponse à la Direction de la Sécurité sociale.
28 novembre	Accord entre MG France et la FNMF	L'option conventionnelle « médecin référent ».	Accord entre professionnels de la santé et de la mutualité.
1998			
23 avril	Rapport de Jean Le Garrec à l'Assemblée nationale	Projet de loi d'orientation relatif à la lutte contre les exclusions	Travail parlementaire Débats notamment sur l'accès aux soins.
26 mai	Association des Directeurs des Caisses d'Assurance maladie	Une Assurance maladie complémentaire de droit commun	
2 juin	Premier ministre : Lettre de mission de L. Jospin à J-C. Boulard	Début des auditions Boulard	Rencontre avec les organismes complémentaires, les associations humanitaires, etc.
9 juin	FNIM	Se prononce pour une participation du mouvement mutualiste à une CMU complémentaire par affectation de fonds libre.	Vote à l'assemblée générale.
29 Juillet	Vote de la loi sur la lutte contre les exclusions et la pauvreté	Avec l'annonce du projet de loi CMU.	
10 septembre	Remise du rapport Boulard	Boulard écrit le scénario partenarial en accord avec l'engagement de la mutualité.	Rapport remis au Premier ministre
Octobre	Boulard et les associations	Le niveau des prestations susceptibles d'être proposées aux populations concernées. Le contenu d'un protocole d'accord à conclure avec l'État. La capacité à proposer tout dispositif concret garantissant le bon fonctionnement du futur dispositif.	- Accord sur un partenariat fondé sur 10 principes Création d'un groupe de travail devant élaborer un protocole. Organisation de réunions entre le Cabinet et les régimes de base, l'UNIOPSS et la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Lancement de l'élaboration du dispositif législatif
28 octobre	Médecins Sans Frontières	Réunions en relation avec le cabinet de Martine Aubry.	Campagne de presse. Dénonce la mise en concurrence de l'accès aux soins des plus pauvres et réclame pour ces populations la protection de l'État.

4 novembre	Premier protocole d'accord entre la CNAMTS, la mutualité et les assureurs FNMF	Conférence de presse	
7 décembre	L'UNIOPSS à travers le comité « précarité santé » reçoit les associations	Exprime sa position La couverture complémentaire serait destinée à prendre en charge les personnes dont le revenu se situe aux alentours du SMIC. En dessous, c'est l'aide médicale qui devait rester en vigueur. Le versement de 30 francs pour les bénéficiaires de la CMU pourrait être établi.	Publication d'un texte commun contenant les 13 principes qu'il souhaite voir appliquer dans le dispositif CMU
8 janvier	Martine Aubry	Lettre à J-P. Davant, FNMF	Elle lui demande de prendre position sur ses propositions
1999			
11 janvier	CFDT	Lettre à Martine Aubry	
3 février		Accord du président de l'Assemblée des Présidents de Conseils Généraux (APCG) aux principes et modalités du projet de remonter vers l'État l'aide médicale départementale	Disparition de l'aide médicale départementale.
3 mars	Le Conseil des Ministres	Approuve le projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle	
9 mars	Conférence de presse des Mutuelles de France		
10 mars	accord CNAMTS-FFSA-FNMF-CTIP		Reprise des relations avec la FNMF Retisser la confiance avec les associations Des accords avec l'UNIOPSS, ATD-Quart-Monde ou le Secours Populaire. Contacts avec les groupes parlementaires.
Avril	Début des travaux Parlementaires sur le projet de loi CMU à l'Assemblée nationale		
26 avril	Deuxième accord entre la CNAMTS, la mutualité et les assureurs		Dépôt des amendements, notamment sur l'effet de seuil, l'effet de distorsions des règles de concurrence
27 avril	Martine Aubry exprime par courrier son désaccord au Président de la CNAMTS		
11 mai	Commission de l'Assurance maladie à la CNAMTS		Elle est favorable au droit d'option.

20 juillet	Réunion de concertation avec la DSS et les associations caritatives	Cabinet	Réunion entre les représentants de la FMF, FNMF, GEMA, FFSA, CTIP, FNIM et le cabinet ainsi que J-C. Boulard.
27 juillet	Vote de la loi		
Oct-novembre	3 ^{ème} accord entre la CNAM, la mutualité et les assureurs		Projet de décrets CMU.
4 novembre	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité		Sur les questions de prise en charge sur les soins dentaires et en optique.
	Réunion entre le cabinet et les associations caritatives	Les projets de décrets CMU Ressources Paniers de soin Effet de seuil	
1^{er} janvier 2000		Entrée en vigueur de la loi CMU	

2. LE CONCEPT DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Dans la dynamique des réformes et des débats sur l'accès aux soins et ses inégalités, la direction de la Sécurité sociale prend, en 1993, l'initiative de lancer une réflexion sur la mise en place d'une assurance maladie universelle qui, prenant acte de l'achèvement du processus de généralisation de l'Assurance maladie, permettrait de faciliter l'accès effectifs aux soins aux personnes qui, malgré tout, en restent exclues.

Une insertion dans un ensemble plus large de réformes de la protection sociale

Pour conduire cette réflexion, la direction de la Sécurité sociale constitue un groupe de travail qui repose sur des représentants de cette direction, du ministère de l'économie et des finances et du commissariat général au plan. L'ensemble des administrations s'approprie progressivement les différentes notes et rapports, et donc le sujet, qui en 1995 apparaît largement instruit techniquement. Le travail réalisé débouche sur la rédaction d'un ensemble de notes au sein des administrations et, en 1995, d'un rapport qui permet d'identifier à quelles conditions administratives et financières pourrait être réalisé une assurance maladie universelle.

Dès son arrivée au gouvernement, en 1995, Alain Juppé va se saisir du projet dit AMU qui est alors inscrit à l'agenda politique. En novembre de la même année, le Premier ministre présente son plan à l'Assemblée nationale et une refonte de l'Assurance maladie avec l'instauration progressive d'une assurance universelle, au bénéfice de l'ensemble des résidents et largement financée par l'impôt. Le projet AMU vient s'intégrer sur un ensemble plus large de réformes qui concernent toutes les branches de la Sécurité sociale¹⁴.

¹⁴ Le plan Juppé prévoit également la réforme de la retraite (qui sera le catalyseur du mouvement social de l'hiver 1995), ainsi que celle de la politique familiale (avec la mise sous conditions de ressources des allocations familiales conjointement à une réforme de l'impôt sur le revenu), et celle du financement de la protection sociale (avec l'élargissement de l'assiette de la CSG, c'est-à-dire le transfert progressif d'une partie des cotisations maladie des salariés sur l'élargissement de la CSG, le basculement progressif d'une partie des cotisations maladie des salariés sur la CSG élargie, une réforme des cotisations patronales avec intégration de la notion de valeur ajoutée).

De même, sont aussi prévus dans ce plan, la réorganisation des caisses primaires d'Assurance maladie (avec le changement de composition des conseils d'administration et la création d'un conseil de surveillance ainsi que la réorganisation du réseau des caisses locales) la modification du mode de gestion du système de soins avec la création d'Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie, la mise en place d'un dispositif d'ajustement automatique des rémunérations des médecins et la création d'une caisse d'amortissement de la dette sociale

Ce plan se traduit par une réforme de la Constitution nécessaire pour permettre la mise en place des lois de financement de la Sécurité sociale et plusieurs ordonnances.

Tableau 3 : Chronologie des textes sur la réforme de la protection sociale, état à la fin avril 1996

Loi d'habilitation (réforme par ordonnances)	n° 95-1348, 30 déc.1995 (JO 31 déc.1995)
Loi constitutionnelle (création des lois de financement de la Sécurité sociale)	n°96-138, 22 fêv.1996 (JO 23 fêv.1996)
Loi organique (conditions de vote des lois de financement)	n°96-646, 22 juil. 1996 (JO.23 juil. 1996)
Ordonnance sur le remboursement de la dette sociale	n°96-50, 24 janv.1996 (JO 25 janvier.1996)
Décret d'organisation de la Caisse d'amortissement de la dette sociale	n°96-353, 24 avr.1996 (JO 26 avr.1996)
Ordonnance sur les mesures d'urgence (rétablissement de l'équilibre financier)	n° 96-51, 24 janv.1996 (JO 25 janv. 1996)
Ordonnance relative à l'organisation de la Sécurité sociale	n° 96-344, 24 avr. 1996 (JO 25 avr.1996)
Ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins	n° 96-345, 24 avr.1996 (JO 25 avr.1996)
Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée	n°96-346, 24 avr.1996 (JO 25 avr.1996)

Source : D. Ceccaldi (1996), "Le Plan Juppé à mi-chemin : premiers parcours des ordonnances", *Droit du Travail*, Ed.du Juris-classeur, mai.

La mise en œuvre du projet d'Assurance maladie universelle s'organise en trois grands chantiers, prévus entre 1998 et 2000.

- L'harmonisation des droits et des efforts contributifs des différentes catégories socioprofessionnelles (avec les étapes de substitution de la CSG à la part salariée de la cotisation maladie et d'harmonisation de la part employeur des cotisations ; l'alignement des prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général).
- La réforme du système de compensation financière entre les régimes d'Assurance maladie dans la perspective d'une intégration financière à terme.

- L'ouverture des droits sur la base d'un critère de résidence serait désormais déconnectée du versement des cotisations et l'assurance personnelle est supprimée. Le régime initial est maintenu selon l'activité professionnelle et les inactifs sont rattachés au régime général (ou appelé régime d'accueil de tous les inactifs non co-rattachés).

Le gouvernement Juppé¹⁵ prend la décision de présenter un projet de loi sur l'AMU au Parlement plutôt que de l'intégrer dans le champ des ordonnances mais la dissolution stoppe le processus.

Un fonctionnaire témoigne :

" Le champ des ordonnances n'englobait pas la création de l'Assurance maladie universelle, parce qu'il était considéré devant être un sujet de débat parlementaire et donc faire l'objet d'un projet de loi. On a été amené à travailler dans un double calendrier pour sortir d'une part la loi d'habilitation concernant les ordonnances, et d'autre part modifier la Constitution pour arrêter la loi organique concernant la loi de financement de la Sécurité sociale. On s'est beaucoup mobilisé sur ce calendrier, ce qui explique que lorsque la dissolution est arrivée, la préparation du projet de loi sur l'Assurance maladie universelle est en pleine discussion.

Il y a des coûts cachés dans le système de protection sociale qui sont extrêmement considérables et qui sont répartis à la fois entre les collectivités territoriales, les communes et les départements, ainsi qu'entre les caisses de Sécurité sociale et les hôpitaux. On continue dans les hôpitaux à avoir une bureaucratie considérable sur l'ouverture des droits ; de même que le système de répartition des dépenses entre les régimes. On a beau être dans une logique de budget global, on continue encore à avoir des systèmes d'assignation des dépenses sur les caisses en fonction de l'appartenance des patients à ces caisses.

Il y avait le sentiment que cette réforme permettrait l'accès aux soins avec la dimension sociale de l'accès à la prévention en réduisant les obstacles administratifs. Et cela se liait à la réflexion, en même temps très ouverte à ce moment là, sur les problématiques de l'exclusion et de la loi de cohésion sociale."

Encadré 1 : les réformes prévues dans le projet AMU qui se poursuivront après la dissolution de l'Assemblée nationale

Δ Le renforcement du rôle du Parlement avec d'une part les lois de financement de la Sécurité sociale avec la modification de la Constitution afin que le Parlement puisse se prononcer sur les recettes et les dépenses des régimes obligatoires de la SS et ainsi devenir un acteur de la protection sociale. D'autre part, avec la création de conseils de surveillance le 1er octobre 1996, présidés par un parlementaire et composés de membres du Parlement et des Collectivités locales, de personnes qualifiées et de représentants économiques et sociaux.

Δ Le réaménagement des responsabilités entre l'État et ses partenaires avec l'allègement de la tutelle par un transfert de pouvoirs de l'État aux Caisses nationales ainsi que la mise en place des Conventions d'objectifs et de gestion à partir du 1er janvier 1997 (d'une durée de trois ans, révisables annuellement,

¹⁵ Jacques Barrot devient ministre de l'Assurance maladie aux Affaires sociales après l'annonce du plan Juppé.

elles sont conclues entre l'autorité compétence de l'État et chacun des organismes nationaux -CNAMTS, CANAM, MSA, CNAF, CNAVTS, ACOSS-).

Δ Le réaménagement des responsabilités au sein du régime général avec l'accroissement du rôle des organismes nationaux et la recomposition des conseils d'administration avec le renforcement des directions au sein des organismes.

Δ La création d'un nouvel organe de coopération, les Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladie (URCAM)¹⁶.

Δ Le regroupement de l'ensemble des organismes de base des différents régimes d'Assurance maladie obligatoire dont l'objet est d'élaborer une stratégie commune de gestion du risque ambulatoire, de coordonner les activités du contrôle médical et de décliner au plan régional les objectifs nationaux en matière ambulatoire.

Δ La substitution progressive de points de CSG aux cotisations à la charge des assurés.

L'universalité du droit à la santé sous condition de résidence

Le projet de l'AMU vise trois objectifs :

- En premier lieu, celui de l'accès aux soins, relié à la simplification administrative avec à la fois des enjeux financiers (gratuité) et des enjeux de prévention.

- En deuxième lieu, celui de l'achèvement de la généralisation de l'assurance maladie avec la déconnexion du mode de financement de l'activité professionnelle pour aller vers un droit lié à la notion de résidence.

- En troisième lieu, celui d'un basculement du financement de l'assurance maladie sur l'assiette plus large de la contribution sociale généralisée.

La déconnexion de la notion de travail avec celle de prestation

La mise en place progressive de l'AMU, subordonnée à un critère de résidence sur le territoire français, se justifie alors comme "garantie de l'égalité des prestations et des efforts contributifs et de l'effectivité du droit aux soins". Ainsi, tout résident bénéficie d'un droit personnel à la couverture maladie indépendamment de son statut professionnel ou familial, de sorte que la notion d'ayant droit soit supprimée avec des

¹⁶ La réflexion sur la création des URCAM concerne les améliorations des bonnes pratiques médicales du côté des prescripteurs et du côté des patients à mettre en commun entre les différents régimes ; de la gestion du risque et de qualité ; des efforts de simplification. Ainsi, les URCAM visent à faire travailler ensemble les caisses des différents régimes dans un cadre territorial et ainsi de nouvelles méthodes pourront émerger, notamment sur la question des codes. De même, des ARH (Agences régionales d'hospitalisation) vont être créées.

conséquences sur les conditions d'ouverture des droits (déconnectées de l'activité professionnelle) et celle de leur maintien (en évitant les ruptures).

Ainsi, on peut lire dans le rapport d'Alain Bacquet ayant pour titre "l'accès au droit à l'assurance maladie universelle" remis à Alain Juppé en mars 1997 :

"L'AMU est la forme nouvelle de la garantie donnée à toute personne d'obtenir la couverture des charges, et au nom du même principe de solidarité nationale (cf. article L.111-1 du Code de la Sécurité sociale). Elle implique l'ensemble des résidents sur le territoire. Il y a obligation pour tout résident de s'affilier et de contribuer, dans des conditions qui sont appelées à évoluer dans les conditions fixées par l'AMU, c'est-à-dire, au terme du processus d'harmonisation, de prestations en nature d'un niveau égal à celui de l'Assurance maladie du régime général." (cf. p.7).

"Le passage à l'AMU ne remet donc pas en cause le principe d'assujettissement obligatoire aux régimes de Sécurité sociale chargés de la gestion de la couverture de base de risque maladie. Bien au contraire, il conduit à l'élargissement de l'obligation d'assujettissement à l'ensemble des résidents." (cf. p.9).

La mise en place du nouveau régime d'Assurance maladie s'accompagnait de l'harmonisation des droits et des efforts contributifs et de l'accès automatique à la couverture maladie. Le dispositif restait géré par le système des caisses des régimes professionnels existants

De ce fait, le financement par cotisation professionnelle trouvait sa limite dans un tel dispositif. L'idée chemine d'un basculement sur un champ plus large qui ne soit pas uniquement lié à la rémunération salariale. Il existait déjà un certain nombre de cotisations dans la panoplie de financement de l'Assurance maladie qui empruntait un champ plus large : celui des revenus financiers. Finalement, la Contribution Sociale Généralisée élargira le champ du prélèvement de l'Assurance maladie en se substituant progressivement à la part salariale des cotisations sociales.

Le ministre du Travail et des Affaires sociales et le secrétaire d'État à la Santé chargent des missions de réflexion et de concertation Alain Bacquet, Président de la section sociale du Conseil d'État sur les questions juridiques afférentes aux règles d'ouverture des droits ainsi que Bertrand Fragonard, Conseiller maître à la Cour des Comptes sur les questions de financement. La rédaction des deux rapports est concomitante des travaux de préparation des ordonnances.

Le rapport Fragonard (1997) s'appuie sur les travaux du groupe administratif interministériel et sur une concertation avec les représentants des régimes et autres partenaires concernés. B. Fragonard consulte notamment les syndicats de salariés,

hésitants à s'engager dans le projet de l'Assurance maladie universelle, craignant que le régime général devienne le financeur de la partie complémentaire du projet comme le témoigne un interlocuteur :

" Les partenaires sociaux craignaient qu'on puisse facilement baisser le taux de remboursement dans le régime de base. Quand on augmentera le ticket modérateur, il suffira alors de desserrer les paramètres de la complémentaire. Ils étaient très hésitants. L'idée est liée au fait qu'il ne faut pas de conditions de revenus dans l'Assurance maladie. Mais, il en existait déjà une, qu'il ne faut pas oublier, c'est que les titulaires du minimum vieillesse, très nombreux, avaient déjà un régime préférentiel de ticket modérateur. Cela ne les a pas convaincus. Ils répondaient : oui, mais cela correspond à une période historique. Nous ne voulons pas introduire une condition de ressources parce qu'il sera trop facile, le moment venu, de jouer sur le taux de remboursement du régime de base avec la montée des complémentaires. "

Alain Bacquet expose dans son rapport de mars 1997, précédemment cité, les conditions de la mise en œuvre d'un dispositif d'Assurance maladie universelle garantissant à l'ensemble des résidents une couverture maladie permanente et facile d'accès (p.41). La notion de résidence serait assortie d'un double critère de stabilité et de régularité qui pourrait être contrôlé par recoupement des informations déjà détenues par les organismes sociaux et les administrations. La réalisation d'un répertoire national des bénéficiaires de l'Assurance maladie permettrait la distribution des cartes individuelles d'assuré. L'alignement des prestations servies par la CANAM¹⁷ sur celles du régime général devrait être mis en œuvre. Il précise que l'AMU ne résout pas, pour les plus démunis, l'accès au tiers payant ni la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais engagés au-delà des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale.

Des résistances s'expriment du côté des partenaires sociaux notamment de la part de la CGT et de FO, et des syndicats médicaux. En revanche, le projet bénéficie du soutien du CNPF/MEDEF, de la CFDT, de la Fédération de la Mutualité Française et des administrateurs sociaux des organismes sociaux notamment ceux de la CNAMTS. L'UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes privés Sanitaires et Sociaux) et l'ensemble des associations concernées sont favorables à une réforme qui affirme un droit propre à chaque personne à une couverture sociale, assortie d'un dispositif de protection complémentaire pour les plus démunis. L'UNIOPSS souhaite une exonération de plein droit des ménages les plus modestes mais la CFDT y est opposée au nom du principe que cela conduirait à l'introduction d'un critère de ressources dans l'assurance maladie.

¹⁷ Finalement, l'harmonisation des régimes s'est poursuivie. La CANAM s'est alignée sur le régime général. Aujourd'hui, il ne reste que des régimes spéciaux qui offrent des avantages supplémentaires.

Les régimes spéciaux¹⁸ mettent l'accent sur ce qui leur apparaît comme le démantèlement de leurs régimes, c'est-à-dire sur le schéma d'intégration financière qui les oblige à séparer sur le plan comptable la part de prestation correspondant aux prestations du régime général et financée par les ressources de l'AMU et la part supplémentaire à la charge des régimes.

Les travailleurs indépendants ne souhaitent pas l'harmonisation des prestations qui ne correspond pas à un besoin et renforce l'exigence d'une contribution égale à celle des autres catégories socioprofessionnelles. La suppression de la règle qui suspend le versement des prestations au paiement préalable des cotisations soulève également l'opposition des gestionnaires de la CANAM.

Tableau 4 : Récapitulatif des principales dispositions prévues avec l'AMU en relation avec la CMU

	Idées développées au sein de la DSS entre 1993 et 1995	L'Assurance Maladie Universelle dans le plan Juppé	Éléments poursuivis et mis en place	La couverture maladie universelle
Affiliation et rattachement	- Substitution du critère de résidence aux critères d'affiliation professionnelle - Un droit personnel lié au critère de résidence pour atteindre la généralisation, et donc suppression de l'ayant droit - Le critère de résidence comme le plus petit dénominateur commun.	À terme suppression des règles d'accès sur critères professionnels par substitution progressive du critère de résidence.		Affiliation automatique au régime général de l'AM sur critère de résidence (stabilité et régularité) si absence de droits ouverts à un autre régime de l'AM à titre professionnel, d'ayant droit et d'allocataire.
Les régimes	Maintien des régimes professionnels avec intégration financière de l'ensemble des régimes.	Idée maintenue		Maintien du régime général incluant le régime de résidence.

¹⁸ Source : les notes administratives de la direction de la Sécurité sociale.

La contributivité	Une harmonisation des cotisations et des efforts contributifs.	Une Cotisation maladie Universelle à partir d'une fiscalisation complète du système par une cotisation sur l'ensemble des revenus.	Le remplacement des cotisations sociales salariées maladie par la Contribution sociale généralisée ¹⁹ décidé en 1995, mis en place en 1998. Cela signifie une fiscalisation du financement de la protection maladie.	Maintien des étapes de mise en place.
Mode de financement	Alignement des efforts contributifs des assurés des différents régimes avec la déconnexion du droit aux soins des capacités contributives	Substitution partielle et progressive de la CSG aux cotisations.	Réforme fiscale de la CSG maladie avec les lois de financement.	Déconnexion pour une catégorie de personnes sous conditions de ressources.
Les régimes	Simplification des 19 régimes.	Une première phase avec maintien des caisses professionnelles avec simplification des relations entre régimes, sans remise en cause des fondements professionnels des régimes.		Poursuite de la simplification des relations entre régimes sans unification.

¹⁹ L'intitulé "Contribution Sociale Généralisée" regroupe trois impositions : la contribution sociale sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement, la contribution sociale sur les revenus du patrimoine et la contribution sociale sur les produits de placement. Ces contributions visent selon les termes mêmes du Conseil constitutionnel "la mise en œuvre du principe de solidarité générale". Y sont assujetties toutes les personnes considérées comme domiciliées en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu.

Le système existant avant le plan Juppé se caractérisait par des écarts entre la CRDS et la CSG "FSV/famille" sont non-déductibles à la différence de la CSG "maladie".

Leurs assiettes sont différentes (source: rapport Fragonard, 1997, pp. 26-27):

- seuil d'exonération pour les revenus de remplacement, au niveau des minima sociaux pour la CRDS, au niveau du SMIC brut (chômage et préretraite) ou du seuil d'imposition "taxe d'habitation" pour la CSG "maladie", au niveau du SMIC brut (chômage et préretraite) ou du seuil d'imposition "impôt sur le revenu" pour la CSG 'FSV/famille' :

- . taxation de certains revenus de transferts (PF, allocation logement...) pour la CRDS uniquement.
- . assiette gains des jeux plus large pour la CRDS.
- . vente de métaux ou objets précieux taxée uniquement à la CRDS (rendement non chiffré).

- La CRDS est provisoire et juridiquement affectée.

	Création d'un compte de référence. Unification de la protection maladie sur la base du régime général.	Création d'un organisme commun inter régime. Identification d'un compte AMU dans chaque régime.	Le Décret du 12 septembre 1996 et un arrêté du 22 octobre 1996 prévoient la constitution dès 1997 d'un Répertoire nationale inter régime des bénéficiaires de l'Assurance maladie (RNIAM)	Maintien du répertoire et poursuite de la mise en place de la carte vitale.
	Création d'un fonds de solidarité			Fonds alimenté par des subventions de l'État et des contributions des organismes complémentaires.
Aide médicale départementale	Suppression comme celle de l'assurance personnelle.			Suppression y compris pour le RMI, remplacée par la CMU complémentaire par une recentralisation de l'aide médicale départementale dans le système de la SS.
Soins pour les plus démunis	Gratuité des soins accompagnée de l'exonération du ticket modérateur et réforme du tiers payant	Idée maintenue, cf. Rapport Fragonard		Prise en charge à 100 % sur critère social

Source : notes de travail du groupe inter-administratif et rapports Fragonard et Bacquet en ce qui concerne l'AMU.

L'AMU correspondait à plusieurs objectifs : l'amélioration des conditions d'accès des plus démunis à une couverture sociale ; la simplification administrative pour l'utilisateur et les caisses ; l'équité entre les assurés en regard de l'effort contributif ; la rationalisation du financement de la protection sociale ; l'efficacité de la gestion du système de santé. Ces objectifs étaient subordonnés d'une part à une réforme fiscale avec le financement par la CSG²⁰, d'autre part, à une modification importante de l'organisation et du fonctionnement des organismes de Sécurité sociale. La mise sous condition de résidence et non plus de cotisation pour l'ouverture du droit à l'assurance maladie visait à réduire les délais de carence ainsi que l'établissement définitif du droit. Ce principe marquait une rupture avec la logique d'une assurance garantie par les cotisations assises sur les salaires. Cette idée sera reprise dans le projet de CMU.

Bien qu'aucun arbitrage ne soit rendu en vue d'une inscription à l'ordre du jour du Conseil des ministres, le projet dépassera le stade de l'annonce. En effet, les questions

²⁰ Le processus de substitution de la CSG (prélevé sur la quasi-totalité des revenus) à la quasi-totalité des cotisations maladie des salariés prévu en 1998 est achevé par Lionel Jospin, qui en accélère les étapes. Ce processus rompt avec la logique basée sur l'assurance qui prévalait jusque-là pour les cotisations maladie, assises sur les seuls revenus.

techniques continuent d'être traitées au niveau des administrations, des réunions interministérielles y compris à Matignon. Une rédaction d'un projet de loi se préparera à la direction de la Sécurité sociale.

3. LE CONCEPT DE CMU

Le projet de loi de l'AMU n'ayant pas abouti, le processus s'inscrit désormais dans le cadre du changement d'orientation politique de la nouvelle majorité. Pourtant, certains chantiers de réformes prévus dans le plan Juppé sont déjà lancés, notamment ceux de la gestion des caisses, de la gestion hospitalière, des prélèvements obligatoires avec le basculement progressif d'une partie des cotisations maladie des salariés sur la CSG élargie. De même, avec la modification de la Constitution, le Parlement devient acteur de la protection sociale en se prononçant sur les recettes et les dépenses des régimes obligatoires de la Sécurité sociale.

Le basculement de l'AMU à la CMU

L'événement de la dissolution de l'Assemblée nationale conduit au gouvernement le Parti socialiste, sans que celui-ci ait eu le temps d'établir l'ensemble des accords politiques entre les différentes composantes de la majorité plurielle en particulier d'établir un programme précis dans le domaine de la santé. Néanmoins le sujet aurait été évoqué entre Lionel Jospin et le parti communiste par ailleurs proche de certains syndicats et mutuelles défavorables au projet AMU. Martine Aubry devient ministre de l'Emploi et de la Solidarité en charge des Affaires sociales et de la Santé, Bernard Kouchner devient secrétaire d'État à la Santé et à l'action sociale.

Au départ de la constitution du cabinet Aubry, le projet de CMU n'a pas encore d'existence. Le projet de réforme de l'Assurance Maladie Universelle, déjà avancé au sein de l'administration, reste inscrit au programme du nouveau gouvernement.

Un fonctionnaire témoigne :

"Le cabinet Aubry hérite du dossier AMU du plan Juppé et se demande ce qu'il va faire. Ils sont arrivés sans idées précises. Martine Aubry n'était pas une spécialiste de la Sécurité sociale. Elle connaissait beaucoup mieux le droit du travail."

Ou encore nous précise un autre fonctionnaire qui a suivi le processus de l'AMU à la CMU :

"Dans la campagne électorale de 1997, les deux camps parlent de la mise en place de l'AMU. L'AMU comme volet du plan Juppé n'a jamais vraiment été explicitée. C'est l'exercice du pouvoir qui va contraindre la gauche à définir plus précisément vers la fin 1998 le projet CMU, d'ailleurs annexé dans le rapport de financement de 1998, fait en 1997, où l'on parle encore d'AMU. La CMU va se dégager progressivement. Il y a une rupture intellectuelle, de principe mais elle n'est pas donnée dès le départ."

Le nouveau gouvernement se démarque progressivement du projet AMU, estimé selon certains :

"Trop long pour pas grand chose et avec en plus des oppositions par rapport aux artisans et commerçants ainsi qu'aux agriculteurs. L'enjeu de l'AMU n'est plus l'unification des régimes mais de permettre aux plus modestes d'accéder aux soins."

Si l'argumentaire politique s'axe sur l'accès aux soins pour les plus démunis, le contenu reste à définir. Le projet s'appelle toujours AMU. Fin décembre 1997, une note administrative²¹ retrace les objectifs du projet AMU partant des limites de l'assurance personnelle ainsi que les différentes positions des partenaires sociaux²² face à ce projet. Les obstacles techniques y sont mentionnés, notamment la longueur et la complexité du projet. Mais aussi les apports comme le droit personnel pour tout résident qui constituerait un levier au changement de comportement des caisses d'assurance maladie qui n'auront plus à déterminer en priorité l'existence d'un des multiples critères d'accès au droit. Ainsi, les caisses seraient plus disponibles pour d'autres fonctions (accueil des démunis, meilleur emploi des fonds d'action sanitaire et sociale).

Néanmoins, la Direction de la Sécurité sociale, sur la lancée de la demande du cabinet précédent, poursuit la préparation du projet de création d'une prestation sociale²³ ayant pour objet la prise en charge partielle du coût de l'accès à la couverture complémentaire (ticket modérateur, forfait journalier et dépassements tarifaires), auprès d'une mutuelle ou d'une assurance. A ce stade de la réflexion, il est envisagé que les Caisses d'Allocations Familiales gèrent cette prestation sous condition de ressources, selon une procédure comparable à celle de l'APL. Le barème serait progressif. La

²¹ C'est notamment le cas du courrier du directeur de la Sécurité sociale, adressée au Directeur du cabinet de Martine Aubry, daté du 19 décembre 1997. Le mois précédent, une note de travail de la DSS, datée du 3 novembre, étudie différents scénarios de mise en place de l'assurance maladie universelle, inclus celui de la réforme de l'aide médicale, celui de la suppression de l'assurance personnelle et celui de la condition de résidence.

²² Positions avancées lors de la préparation des deux grands rapports AMU de B. Fragonard et A. Bacquet, en janvier 1997.

²³ Le public visé est celui des ménages à faibles ressources, qui sont au dessus des niveaux d'admission de droit à l'aide médicale (RMI) mais qui ne peuvent payer les cotisations de la couverture complémentaire, soit la tranche de revenus entre le RMI et le SMIC. Ce dispositif concernerait entre 5 à 10 millions de personnes.

délégation interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion souligne dans un courrier du 13 juin 1997 les questions techniques que pose ce projet notamment pour atténuer l'effet de seuil et pour assurer la simplicité du dispositif qui suppose qu'il soit géré par un seul interlocuteur pour les personnes en situation de précarité. Les questions techniques continuent de se poser parallèlement aux arbitrages politiques.

La couverture maladie de base

Sur la couverture maladie de base, la question apparaît relativement simple puisqu'il ne reste plus guère d'obstacles majeurs pour consolider l'existant. Les travaux préparatoires sur l'AMU relatifs à l'affiliation sous critère de résidence (dont les rapports B. Fragonard et A. Bacquet) ont assuré les conditions de réalisation.

La réflexion part du constat récurrent de la centaine de milliers de personnes ne remplissant pas les conditions d'accès à aucun des régimes de base existants (cf. chiffres du Credes²⁴ présentés par Martine Aubry en 1998²⁵ ci-après). L'argument avancé est alors le suivant : le régime de base de la CMU permet de les rattacher au système de l'Assurance maladie, au lieu d'unifier tous les régimes de base. La question de l'unification se trouve alors disjointe de celle de l'extension de la couverture à l'ensemble de la population résidente de manière stable et régulière sur le territoire français. L'universalité de la CMU réside dans le titre I de la loi en reprenant le critère de résidence.

Un fonctionnaire témoigne :

"L'assurance de base est venue compléter le dispositif, compte tenu du débat qui s'amorçait avec la réforme Juppé".

Ou encore un autre témoignage d'un fonctionnaire :

"Le cabinet Aubry a touché le moins possible à l'existant ; on abandonne l'unification et on se débrouille tout en installant quand même un système de couverture universelle effective. *In fine*, vous pouvez être en régime de résident. C'est du résiduel, subsidiaire."

²⁴ En novembre 1997, le Centre de recherche d'étude et de documentation (le CREDES, aujourd'hui appelé l'IRDES) publie le rapport "Santé, soins et protection sociale en 1996" qui montre la corrélation entre le statut social des Français et leur état de dépenses de santé, 1 français sur 4 renonceraient à des soins pour raisons économiques (CREDES, novembre 1997, n°1204).

²⁵ Chiffres également repris par le Haut Comité de la santé publique en février 1998. Il publie son enquête sur "La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé" et prend position : "la mise en place d'une assurance maladie universelle sur simple déclaration de résidence est devenue une mesure d'urgence dont la nécessité n'est plus contestable." Le Haut Comité fait de la simplification et de l'universalisation des droits sociaux un pré-requis essentiel à toute politique de lutte contre l'exclusion et recommande la mise en œuvre urgente d'une assurance médicale universelle sous simple condition de résidence.

La question posée au départ par le projet AMU se trouve maintenant inversée, il s'agit d'intégrer les populations qui ne possèdent pas de couverture, sans remettre en cause l'architecture des régimes.

Entretien fonctionnaire

"Avec le changement de gouvernement en 1997, je dirai que lorsque Martine Aubry a repris ce sujet, elle l'a fait en inversant l'ordre des facteurs. Le projet de l'Assurance Maladie Universelle est devenu Couverture Maladie Universelle ; on gardait "universelle". Avec l'AMU on maintenait la priorité sur l'Assurance maladie de base, même si on s'intéressait à la complémentaire. Avec la CMU, on englobait les deux. Avec le projet Aubry, ce qui était un peu accessoire dans la démarche initiale est devenu principal. Il y a un basculement."

Le 4 mars 1998, Martine Aubry annonce en Conseil des ministres la mise en place pour l'automne, non pas de l'AMU, mais de la CMU, Couverture Maladie Universelle, qui a les objectifs de l'AMU sans en avoir les modalités. Les régimes spéciaux restent maintenus. A ce stade, la CMU est ainsi présentée au Conseil des ministres :

"Seront accueillis automatiquement au régime général de la Sécurité sociale toutes les personnes et leurs familles qui ne relèvent d'aucun régime professionnel. Toutes les personnes disposant d'un revenu supérieur à un plafond resteront redevables d'une cotisation. Toute personne résidant régulièrement en France disposera, dès l'âge de 16 ans, d'une carte permanente d'assuré social. Il est prévu une affiliation de toute personne résidant en France avec une inscription automatique au régime des salariés pour les assurés non encore affiliés à un régime professionnel, ce dès l'âge de 16 ans." (Conseil des ministres du 4 mars 1998 : *La Couverture Maladie Universelle, une véritable égalité d'accès à des soins de qualité*)

Dès lors, la nouvelle priorité consiste à définir un dispositif en faveur des plus défavorisés déjà annoncé dans la loi sur la lutte contre les exclusions et la pauvreté de 1998. C'est dans ce contexte que les associations humanitaires lancent un appel au gouvernement afin qu'il adopte une approche transversale et que la CFDT réclame, elle, la mise en place rapide de l'assurance maladie universelle.

Le projet d'une couverture complémentaire pour les plus démunis va prendre progressivement forme. Les constats récurrents sont admis, les insuffisances des procédures mises en place depuis la réforme de l'aide médicale de 1992, l'explosion de la pauvreté s'accompagnant d'un phénomène de renonciation aux soins pour les personnes en situation d'exclusion en marge du système. L'idée d'une complémentaire gratuite pour ces personnes semble alors de nature à résoudre une question qui jusque là n'avait pas trouvé de solution.

Des notes administratives sont produites dans cette direction notamment celle du 20 mars 1998 adressée au directeur de Cabinet de Martine Aubry venant de la Direction de

la Sécurité sociale. Son objet concerne la garantie d'une protection complémentaire santé pour les ménages les plus modestes²⁶.

L'enquête du CREDES²⁷ sert de référence pour l'établissement de cette position politique qui précède la CMU. Cela sera d'ailleurs le cas tout au long des débats parlementaires qui auront lieu aussi bien lors du vote de la loi de lutte contre les exclusions que lors de ceux de la CMU.

Lors de l'exposé des motifs de la loi sur les exclusions du 29 juillet 1998, Martine Aubry annonce le projet de loi sur la couverture maladie universelle et argumente ainsi :

"En effet on assiste au développement de plusieurs phénomènes qui se cumulent, de manière assez surprenante, voire paradoxale. L'inégalité dans l'accès aux soins s'est aggravée au cours des années quatre-vingts, alors que la progression du niveau de couverture d'Assurance maladie de la population progressait sensiblement sur la même période. Une récente enquête du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) démontre par ailleurs qu'un quart des Français renonce régulièrement à des soins de santé pour des motifs financiers.

S'agissant de l'Assurance maladie auprès des régimes de base, on estime à 800.000 le nombre de personnes dépourvues de couverture mais qui peuvent bénéficier d'une assurance personnelle et voire leurs cotisations prises en charge par l'État ou l'aide sociale des départements. Parmi ces personnes, 100 à 200.000 n'ont aucun droit, par méconnaissance de leurs droits ou en raison de la complexité des procédures.

Le deuxième phénomène, concerne le renoncement croissant d'un certain nombre de personnes à certains soins, en dépit de l'affiliation à un régime d'Assurance maladie de base. Celle-ci laisse en effet 30 % des dépenses de santé en moyenne à la charge des ménages. Se pose donc le problème des couvertures complémentaires dont sont dépourvues, pour des raisons évidentes de coût, de nombreuses personnes démunies. Une étude de l'INSEE en juillet 1995 indiquait ainsi que 16,4 % des personnes couvertes par la Sécurité sociale ne sont pas affiliées à un régime complémentaire. En nombre, ce pourcentage semble peu élevé mais il représente près de 2,3 millions de personnes, qui forment une "minorité résiduelle mais persistante", dont plus d'un tiers est constitué de ménages ayant un revenu inférieur à 2.700 F par unité de consommation, ou 5.900 F pour un couple avec enfant. Ce pourcentage, il faut le noter, était égal à 25 % au début des années quatre-vingt, ce qui témoigne de l'aggravation de la situation des personnes les plus démunies. Il en résulte des inégalités croissantes pour les soins les plus chers ou les plus mal couverts, tels que la dentisterie ou la lunetterie, alors que leur carence est une source supplémentaire de difficultés."

²⁶ Cette note propose deux catégories de dispositifs :

- Faire prendre en charge directement par les caisses d'assurance maladie les dépenses restant à la charge des ménages visés avec un financement distinct, une prestation distincte pour éviter la critique de modulation du ticket modérateur en fonction des ressources ; un dispositif de type "Prestation solidarité Santé (PSS).
- Mettre en place une aide financière personnalisée facilitant l'accès de tous à une couverture complémentaire santé de droit commun (contrat individuel auprès d'un organisme assureur, quel qu'en soit le statut ; un dispositif de type "Aide personnalisée à la Complémentaire Santé (APCS).

²⁷ La méthode utilisée est par ailleurs contestée par certains. En effet, il s'agit d'une enquête téléphonique, sur un faible échantillon, où il y a confusion entre revenu fiscal ou salarial et revenu calculé au sens du RMI (Délégation interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion, octobre 1998), ou encore entre les différentes catégories de soins dentaires (source : entretiens).

Dans la continuité de cette déclaration, Lionel Jospin officialise par une lettre de mission adressée à J-C. Boulard²⁸ le 2 juin 1998, le début du processus de concertation sur le nouveau projet qui commence par l'audition des différents acteurs concernés par le champ de la complémentaire et de l'Assurance maladie ainsi que ceux des mouvements associatifs humanitaires.

Des témoignages de fonctionnaires :

Un premier témoin :

"Martine Aubry avait ses exigences, un projet qui reçoive l'aval du monde associatif quitte à déplaire aux assureurs et aux politiques. C'est une conduite parfaitement compréhensible, cohérente. Le projet a été repositionné politiquement et re-hiérarchisé par Martine Aubry. Tout en conservant le vote des lois de financement au Parlement, le financement par les impôts et aussi le premier volet, dans la loi CMU, il y a des dispositions sur l'ouverture de droit résiduel sous condition de résidence. On conserve la partie ouverture des droits sous condition de résidence à l'Assurance maladie de base. Mais, en même temps, l'accent, le zoom est mis sur la couverture maladie universelle complémentaire. C'est clairement un repositionnement politique."

Un deuxième témoin :

"Il y a des règles de droit complexes. Ce que j'ai essayé de dire au cabinet qui arrivait : certes il faut simplifier les règles de droit et pourquoi pas aller vers un accès à l'Assurance maladie de base sur simple condition de résidence. Il n'y a pas besoin de bousculer les institutions administratives pour cela, je vous déconseille vivement de le faire. On peut très bien changer les règles de droit sans faire cette transformation administrative qui elle, va être très complexe. En revanche, si vous avez un sujet à traiter qui n'avait pas du tout été abordé par le plan Juppé, c'est la complémentaire. C'est bien là qu'est le problème de l'accès aux soins. Il n'est pas dans la réorganisation administrative de l'Assurance maladie de base. Donc, saisissez-vous de ce sujet et là vous pourrez avoir un plus sans être dans le cas de reprendre le plan Juppé. Il voyait bien aussi qu'il leur fallait un autre angle d'attaque."

Un troisième témoin :

"Au départ du projet AMU, l'idée était l'accès aux soins aux plus démunis et non pas d'une sécurité sociale pour les pauvres mais de rester dans un système de solidarité pour tous en revenant aux fondements de la Sécurité sociale. Le projet était contre l'idée de l'entrée des assureurs privés, car c'est une ouverture à la privatisation."

Un quatrième témoin :

"Ce qui commence à se dessiner autour de 1995, c'est que tous les individus qui bénéficient du régime obligatoire n'accèdent pas obligatoirement à des soins parce qu'ils n'ont pas les moyens de se payer leurs propres soins. Si vous êtes très pauvre, vous avez accès à l'aide médicale gratuite. Si vous êtes smicard, et que vous avez deux enfants, vous touchez moins du quotient familial que le RMiste tout seul, par contre vous avez moins d'aide. Et les gens n'ont pas les moyens de se payer des complémentaires. C'est cela qui amène en réalité les premières réflexions de Fragonard avec l'AMU puis avec la CMU. On est bien sur l'accès aux soins et beaucoup plus sur un régime complémentaire."

Un cinquième témoin :

"Cela a duré aussi longtemps parce que le vrai problème de l'accès aux soins n'était pas du fait du régime de base puisqu'il était de fait universel. C'était du fait de la complémentaire. Les

²⁸ J-C. Boulard, député PS de la Sarthe, a déjà travaillé avec Martine Aubry notamment sur le dispositif des emplois jeunes.

discussions ont été très longues car les aspects financiers sont très importants. Ils sont importants pour la solvabilisation des gens."

Le constat renouvelé concernant les freins à l'accès aux soins dus en partie à l'absence de couverture complémentaire se trouve associé à celui des inégalités de cet accès sur l'ensemble du territoire pour les plus démunis.

" Le point de départ a été l'aide médicale, avec les règles dans chaque département qui n'étaient pas les mêmes. Les appréciations étaient différentes. C'était l'idée que par rapport à un droit, on avait une mosaïque départementale des droits aussi bien dans les barèmes que dans les types et conditions de prise en charge. On avait un système désuet. L'objectif était de monter un système d'accès aux droits ayant une portée nationale. C'est une loi de recentralisation. La Nation, le territoire national, est un lieu de cohésion nationale, qui n'accepte pas les différences qui seraient des discriminations ou des inégalités." (entretien)

Avec une inscription dans la loi contre les exclusions

Lors de la discussion générale à l'Assemblée nationale²⁹ concernant la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté³⁰, Martine Aubry inscrit la CMU dans la continuité de l'effort ["accompli depuis plus d'un siècle pour venir en aide aux plus démunis".] ou encore :

"La CMU naît enfin aujourd'hui - du moins si vous en décidez ainsi - et va plus loin, je crois qu'il faut le dire, que le projet du précédent gouvernement d'instaurer l'Assurance maladie universelle. Celle-ci allait dans le bon sens, puisqu'il s'agissait d'intégrer dans le champ de la Sécurité sociale, en leur donnant une carte de Sécurité sociale, quelque 150.000 à 200.000 personnes qui n'y avaient pas encore accès.

Nous reprenons cette idée, bien évidemment, en en faisant le premier étage de la couverture maladie universelle. Car, je crois l'avoir montré à travers les chiffres que j'ai cités, nous ne pouvons pas nous arrêter là. C'est bien, en effet, grâce à la couverture complémentaire - qui concerne aujourd'hui 85 % des Français, qu'ils adhèrent à une société d'assurance, à une mutuelle ou à une institution de prévoyance -, c'est grâce à cette couverture complémentaire, donc, que le forfait hospitalier et le ticket modérateur sont pris en charge, et que l'on peut donc réellement se faire soigner. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a souhaité franchir cette étape supplémentaire, et décisive, vers un accès effectif aux soins pour tous."

²⁹ 2^{ème} séance du 27 avril 1998.

³⁰ Deux majorités successives ont déposé, à un an d'intervalle, deux projets de loi voisins comportant, dans leur article premier, une formule identique : la lutte contre les exclusions est « un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains ». Le 27 septembre 1996, un avant-projet de loi est déposé devant le Conseil économique et social par le gouvernement Juppé : le projet de loi de renforcement de la cohésion sociale. Ce premier texte est déposé par Jacques Barrot et Xavier Emmanuelli. Il vise non pas à créer un « droit des exclus », mais à organiser au contraire « l'accès de tous aux droits afin de garantir une égalité réelle des chances » comme l'avait souhaité Mme Geneviève de Gaulle-Anthonioz (Rapport sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté), présidente d'ATD-Quart monde. Le débat sur ce premier projet est interrompu en raison de la dissolution du 21 avril 1997. Le deuxième projet de loi d'orientation relatif à la lutte contre les exclusions est présenté par Martine Aubry, ministre des Affaires sociales et de la solidarité du gouvernement Jospin, où elle précise que la prévention et la réparation de l'exclusion et de la pauvreté ne sont pas du seul ressort des systèmes de prestations sociales.

De même, J-C. Boulard rapporteur à la Commission spéciale de l'Assemblée nationale lors de la 3^{ème} séance du 27 avril 1998 déclare, reprenant les arguments chiffrés de la Ministre :

"Chers collègues de l'opposition, j'ai peur que vous ne laissiez passer cette occasion de clore un siècle de législation sociale par cette grande loi de solidarité. Cette loi touche aux deux niveaux de la protection maladie, la base et les complémentaires. Je ne m'étendrai pas sur ce dispositif, que Mme la ministre a présenté tout à l'heure avec talent. Je dirai cependant quelques mots pour indiquer la différence entre l'Assurance maladie universelle et la couverture maladie universelle.

On a beaucoup parlé de l'AMU dans les rangs de l'opposition. Or le dossier était presque vide : l'AMU en était restée au stade des discours. Il y avait à cela une raison très simple, un préalable : l'harmonisation des régimes d'Assurance maladie, sujet compliqué qui présentait en outre le risque de mettre en cause l'autonomie de ces régimes à laquelle les partenaires sociaux étaient très attachés. C'est pourquoi la démarche d'extension, qui est celle de la couverture maladie universelle, apparaît objectivement plus pertinente et plus opératoire que la démarche de substitution, qui était celle de l'AMU.

Mme la ministre a rappelé les trois principes sur lesquels se fonde la couverture maladie universelle de base : l'universalité, grâce au critère de résidence et au critère professionnel, l'immédiateté du droit et, il faut le souligner, la continuité du droit. On ne constatera plus de rupture de droit en cas de changement de régime, comme c'est le cas aujourd'hui, et il y aura également déconnexion entre le paiement de la cotisation et l'obtention du droit, sauf, comme le prévoit un amendement, dans les cas de mauvaise foi, c'est-à-dire de refus de payer. La déconnexion est en effet fondée sur l'idée selon laquelle la difficulté à verser une cotisation ne doit pas conduire à la privation d'un droit.

Au bout du compte, 800.000 personnes sont concernées par cette extension, parmi lesquelles 150.000 n'avaient jusqu'à présent aucun droit et 550.000 n'accédaient à un droit que par l'intermédiaire de l'assurance personnelle.

Il faut saluer cette extension à tous de la Sécurité sociale. C'était déjà une idée de ses fondateurs, en 1945. Il a fallu un demi-siècle pour achever le processus. Cela mériterait d'être salué et, peut-être, d'entraîner un vote unanime. Le principe de l'extension de la Sécurité sociale de base à tous les résidents en situation régulière me semblait en effet emporter, au sein de cette assemblée, un large accord.

Cela étant, l'extension des régimes de base, et notamment du régime général, ne suffit pas. Et c'est pourquoi l'AMU, si elle avait existé, eût été insuffisante. Car, pour pouvoir se soigner, il ne suffit pas d'avoir, comme on dit, « sa » Sécurité sociale. En effet, vous le savez, au fil des années, le ticket modérateur - qui, entre parenthèses, n'a jamais rien modéré - s'est transformé en ticket d'exclusion, et l'on a abouti à ce paradoxe : dès lors qu'on n'avait pas de couverture complémentaire - comme 15 % de la population -, on était privé de la possibilité de jouir de ses droits ouverts par le régime de base. Pour assurer l'accès aux soins, il fallait donc également traiter de l'extension de la couverture complémentaire."

Ces débats se poursuivront lors des travaux parlementaires dans le cadre du vote de la loi CMU un an plus tard.

Pour rappel, l'article 1^{er} de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté affirme, que ["la présente loi tend à garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, des droits civiques."]

Cet article³¹ reprend les principes inscrits dans le préambule de la Constitution de 1946 tout en ajoutant l'effectivité, c'est-à-dire un critère qui a mis des décennies pour être reconnu (M. Borgetto, 2002). Cette question de l'effectivité des droits est couplée avec celle de la rigidité des dispositifs législatifs et administratifs dénoncée dans de nombreux rapports, en relation avec la perspective de la simplification des procédures administratives. En fait, début des années quatre-vingt-dix, tous les grands rapports d'évaluation dénoncent en effet la persistance du phénomène de l'exclusion en dépit de la reprise économique ainsi que, au-delà, la contribution des dysfonctionnements administratifs à ce phénomène.

Il est à remarquer que l'article 36 traitant du caractère prioritaire de la politique d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies fera l'objet de débats à l'Assemblée et au Sénat : ["Cet article, dépourvu de portée normative, a pour objet, dans son premier alinéa, de reconnaître comme objectif prioritaire de la politique de santé l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies."]

Le Sénat en première lecture introduit deux articles additionnels : l'article 36.A fixant au 1^{er} janvier 1999 la mise en place de la couverture maladie universelle et l'article 39 bis transférant à l'État la totalité des compétences sanitaires confiées par les lois de décentralisation aux départements, à l'exclusion de la protection maternelle et infantile. Le rapporteur de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale, propose en deuxième lecture, la suppression de cet article qui constitue une injonction au Gouvernement : ["Le rapporteur a considéré que l'injonction au Gouvernement contenue dans cet article était inutile, dans la mesure où le Gouvernement s'est engagé à présenter le projet de loi sur la couverture maladie universelle (CMU) à l'automne prochain et où le rapport confié sur ce sujet à M. Jean-Claude Boulard, parlementaire en mission auprès de Mme Martine Aubry, sera prochainement rendu public.]"

Dès lors les trois piliers de la loi CMU sont posés. En premier, une assurance de base automatique pour tout résident ; en deuxième, une couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis ; et en troisième, une dispense d'avance de frais pour ces populations.

³¹ Le titre premier du texte de loi concerne les dispositifs d'accès aux droits (emploi, logement, santé, exercice de la citoyenneté) ; le second est relatif à la « prévention des exclusions » (traitement du surendettement, saisies immobilières et interdictions bancaires, maintien dans le logement, moyens d'existence et droit à l'éducation et à la culture) ; le troisième concerne les institutions sociales (centres de formation au travail social, structures d'urgence sociale, création d'un observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale...).

L'objectif de créer une complémentaire gratuite pour les plus démunis participe des orientations politiques du moment. La prochaine phase du processus consistera à déterminer pour qui, sous quelles conditions et qui va en assurer la gestion, avec quels financements. Du concept de l'AMU reste le titre I de la loi CMU, le U de l'universalité commun aux deux dispositifs.

On en trouve des illustrations dans les extraits des entretiens suivants :

Le témoignage d'un fonctionnaire :

" L'idée de la dissolution va rouvrir le jeu, l'AMU est une démarche relativement corsetée, intellectuellement très cohérente. De grands principes, la résidence, etc., il y a un côté prémisses, conclusion. Les débats sur l'exclusion vont ouvrir le jeu et créer un processus et on va arriver au même résultat.

C'est une sorte d'éloge du pragmatisme qui n'est pas véritablement une caractéristique de l'État français. On va arriver à faire la même chose mais dans le désordre. On peut dire à la limite que la démarche AMU va permettre en quelque sorte de sanctifier, d'arrêter les évolutions souhaitables, on voit bien qu'il faut un critère de résidence, que l'on ne peut plus demander aux gens une affiliation contre des cotisations. Alors que par définition, s'ils ne cotisent pas, c'est qu'ils ne gagnent pas d'argent. Il faut un critère simple d'accès, qu'il soit immédiat, que l'on ne se pose pas de question, avec même ce côté présomption. On est d'abord au régime général et on voit après ce qu'il faut ré attribuer. On ne peut pas sortir d'un régime sans en gagner un autre et quand on se présente à un guichet d'Assurance maladie, en disant : je n'ai pas de régime mais je le demande au titre du critère de résidence. Le droit est automatique et après on le recadre dans un régime. Cela est acquis. Le financement de la maladie par la CSG parce que cela touche beaucoup de non travailleurs est acquis, tout cela est acquis avec la CMU. Et puis l'AMU, ne va pas se mettre en place pour cause de dissolution. Sans pouvoir le dire parce que l'on est contre le plan Juppé par principe, le critère de résidence n'est pas mis en avant mais joue en accessoire tel un joker, cela revient à peu près au même. C'est intéressant à noter."

Un autre témoignage de fonctionnaire :

"Maintenant quand on parle de la CMU, tout le monde parle de la CMU complémentaire. On peut présenter la CMU comme une nationalisation de l'aide médicale. C'est un phénomène de recentralisation."

Ou encore :

"La CMU est-elle une réforme de gauche ou la résultante de mouvements antérieurs ? Martine Aubry a positionné très social, donc très à gauche, c'est son travail. Elle a fait le choix de faire un projet tourné, répondant aux attentes des exclus et de leurs représentants. C'était un vrai choix politique, au sens premier du terme. C'était dans le prolongement de la loi sur la lutte contre les exclusions. La CMU, n'est pas une loi de portée générale, c'est un dispositif juridique et financier au nom d'un principe. Elle est dans cette trajectoire. Lorsqu'elle avait des arbitrages à rendre, elle avait tendance plutôt à aller droit aux souhaits du monde associatif. C'était sa ligne politique. Cela a le mérite de donner une colonne vertébrale. Ce qui a donné une coloration particulière à un projet qui a une histoire mais pour le reste, ce n'est pas un projet qui est né de rien. Ce projet a été finalisé dans un contexte."

Et un dernier témoignage :

"Personne ne se préoccupe vraiment de comparer les taux contributifs des différentes catégories sociales, qui sont très dispersés mais qui sont aussi très opaques, au delà des trois points de vue qui sont un peu caricaturaux. On est dans un système complètement inégal mais complètement opaque. Question : qui a intérêt à le réformer ? La réponse du politique, c'est : personne ne s'en aperçoit alors arrêtez. Je caricature mais en gros, le débat AMU, CMU s'est cela. Il ne peut y avoir

de réformes s'il n'y a pas de forces sociales porteuses de cette réforme. Il ne peut y avoir de réformes juste par goût du jardin à la française des administrateurs. C'est pour cela que cette réforme est intéressante du point de vue des sciences politiques."

Les volets du dispositif CMU

Le critère de résidence pour le régime de base

La CMU est attribuée aux personnes résidant en France de façon stable (c'est-à-dire au minimum depuis plus de trois mois) et régulière (au regard de leur situation administrative).

L'aide médicale départementale et l'assurance personnelle sont supprimées

Le critère de ressources pour la CMU complémentaire

La CMU complémentaire remplace l'aide médicale et fournit sous condition de ressources, une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière.

Elle est ouverte aux personnes dont les ressources des douze mois précédents sont inférieures à 6.402, 86 euros³². Ce plafond varie en fonction de la composition de la famille. L'ensemble des ressources des personnes du foyer est pris en compte : revenus du travail, du capital, prestations sociales, pensions reçues y compris les avantages en nature procurés par un logement.

Elle prend en charge, avec dispense d'avance de frais, le ticket modérateur, le forfait journalier et certains frais supplémentaires (prothèses dentaires, orthopédie dento-faciale, lunettes...).

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'Assurance maladie. Au choix du demandeur, les prestations pourront être gérées par la caisse ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institut de prévoyance) inscrit sur une liste.

Les organismes d'assurance complémentaire participent au financement de la CMU complémentaire en calculant sur leur chiffre d'affaires santé une contribution au taux de 1,75 %.

L'aide médicale d'État résiduelle pour les sans-papiers.

La CMU complémentaire succède à l'aide médicale, elle transfère la responsabilité de l'instruction des dossiers et de l'attribution de l'aide, qui dépendait des services sociaux des collectivités territoriales, aux caisses d'Assurance maladie.

L'aide médicale d'État subsiste cependant de façon résiduelle, pour les personnes ne pouvant remplir les conditions de régularité de résidence en France.

³² Décret n°99-1006 du 1^{er} décembre 1999 relatif à la détermination du plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (JO du 2 décembre 1999) : "la plafond annuel prévue à l'article L.861-1 est fixé à 42.000 F pour une personne seule au 1^{er} janvier 2000". En février 2004, ce plafond est de 6.798 euros.

II. Les forces sociales et l'architecture de la CMU complémentaire

1. LES POSITIONS DES DIFFERENTES FORCES SOCIALES LORS DE LA PHASE DU RAPPORT BOULARD

Les opposants au projet de l'AMU sont favorables à l'annonce de celui de la CMU bien que les modalités d'application restent à définir. Dans la mission de concertation confié à J-C. Boulard le 2 juin 1998, le Premier ministre précise qu'il souhaite que s'engage ["une concertation approfondie avec l'ensemble des acteurs concernés : associations, Conseils Généraux, organismes de Sécurité sociale, partenaires sociaux, institutions mutualistes, organismes d'assurance."]. Le dépôt du projet de loi est prévu pour l'automne 1998, en même temps que la discussion autour du projet de loi de financements de la Sécurité sociale pour l'année 1999, avec une mise en œuvre le 1^{er} janvier 1999. J-C. Boulard, qui ne trouve pas cette date réaliste, vise plutôt sur le 1^{er} janvier 2000.

Le travail des auditions en vue de la préparation du rapport Boulard commence alors et se déroule en même temps que les débats parlementaires et la préparation des décrets d'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté³³.

De même, rappelons que les trois derniers alinéas de l'article premier du projet de la loi de lutte contre les exclusions organisent la mise en œuvre de ces principes en énumérant les différents acteurs concernés. À l'initiative de la commission spéciale, une

³³ Et des débats sur la loi sur les 35 heures.

distinction a en effet été opérée entre les acteurs de la société qui ["participent à la mise en oeuvre des principes"] de l'accès aux droits de tous et ceux qui ["concourent à ces objectifs"]. La première catégorie concerne l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, les organismes de Sécurité sociale, ainsi que les institutions sociales et médico-sociales. Parmi les établissements publics, l'Assemblée nationale a tenu à ce qu'une mention particulière soit faite aux centres communaux d'action sociale. La deuxième catégorie concerne les entreprises, l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire, les organismes de prévoyance, les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens. Nous pouvons noter la faible présence des professionnels de la santé dans la concertation (nous y reviendrons dans la partie traitant de la définition du "panier de soins").

Les associations de lutte contre les exclusions

Dans les années quatre-vingt, une nouvelle génération d'associations³⁴ apparaît notamment avec Les Restaurants du cœur, SOS racisme, Act-up... Elle se caractérise par des prises de position fortement médiatisées, relayées par des personnalités politiques et du "*show-business*". Ces associations³⁵ vont contribuer aux débats sur la pauvreté et l'exclusion. Médecins sans frontières ainsi que Médecins du Monde révèlent les failles du système français d'accès aux soins. Les associations mobilisent la presse, les pouvoirs publics et les parlementaires. L'association "Droits ouverts" interpelle les pouvoirs publics et revendique un modèle d'accès aux soins universel et individuel. Un collectif de 35 associations est créé, Action pour le droit des malades étrangers en France (ADMEDF).

³⁴ Cf. aussi SALAS D., La nouvelle demande de justice, chapitre IV de l'ouvrage *Le tiers pouvoir vers une autre justice*, repris dans Mission Prospective, série société, n°60, pp. 25-38, 1998.

³⁵ Cette nouvelle génération d'associations agit et combat pour l'effectivité des droits-créances. Elles sont spécialisées dans les nouvelles luttes sociales et conflits du travail, notamment le Mouvement national des chômeurs et des précaires, l'APEIS, 4x8, AC! (Agir ensemble contre le chômage) et Droit au logement (DAL). AC ! réclame un SMIC garanti dès 16 ans et un revenu minimum universel de 6.000 francs alloué, de manière individuelle et inconditionnelle. Les 180 collectifs d'AC ! adhèrent en 1998 à une charte commune. Des associations spécialisées se portent caution pour des baux qui solvabilisent les ménages. Des agences immobilières à vocation sociale (AIVS) apportent des garanties financières dans le parc privé. L'association DAL vise à l'effectivité de la loi de réquisition sur les logements vacants de 1945 rarement appliquée (action parfois critiquée au sein du milieu associatif). ATD Quart monde, de son côté, contribue à faire émerger des revendications collectives de lutte contre les exclusions. Des débats existent au sein même des associations. Certaines d'entre elles, qui militent pour des droits spécifiques, reprochent à d'autres d'être de « simples gestionnaires exécutants des politiques publiques ».

Dès 1986, Médecins du Monde³⁶ et Médecins sans Frontières ouvrent des centres d'accueil³⁷ pour les populations exclues, sans domicile fixe en France. Ces associations lancent avec ATD-Quart-Monde le débat de l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies.

En 1994, le Premier ministre, Édouard Balladur, propose d'octroyer le label « grande cause nationale » conjointement à trente associations³⁸ à vocation sociale, caritative et humanitaire. Elles se sont tournées vers l'UNIOPSS du fait de l'expérience de dix ans de coopération et de partenariat avec la plupart des entités concernées. Les associations proposent alors la Commission nationale de lutte contre l'exclusion et la pauvreté de l'UNIOPSS pour se regrouper et obtenir le label. La proposition est acceptée par le Premier ministre. Cependant, cette Commission comme l'UNIOPSS n'est pas connue du grand public. Il est alors décidé de trouver un logo commun de communication. Ce sera Alerte.

Quelques années plus tôt, en 1992, le bureau du Conseil économique et social avait déjà demandé à Geneviève de Gaulle (présidente d'ATD-Quart monde) de préparer un rapport sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté. Cette responsable associative met en avant une approche en termes de citoyenneté et non d'assistance : ["plutôt que d'envisager un traitement particulier des populations pauvres, affirme-t-elle, il convient de prendre en compte leur situation dans les politiques générales et de veiller à rendre cette situation compatible avec l'accès aux droits ouverts à tous"]. Une première évaluation des politiques publiques contre la pauvreté est réalisée en 1995. La même année, les quatre principaux candidats (de droite et de gauche) à l'élection présidentielle s'engagent à voter une loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Un projet de loi est rédigé avec le Conseil économique et social dans la ligne des rapports de Joseph

³⁶ Le premier centre de soins gratuits pour les exclus est créé à Paris par Médecins du Monde dans le cadre de ses missions de France en 1986. L'association compte plus d'une trentaine de centres couvrant la quasi-totalité du territoire français. Ces centres s'accompagnent de 90 programmes de réduction des risques et d'actions directes en faveur des populations concernées le passage de bus. Elle comprend plus de deux mille bénévoles qui touchent plus de 100.000 dossiers d'aide médicale.

³⁷ D'autres organisations non gouvernementales sont également très actives, citons notamment le Secours Catholique, la Croix-Rouge ou le Secours Populaire ainsi que le SAMU social. La liste n'est pas exhaustive.

³⁸ ADIE, Armée du Salut, Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, Association Setton, ATD Quart Monde, COORACE, Croix Rouge Française, Emmaüs France, Entraide Protestante, Fédération Nationale des Associations Familiales Rurales, Fédération des Equipes Saint-Vincent, Fédération Française des Banques alimentaires, Fédération Relais, FNAFAD, FNARS, FNAFMA, Fonds Social Juif Unifié, France Terre d'Asile, les Petits Frères des Pauvres, Médecins du Monde, Re ME DE, Secours Catholique, Secours Populaire Français, Société Saint-Vincent de Paul, Solidarités Nouvelles face au chômage, UFCS, Union nationale ADDDMR, UNAF0, UNISAT.

Wresinski³⁹ et se trouve renforcé par une intervention de Madame de Gaulle devant l'Assemblée Nationale le 18 mars 1998, puis lors des auditions de la Commission spéciale dans le cadre de la CMU⁴⁰.

Les associations humanitaires, actives sur le terrain, militantes, font remonter leurs expériences au cabinet. Elles restent fortement présentes tout au long du processus, jusqu'à l'élaboration des décrets d'application et des modalités de mise en œuvre.

Des témoignages :

Un extrait d'entretien :

"Les associations tenaient au projet et allaient toutes dans le même sens. Il n'y avait pas de véritables oppositions sur le principe mais sur des modalités et sur la manière plus ou moins offensive de traiter avec les autres groupes. On avait un collectif d'associations qui poussait fortement, qui ne nous passait rien. On se battait, on passait des arbitrages terribles, avec des enjeux de principes considérables, des sommes. On obtenait 80 % et elles nous disent qu'elles voulaient 85 % avec des déclarations très dures.

Les associations ont été déterminantes, plus à mon avis après l'adoption de la loi qu'avant. Quand il y a un système associatif fort, mobilisé, c'est là qu'il est le plus puissant parce qu'il arrive à entrer dans les questions très concrètes où le politique a moins de prise. Étant donné les enjeux professionnels, les lobbies, on entre dans des choses qui sont plus de l'ordre de leur maîtrise. Ce n'est pas simplement de voter un texte mais aussi de rentrer dans des questions très techniques, très économiques et là s'il n'y a pas de contre-pouvoirs associatifs, la balance est un peu faussée."

Un extrait d'un autre entretien :

"Le rôle des associations a été déterminant. Les associations ont mené une pression constante et permanente sur le cabinet. Jusqu'à la loi, jusqu'à la conception, les associations ont toujours été présentes mais elles l'ont été encore plus après. Si les associations se retirent au moment d'entrer dans le détail, de prévoir les décrets, les arrêtés, les circulaires, de mener les négociations avec les mutuelles et les assurances ainsi qu'avec les professionnels de santé, les membres du cabinet peuvent se sentir seuls à porter le dossier."

³⁹ En 1978, la section des affaires sociales du Conseil économique et social adopte le rapport du Professeur Henri Péquignot sur la grande pauvreté qui préconise un renforcement des politiques sociales et sectorielles en ce domaine. Il est suivi près de dix ans plus tard, en 1987, du rapport du Père Joseph Wresinski (qui a lancé le mouvement ATD-Quart monde en 1957). Ce rapport ainsi que les nombreuses initiatives prises par les collectivités locales sur le terrain aboutiront à la mise en place de la loi du 31 décembre 1988 sur le revenu minimum d'insertion et de la loi du 31 mai 1990 à la mise en œuvre du droit au logement. Ce rapport constate : « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de ré-assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». Ce rapport concluait à la nécessité d'une loi d'orientation prenant en compte l'ensemble des dispositifs pour garantir les droits des populations concernées.

⁴⁰ D'autres associations seront également auditionnées dont l'UNIOPSS, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières.

Lors des réunions avec le Cabinet, les associations confrontaient les dispositions prévues aux cas qu'elles rencontraient. Elles ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur les questions pratiques, de terrain, sur les formulaires et divers imprimés, sur la simplification et la qualité des procédures en insistant sur le besoin de rapidité et d'immédiateté de l'accès aux soins. Si au départ, les associations sont proches les unes des autres, nous verrons que par la suite des tensions vont apparaître. Certains disent que cela a été une tactique politique de la part de la ministre et de Maignon de soutenir les associations dans le débat contre certaines mutuelles afin de s'insérer entre ces dernières et la CNAMTS. Nous reviendrons sur cette phase dans le deuxième point de ce chapitre.

Les organismes complémentaires

Trois catégories d'organismes constituent le marché de l'assurance complémentaire : la mutualité, les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance. Toutes trois sont régies par un droit différent. Le Code de la mutualité est distinct de celui du Code des assurances même si les directives européennes les font maintenant converger. Les institutions de prévoyance relèvent du Code de la Sécurité sociale.

De même, leur position institutionnelle diverge. Les mutuelles, contrairement aux organismes relevant des assurances, siègent aux conseils d'administration des Caisses d'Assurance maladie et gèrent parfois par délégation les remboursements du régime obligatoire (mutuelles de fonctionnaires). Les groupements mutualistes, contrairement aux sociétés d'assurance, sont à but non lucratif et possèdent un statut juridique qui peut en fait recouvrir plusieurs structures correspondant à des activités différentes (la mutuelle, les caisses autonomes mutualistes, les services cliniques, pharmacies, etc.)⁴¹.

La mutualité est en plein débat sur la transposition de la directive⁴² sur les assurances et la frontière entre le métier d'assureur et le métier d'assurance obligatoire de la Sécurité sociale devient un enjeu sensible au moment de la préparation de la loi CMU.

⁴¹ DREES, Etudes et Résultats : Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001, n°299, mars 2004.

⁴² Le Premier ministre, Lionel Jospin, a confié à Michel Rocard une mission, d'une durée de six mois, sur la transposition dans le droit français des directives européennes sur les assurances, "visant à dégager les voies d'une solution respectueuse du droit communautaire et des intérêts de la Mutualité française." Les directives européennes d'assurances visent à aligner le fonctionnement des mutuelles sur celui des compagnies d'assurance, et aurait dû déjà s'appliquer depuis 1994. En juillet 1998, le commissaire européen chargé du marché unique et des services financiers a saisi la Cour de justice des Communautés européennes de Luxembourg (source : Liaisons sociales, jeudi 22 octobre 1998, documents n°102/98).

Les assureurs et les mutuelles se trouvent en concurrence sur le marché de la consommation médicale⁴³. En 1997, les premiers possèdent 3,1 % de part de marché (contre 1,9 en 1985) et les secondes, 7,1 (contre 5,1 en 1985).

Les assurances

◇ Le président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) à l'époque des auditions Boulard est Denis Kessler (qui deviendra par la suite vice-président du MEDEF⁴⁴). La FFSA propose, au député de la Sarthe, un mécanisme de solvabilisation des ménages les plus démunis pour aider au paiement de leur cotisation d'assurance complémentaire prenant la forme d'une aide personnalisée santé (APS). Cette APS serait dégressive et délivrée par les Caisses d'Allocations Familiales et permettrait ["le libre choix par les bénéficiaires de leur organisme assureur ainsi que du niveau de leur couverture complémentaire"]. Cette aide serait financée par un Fonds de Solidarité Santé alimenté pour moitié par dotations budgétaires, pour moitié par des contributions des organismes d'assurance complémentaire. Ce dispositif ne vaudrait que pour les personnes se situant entre le seuil d'une aide médicale maintenue et un seuil à fixer. Cette proposition est reliée à une baisse concomitante de la taxe d'assurance de 7 % à 5 % et à sa suppression progressive. Certains assureurs, notamment AXA dont le président, Claude Bébéar soumet un projet comprenant un encadrement étatique de l'offre complémentaire destiné à garantir un contenu minimal au contrat proposé aux CMUistes. Il est favorable à une santé libérale et propose d'expérimenter une formule de reprise de la gestion de l'aide médicale d'un département ou de gérer l'ensemble de l'assurance-maladie (base et complémentaire) d'une population ciblée, comme le font les mutuelles de la fonction publique. La FFSA acceptera de s'impliquer financièrement dans le dispositif CMU.

⁴³ La Sécurité sociale finance près des trois quarts de la consommation médicale (75,5 % en 1985 contre 73,9 % en 1997).

⁴⁴ Les assureurs ont eu une plus grande visibilité politique par la place qu'ils ont occupée au MEDEF. Cela leur a permis de siéger au conseil d'administration de la CNAMTS en tant qu'organisation patronale. Les ordonnances Juppé ont également contribué à leur visibilité par le biais de la commission SOUBIE et des expérimentations de filières de soins (gestion proche des Health Maintenance Organisations). Par ailleurs, la place des sociétés d'assurance dans la couverture santé complémentaire a baissé de 1993 à 1996, passant de 28,3 % à 26,2 %.

Les mutuelles

Les mutuelles sont historiquement associées au mouvement ouvrier. La séparation du mouvement mutualiste en deux tendances, l'une prosocialiste et l'autre procommuniste, date du congrès de Tours en 1920. Le Front Populaire réunifiera les deux mouvements en même temps que pour la CGT et CGTU. Puis, avec la deuxième guerre mondiale, la Mutualité connaît une deuxième scission avec une branche qui participera à la Charte du Travail. A nouveau, le mouvement mutualiste se reconstruit sur une base unifiée pour se re-diviser en 1983 avec le départ des ministres communistes du gouvernement Mauroy. La mouvance communiste fait scission pour créer la Fédération des Mutuelles de France. Les deux principales composantes de la Mutualité sont la solidarité et la gestion. Le côté gestionnaire vient de la mouvance notabiliaire, et de la période pré-1945 où le mouvement mutualiste a en charge une grande partie des organismes de Sécurité sociale.

Au moment des auditions, la mutualité, qui domine le champ⁴⁵, est confrontée à un double enjeu :

- Le mouvement mutualiste assure 59,6 % de la couverture complémentaire en 1996.
- La Mutualité renforcerait ainsi sa place dans la lutte contre l'exclusion et l'éventuelle législation de transposition des directives assurantielles (et les conséquences fiscales) devrait tenir compte de cette nouvelle mission d'intérêt général (reconnue dans la loi de 1998⁴⁶).

Trois fédérations de mutuelles dominent le paysage français⁴⁷.

⁴⁵ D'après un sondage SOFRES réalisé en novembre 1997 pour le Secours populaire, 85 % des Français font confiance aux mutuelles pour que le plus grand nombre ait accès à des soins de qualité.

⁴⁶ La loi contre l'exclusion cite dans son article 1^{er} le mouvement mutualiste comme partenaire. "La participation à l'extension de la couverture complémentaire est l'occasion pour ce mouvement de réaffirmer sa spécificité et son originalité, c'est aussi son intérêt bien compris". "le législateur aurait l'occasion de confirmer que les mutuelles assument une mission d'intérêt général à travers leur contribution à la prise en charge d'une partie de la population fragilisée."

⁴⁷ Certaines mutuelles jouent localement un rôle dans l'accès aux soins pour les plus démunis. Les mutuelles de la MFP consacrent environ 800 millions de francs par an à la couverture gratuite de personnes (Rapport d'activité de la MFP, 1998). A Angers, la Mutualité de l'Anjou propose une couverture complémentaire pour une participation modique. Dans les Bouches du Rhône, les Mutuelles de Provence (adhérentes à la FNMF) mutualisent la population relevant de l'aide médicale.

◇ La FNMF domine le paysage mutualiste. Elle accueille des mutuelles très différentes à la fois par leur idéologie et leurs adhérents (CSP, nombre, zone géographique). La MGEN y participe.

Lors de la préparation du rapport Boulard, la FNMF mène une réflexion parallèle sur la couverture de référence. Déjà, fin février 1989, la Mutualité française lance une campagne sur le thème ["Votre santé n'est pas un commerce. Faites confiance à de vraies mutuelles"] afin de contrer les assureurs privés encouragés par certains syndicats médicaux.

Son président, J-P. Davant, exprime un avis favorable au projet d'une CMU complémentaire : ["Cette mesure va permettre à des centaines de milliers de personnes aujourd'hui exclues du système de santé, de faire valoir leurs droits et d'accéder plus facilement aux soins dont ils ont besoin. Cette réforme qui va dans le sens du renforcement de la cohésion sociale est également d'une haute portée symbolique au moment où certains prônent la privatisation de l'assurance maladie. La mutualité est prête à travailler très rapidement avec les pouvoirs publics, les collectivités locales, les professionnels de santé et les organismes de sécurité sociale afin de permettre aux personnes en difficulté d'avoir une couverture complémentaire santé et ainsi bénéficier de soins de qualité"] (La lettre de l'Économie sociale, 12-18 mars 1998)". Puis, les tensions vont naître avec le gouvernement.

◇ Daniel Le Scornet, président de la FMF (deuxième groupement mutualiste) propose à J-C. Boulard (par courrier du 5 mars 1998) une mise en place de la CMU par une augmentation pour tous de la couverture de base, [" Les économies ainsi réalisées par les complémentaires seraient affectées au financement d'une complémentaire gratuite en direction des personnes exclues ou fragilisées"].

La gestion des complémentaires pour la population CMU serait confiée uniquement aux mutuelles, ceci consoliderait l'originalité de la Mutualité et justifierait sa sortie des directives assurantielles. D. Le Scornet ["souhaite que le mouvement mutualiste français participe avec l'État et la Sécurité sociale à la mise en œuvre d'une aide légale à la mutualisation sous critères de ressources, permettant à chacun de devenir et de rester mutualiste, la mutualité serait définitivement et légalement du côté de l'intérêt général, des principes de solidarité, d'universalité et de Sécurité sociale qui, en droit européen, préservent de la concurrence commerciale"] (source : Boulard J-C., Pour une couverture Maladie Universelle, Rapport au Premier ministre, 1998).

Lors de la préparation du rapport Boulard, les Mutuelles de France (FMF) étudient un dispositif de couverture complémentaire pour les personnes à faible revenu. La FMF intégrera la FNMF récemment (2003).

◇ La FNIM (troisième fédération mutualiste), constitue la branche la plus libérale de la mutualité. Elle est créée depuis près d'une quinzaine d'années, regroupe une trentaine de structures de tailles diverses et protège environ 2,5 millions de personnes. Contrairement au reste de la Mutualité, elle ne souhaite pas exclure de la gestion de la CMU les assureurs commerciaux de la complémentaire. Elle marque une défiance plus forte quant à la participation des Caisses d'Assurance maladie à la complémentaire des bénéficiaires de la CMU.

Lors de l'assemblée générale du 9 juin 1998, la FNIM se prononce pour une participation du mouvement mutualiste à une couverture maladie universelle complémentaire par affectation de fonds libre. Elle souhaite que cette participation se réalise sous la forme d'une contribution libératoire comme en matière de taxe d'apprentissage.

Un de ses responsables nous précise que si la CMU ["est une avancée sociale, les mutuelles doivent y être associées par leur vocation historique, il existe également une double préoccupation : le politiquement correct et la visée commerciale."]

Les institutions de prévoyance

◇ La place des institutions de prévoyance dans le financement des dépenses de santé progresse entre 1993 et 1996, passant de 12,4 à 14, 2%. Leur rôle dans le domaine des soins dentaires, de lunetterie et d'orthopédie est important. Elles y assuraient respectivement 17 et 21 % du total des remboursements.

Ces couvertures collectives sont en général plus avantageuses que les couvertures individuelles, avec des primes moins élevées et des prestations plus larges (couverture plus étendue des frais dentaires et optiques, prise en charge de tout ou partie des dépassements des médecins conventionnés à honoraires libres). Il est vrai que seule la prévoyance bénéficie pour ses cotisations, d'un régime de défiscalisation.

Les responsables du secteur de la prévoyance sont ouverts à une participation, sous réserve qu'elle s'opère par extension de leur périmètre en direction des personnes en

CDD, des salariés à temps partiel, des salariés du secteur des PME et des personnes licenciées.

Le Centre technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) envisage une contribution de l'ordre de 2 % des encaissements, sous réserve de péréquation entre les acteurs et d'une stabilité de la contribution. Il préconise le recours à une formule "chèque santé", similaire aux chèques d'accompagnement personnalisé, dont le Parlement a voté le principe dans la loi sur l'exclusion.

Tableau 5 : les positions des organismes complémentaires avant la publication du rapport Boulard

<p>La FFSA est favorable à :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'aide personnalisée santé- L'allocation dégressive- L'attribution délivrée par les CAF- La création d'un fonds de solidarité santé- Au libre-choix du bénéficiaire et maintien de l'aide médicale avec la baisse de la taxe d'assurance. <p>La FNMF est notamment favorable à une gestion exclusive par les mutuelles (nous y reviendrons).</p> <p>La FMF est favorable :</p> <ul style="list-style-type: none">A une augmentation pour tous de la couverture de baseA l'affectation de l'économie réalisée par les organismes complémentaires au financement d'une CMU complémentaire pour les plus démunisA une gestion par les mutuellesA la création d'une mutualisation de solidaritéA une généralisation de la dispense de frais à l'ensemble des assurés sociaux <p>La FNIM est favorable à une gestion exclusive par les organismes complémentaires.</p>
--

Des témoignages du côté des mutuelles

Un extrait d'entretien :

" Les mutuelles sont sur l'assurance santé complémentaire, elles ne sont pas comme les assureurs qui sont aussi sur l'auto, l'habitation. Nous on n'a pas le choix, c'est notre devenir, on ne peut pas jouer avec cela. Les assureurs peuvent dire un jour oui, un jour non. Ils regardent, nous c'est notre destin de la mutualité depuis de longues années, historiquement, la première visée de la mutualité, c'était plutôt les obsèques, et puis la retraite, au XIX^{ème} siècle. Cela fait des décennies que c'est l'assurance complémentaires et pour longtemps, donc on ne peut pas jouer avec cela. Si on remonte le plafond, on est positionné en terme de marché dans les couches inférieures de la population par le revenu par rapport aux assureurs. Les assureurs couvrent plutôt les professions libérales, les gros contrats collectifs, les petits gens comme on disait autrefois, les petites villes, c'est la mutualité. Si on est dans un système de remontée inévitable d'effet de seuil, progressif, on est de plus en plus concerné. On est en quelque sorte étatisé. On est concerné aussi parce que ce sont des populations que l'on connaît.

Comme on joue un rôle social complémentaire de très long terme, il est plus astucieux pour le pouvoir politique de nous maintenir plutôt que de nous faire disparaître. Si un jour eux-mêmes n'arrivent plus à assumer, il n'y aura plus personne pour assumer le système.

La CMU pour nous est critiquable car elle crée des tensions, des rivalités là où il ne devrait pas y en avoir. Elle crée des tensions à l'intérieur de la classe pauvre, de la classe populaire avec l'effet de seuil. Elle crée des tensions entre les caisses d'Assurance maladie et les mutuelles. Cela a créé des tensions inutiles."

Lors d'un autre témoignage,

S'exprime l'idée que pour faire évoluer la Sécurité sociale cela passe par les marges. C'est par la complémentaire que le régime obligatoire peut bouger ainsi qu'une opinion défavorable à laisser l'État seul décideur.

"Si les individus n'ont pas accès à la complémentaire, ils n'ont pas accès au principal des soins. C'est par les complémentaires que l'on peut faire bouger le régime obligatoire. Et si la Sécurité sociale jouait son rôle, il ne devrait pas y avoir de mutualité. Ce sont les mutuelles qui ont amélioré les niveaux de Sécurité sociale.

Deux jours après le vote de la loi, j'ai fait des réunions avec toutes mes mutuelles, en leur disant il faut y aller à fond. C'est le rôle de la mutualité. Mais certains disaient que je faisais jouer à la mutualité le rôle de l'État. Mais pas du tout, puisque l'État ne le faisait pas, c'est autre chose que de prendre en charge ce que l'État faisait que de faire quelque chose qu'il ne faisait pas jusque là. Le rôle de la mutualité, c'est de mettre en place des systèmes solidarisés. Si ce n'est pas la mutualité qui les fait, vous laissez les personnes individuellement, vous allez à l'encontre du principe de la mutualité. On ne peut pas laisser le plus démuné, le plus pauvre seul. C'est pour cela que l'on pousse l'État, la Sécurité sociale à prendre des mesures. Un des principes de la mutualité c'est qu'elle peut mutualiser. Il y a un mouvement revendicatif mais aussi gestionnaire; une mutualité agissante pourrait mettre en place des systèmes. Il ne faut pas laisser l'État seul décideur."

Les acteurs au sein du système de l'Assurance maladie

Parmi les acteurs partie prenante au sein même de la gestion des caisses d'assurance maladie, les partenaires sociaux occupent une place historique. L'association des directeurs de caisse d'assurance maladie prendra des positions communes sur certains points. Sur d'autres, des divergences apparaîtront notamment sur la gestion de la CMU complémentaire par les caisses ou pas⁴⁸. Dans ce contexte, B. Fragonard, directeur de la CNAMTS, en désaccord avec le conseil d'administration de la caisse nationale où la majorité CFDT-CFTC-FNMF est favorable à l'intervention des organismes complémentaires. Il démissionne⁴⁹ le 2 juin 1998. Le président du conseil

⁴⁸ Certaines caisses ont mis en place, sous des dénominations et des configurations différentes, des cellules précarités dirigées vers les plus démunis. Ainsi, la caisse d'assurance maladie du Calvados a mis en place depuis 1988 la cellule d'intervention DETRES (Detection et Traitement de l'Exclusion Sociale) qui traite environ 4.000 dossiers par an. Cette cellule recherche les bénéficiaires potentiels, les informe de leurs droits et les accompagne dans leurs démarches. Les interventions consistent en l'assistance à l'établissement des droits auprès d'autres organismes ; l'accompagnement vers le système de soins ; la formation auprès notamment de stagiaires en réinsertion ; un numéro vert à la disposition de tous les intéressés.

De même, le service Solidarité Assurance Santé (SAS) de la CPAM de Saint Etienne permet un traitement global des problèmes et une affiliation immédiate à l'assurance personnelle en cas d'urgence. Ou encore, Marseille où s'est créé un double niveau d'intervention avec d'une part une mission d'insertion sociale (SMIS) centralisée ayant en charge la gestion des dossiers AME et de multiples actions de communication en direction des institutionnels et des associatifs. D'autre part, un réseau d'une centaine de délégués conseils réalisant un maillage du département par leurs interventions au cœur des zones d'habitation.

⁴⁹ Le Conseil des ministres du 29 juillet nomme G. Johanet, pour remplacer B. Fragonard, ancien membre du cabinet Mauroy, ancien directeur de la CNAM de février 1989 à octobre 1993.

d'administration joue également un rôle personnel dans le processus. De plus, le champ de l'assurance maladie n'est pas unifié quant à son organisation, ses publics.

◇ Rappel de la diversité des régimes d'Assurance maladie existants

- La CNAMTS, les régimes des fonctionnaires civils et des ouvriers de l'État, des agents titulaires des collectivités locales et de l'EDF sont rattachés au régime général.
- Le régime des exploitants agricoles AMEXA (MSA).
- Le régime des salariés agricoles ASA (MSA).
- L'assurance personnelle des travailleurs agricoles.
- Le régime des travailleurs non salariés non agricoles CANAM.
- La caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF.
- Le régime des agents de la RATP.
- Le régime du personnel de la Banque de France.
- La Caisse nationale militaire de Sécurité sociale (CNMSS).
- L'établissement national des invalides de la marine (ENIM).
- La Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CNNSS).
- La Caisse de prévoyance et de retraite des clercs et employés de notaires (CRPCEN).
- Le régime des cultes (CAMAC).

La CNAMTS dépend, selon les gouvernements du ministère de la Santé⁵⁰, ou du ministère des Affaires sociales, la MSA du ministère de l'Agriculture. Cette mise sous tutelle différenciée a des conséquences concernant les négociations interministérielles sur les enveloppes accordées à chaque ministère en fonction des arbitrages de Maignon et de l'intervention du ministre du Budget (au nom de la réduction du déficit).

◇ Les caisses d'Assurance maladie

Le régime général compte 123 caisses primaires⁵¹ et 16 caisses régionales sans liens hiérarchiques autre que celui des circulaires avec la caisse nationale. En effet, en qualité d'établissement public, la CNAM n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les caisses locales, établissements de droit privé. Toutefois, elle centralise l'ensemble des opérations de ces caisses et dispose à leur égard d'un pouvoir de contrôle. Par ailleurs, l'État dispose d'une tutelle générale sur les régimes au travers du ministère des Affaires sociales dont la tutelle relève de la direction de la Sécurité sociale et de ses services déconcentrés, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales⁵² et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

⁵⁰ La création du ministère de la Santé remonte au gouvernement Poincaré de 1920.

⁵¹ Les Caisses primaires d'Assurance maladie s'occupent de la gestion du risque en médecine ambulatoire.

⁵² Les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales de l'hôpital public et du secteur médico-social s'occupent des dispensaires et de la

Avec la réforme Juppé, le conseil d'administration comprend à parité des représentants syndicaux des assurés sociaux et du patronat ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants de la mutualité française.

Il existe diverses sources de légitimité au sein de chaque caisse nationale : celle du Conseil d'administration composé de représentants des salariés et de leurs employeurs (qui délibère notamment sur les conventions avec les professions de santé) ; celle de ses mandants, électeurs ou organismes de désignation ; celle du directeur qui a autorité sur les services administratifs ; et celle de l'autorité de tutelle gouvernementale qui l'a nommé. Le plan Juppé va modifier la répartition des pouvoirs à l'intérieur des caisses. Le directeur nomme les dirigeants administratifs des caisses régionales et des caisses primaires (auparavant, ils étaient nommés par les conseils d'administration des caisses). D'où le renforcement du pouvoir du directeur, agent de l'État, et un interventionnisme de plus en plus important des pouvoirs publics dans la gestion des caisses.

◇ Au sein du conseil d'administration, l'ancienne alliance CNPF-FO est remplacée par une nouvelle majorité MEDEF⁵³- CFDT-Mutualité française. Le MEDEF ne marque pas d'opposition au projet CMU, il y trouve un prétexte pour se désengager d'un régime qui s'éloigne, à ses yeux, de la population salariée.

La CFDT, la FNMF et l'UNIOPSS manifestèrent un soutien au projet de l'AMU contrairement à la CGT et à FO pour qui ce serait [" Tout un pan de la démocratie sociale qui se serait écroulé⁵⁴"], en raison du risque de disparition de la gestion paritaire de la Sécurité sociale. Ces deux derniers syndicats expriment également leur désaccord sur celui de la CMU car pour eux il suffirait d'augmenter le taux de remboursement dans le régime de base. Néanmoins, les positions de la CGT s'assoupliront au moment des auditions Boulard [" en raison de questions immédiates à régler"] (entretien) et voulant ainsi faire un premier pas vers un relèvement des niveaux de couverture obligatoire en commençant par les plus défavorisés, puis par une généralisation. Leur objectif, à terme, visait à parvenir à un relèvement significatif des prestations en nature pour tous mais cette idée se trouve très vite écartée par le Cabinet et par J-C. Boulard.

protection maternelle et infantile (PMI).

⁵³ Le MEDEF était sorti du CA, puis revenu en 1995 au moment du projet du plan Juppé, et à nouveau ressorti.

⁵⁴ Article de Jean-Claude Mallet "Pour la réalisation d'une couverture maladie universelle effective", Questions de Sécurité sociale, N°3, mars 1998.

D'une manière générale, les partenaires sociaux, plus concernés par le monde de l'entreprise (on est d'abord dans la négociation de la réforme des retraites⁵⁵ sous le gouvernement d'A. Juppé puis de celle des 35 heures sous L. Jospin), n'ont pas été les principaux acteurs du processus de prise de décision dans le cadre de la CMU. Néanmoins soulignons que J-M. Spaeth, président CFDT du conseil d'administration, prendra des positions propres par rapport à celles de Nicole Notat.

Tableau 6 : les positions des partenaires sociaux

	Favorable	Défavorable
CGC	<ul style="list-style-type: none"> - à une articulation entre évolution des périmètres des régimes de base et financement de l'extension de la couverture complémentaire (proche de la FMF sur cette question). - à un relèvement significatif des prises en charge par le régime général. - à une gestion du volet complémentaire par les CPAM. 	
CGT	<ul style="list-style-type: none"> - à une couverture intégrale pour les salariés - à un relèvement significatif des prises en charge par le régime général. - à une aide à la mutualisation. - à une gestion du volet complémentaire du dispositif par les Caisses primaires d'Assurance maladie. - à une complémentaire proposée par le régime général pour les assurés en difficulté, l'État prendrait en charge les cotisations (proche de FO). - à une extension de la couverture complémentaire à travers les accords d'entreprise (proche de la CFDT). 	<ul style="list-style-type: none"> - au projet AMU par crainte que la fusion des régimes auraient comme effet de prendre le plus petit dénominateur commun. - à une couverture de base minimale ayant vocation à être complétée par les assurances privées. - à la condition de ressources. - à une couverture de la population extérieure au salariat (l'ensemble de la population est salarié où relève du salariat). - au critère de résidence qui casse la logique du financement de la Sécurité sociale par la cotisation. - au déclin de la couverture obligatoire qui pousse les personnes en grandes difficultés à renoncer aux soins. - à la CSG élargie qui casse la logique du financement de la Sécurité sociale par le

⁵⁵ Au moment de l'AMU, FO s'est plus mobilisé contre ce projet de réforme que la CGT, qui elle, à la même époque, luttait contre le projet de plan des retraites. Ces deux organisations n'avaient pas tout à fait les mêmes intérêts.

		salariat.
FO	<ul style="list-style-type: none"> - à une gestion de la complémentaire maladie par les caisses pour les plus démunis et de négocier avec l'État une participation de ce dernier pour prendre en charge leurs cotisations au titre de la solidarité nationale (proche de la CGT). - à une Sécurité sociale à 100 % pour tous avec subvention de l'État. - à un régime général fort. 	<ul style="list-style-type: none"> - à la présence des assureurs dans le dispositif. - à l'AMU⁵⁶, car fortement attaché au caractère socioprofessionnel de la Sécurité sociale (proche de la CGT). - à l'orientation d'une couverture maladie universelle par rapport au régime universel sous l'argument que la mise en place d'un tel régime aboutirait à servir des prestations minimales.
CFTC	<ul style="list-style-type: none"> - au libre choix du bénéficiaire - à une gestion par les organismes complémentaires. - à un financement de la complémentaire par un redéploiement de la CSG à hauteur de 0,1 % 	
CFDT (centrale)	<ul style="list-style-type: none"> - au soutien au scénario partenarial sous l'argument de préserver la dimension égalitaire de l'Assurance maladie en lui faisant gérer que des prestations ouvertes à tous (proche de la CGT). - à une extension de la couverture complémentaire à travers les accords d'entreprise (proche de la CGT). 	
Président du CA de la CNAMTS-CFDT	<ul style="list-style-type: none"> - à une gestion de la complémentaire par les mutuelles et les assureurs - à une extension de la couverture à 100 % de l'ensemble de la population par le biais d'obligation d'adhérer à une complémentaire comme dans le secteur des retraites. 	<ul style="list-style-type: none"> - à l'arrivée de l'assurance complémentaire dans le régime général qui peut brouiller l'image de la solidarité de l'assurance maladie. - à une mise sous condition de ressources contre remboursement. - au démantèlement du principe même de la Sécurité sociale, d'égalité aux risques et donc de la couverture.

Et les autres régimes

Régimes	Favorable	Défavorable
MSA	<ul style="list-style-type: none"> - au maintien du critère d'affiliation professionnelle 	
CANAM	<ul style="list-style-type: none"> - à une gestion des prestations par les mutualités et sociétés d'assurance. - au principe de cotisation avec une participation dégressive au-delà du seuil. 	

Le témoignage d'un de nos interlocuteurs nous apporte des éléments concernant les enjeux de gouvernance de la gestion de l'assurance maladie du point de vue du paritarisme⁵⁷. En effet, cet acteur du processus nous explique qu'avec l'AMU apparaît

⁵⁶ Le syndicat FO s'est opposé au "régime universel d'assurance maladie annoncée dans le plan Juppé, orientation qui signifie la fin de la gestion paritaire de l'assurance maladie à laquelle FO est viscéralement attachée." (entretien)

⁵⁷ Sur cette question, cf. notamment *Liaisons sociales*, "Paritarisme : conditions et enjeux. Rapport de l'Institut de l'Entreprise", vendredi 27 janvier 1995.

une fracture extrêmement forte entre les organisations syndicales. Pour la CFDT, l'AMU était un progrès social et représentait l'aboutissement d'une évolution qui avait commencé en 1945 et qui, cinquante ans après, arrivait à maturité, justifiant ainsi la contrepartie des efforts financiers demandés aux citoyens. En face de cette position, FO et la CGT sont dans une toute autre logique. En fait, ces clivages témoignent l'enjeu de pouvoir, de conflits de légitimité syndicale en relation avec la question de l'avenir du paritarisme au sein de l'Assurance maladie.

"En particulier FO et dans une moindre mesure la CGT. Pour FO, il y avait le sentiment d'une dépossession parce que FO assoie sa légitimité sur l'Assurance maladie, étroitement liée au prélèvement professionnel. Pour eux, s'il y avait des problématiques de solidarité, s'il y avait des problèmes éthiques de complément de financement à apporter à l'Assurance maladie, cela devait se faire par un Fonds de solidarité à part. Mais cela faisait deux Fonds d'Assurance maladie. Le Fonds d'Assurance maladie, qui est le Fonds d'assurance professionnelle avec les cotisations des salariés et des entreprises, et le Fonds de solidarité où se dirigerait toute sorte d'autres cotisations. FO s'est retiré."

La CFDT assure alors la présidence du Conseil d'administration de la CNAMTS et elle a pu le faire avec l'appui du retour au paritarisme (le MEDEF est revenu après plus de deux ans d'absence). Néanmoins, selon la CFDT, le système de désignation des représentants syndicaux arrive à bout de souffle et ne se régénère plus dans une logique d'élection.

"C'est également la volonté du gouvernement de produire pour la gestion de la Sécurité sociale, un système de représentants plus ouvert. Et à partir de ce moment là, régénérer la démocratie sociale. La démocratie sociale n'était plus liée à cette vision complètement propriétaire d'un certain nombre d'organisation syndicale mais par un système électif où chaque bénéficiaire de la Sécurité sociale serait amené à désigner ses représentants, même si on confiait aux organisations syndicales la présentation des listes."

◇ Les associations de directeurs de caisse d'assurance-maladie se déclarent favorables à la recentralisation de l'aide médicale départementale.

Entretien avec un fonctionnaire

"Les directeurs de caisse d'Assurance maladie souhaitent faire de la complémentaire, elles en ont toutes les capacités. Cependant, quand on regarde dans le détail, les avis sont partagés. Cela varie d'une caisse à l'autre. Vous avez des caisses qui trouvent cela répugnant et qui préfèrent que cela soit les mutuelles et d'autres ont répondu avec enthousiasme. Certains sont en guerre avec les complémentaires et d'autres sont dans un dialogue très harmonieux. Cela varie régionalement. Il y a deux écoles. En revanche, la techno structure CNAM est très anti-complémentaire. Les associations de directeurs de caisses d'assurance-maladie et d'allocations familiales se joignent à MSF. Les caisses des régimes spéciaux ont peur d'être étranglées, craignent de perdre des avantages. Les oppositions viennent d'intérêts à la fois personnels et corporatistes".

Lors des auditions, J-C. Boulard consulte les directions des différents régimes sur le régime de base. Ensuite, celles-ci se trouvent écartées des réunions car après la

publication du rapport, elles ne sont pas encore censées s'occuper de la complémentaire (alors que le conseil d'administration de la CNAM est lui saisi automatiquement, la MSA pouvant s'autosaisir mais ne l'est pas automatiquement). Plus tard, faisant leur entrée dans le champ de la complémentaire, ces dernières participent aux débats avec le Cabinet pour la mise en œuvre et la rédaction des décrets d'application ainsi que des formulaires et imprimés⁵⁸, ceux-ci devant être prêts pour le premier janvier 2000.

Les trois scénarii du rapport de J-C. Boulard

Le 10 septembre 1998, J-C. Boulard rend public son rapport⁵⁹ sur la couverture maladie universelle commandé début juin par le Premier ministre. Partant des inégalités de l'accès aux soins sur le territoire pour les populations les plus démunies, le député propose trois scénarii qui mettent en jeu des configurations différentes d'acteurs et de financements pour assurer la couverture maladie complémentaire.

◇ Le scénario "couverture décentralisée encadrée" ou scénario (1) consiste en une généralisation de l'aide médicale départementale sur tout le territoire. Il vise à combler les lacunes du système en place qui concerne la non immédiateté de la prise en charge (en référence à l'application de la loi du 25 juillet 1994) et l'hétérogénéité des barèmes.

◇ Les deux autres scénarii, de la couverture "centralisée" ou scénario (2) et de la couverture "partenariale" ou scénario (3) envisagent une centralisation de l'aide médicale départementale avec le transfert des enveloppes budgétaires de l'aide médicale. Tous les deux prévoient d'instaurer un droit d'affiliation au régime général sur critère subsidiaire de résidence ainsi qu'une couverture complémentaire sous conditions de ressources. Tous les deux impliquent les organismes complémentaires et incluent comme seuil des revenus pour une prise en charge celui du minimum vieillesse majoré selon les règles du RMI pour tenir compte des personnes à charge, soit 3.540 F par mois pour une personne seule.

Le scénario partenarial (3) se dessine au cours des auditions avec les organismes complémentaires et se présente comme une variante du scénario centralisé (2). L'extension partenariale de la couverture complémentaire consiste à établir la

⁵⁸ Remarque : l'élaboration des imprimés devance la rédaction des circulaires (ce qui est généralement le cas inverse).

⁵⁹ "Pour une couverture maladie universelle de base et complémentaire", Rapport de Jean-Claude Boulard, août 1998.

solvabilisation des bénéficiaires et à étendre le périmètre des couvertures complémentaires.

J-C. Boulard exprime sa préférence pour le scénario partenarial mais de nouvelles stratégies à l'œuvre de la part des acteurs vont modifier les options définies.

Tableau 7 : Les trois scénarii du rapport Boulard et l'avant projet de loi CMU

Les composantes du dispositif CMU	Scenario 1 : la couverture décentralisée	Scenario 2 : la couverture centralisée	Scenario 3: la couverture partenariale (préférence de J-C. Boulard)	Avant projet de loi présenté par Martine Aubry au Conseil des ministres.
Couverture de base	-Toute personne résidant en France et disposant de ressources inférieures à un barème fixé au plan national bénéficierait d'une couverture à 100 % de ses dépenses maladie.	- Création du régime général résident. - Maintien des autres régimes existants basés sur l'affiliation professionnelle. - Suppression de l'assurance personnelle et de l'aide médicale départementale. - Ouverture à toute personne résidant en France à un droit commun avec une centralisation de l'accès au régime de base.	La couverture de base est assurée par la Sécurité sociale comme dans le scénario 2.	Idem le scénario 2 « Tout résident stable et régulier qui n'aurait pas de droits ouverts auprès d'un régime de Sécurité sociale, bénéficiera, sur la seule justification de sa résidence régulière, des prestations au régime général. »

Les composantes du dispositif CMU	Scenario 1 : la couverture décentralisée	Scenario 2 : la couverture centralisée	Scenario 3 : la couverture partenariale (préférence de J-C. Boulard)	Avant projet de loi présenté par Martine Aubry au Conseil des ministres
Ouverture de droits		<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture d'un droit d'affiliation directe du régime de base au régime général sur critère subsidiaire de résidence par rapport aux critères professionnels ou statutaires. -Suppression de l'obligation de paiement préalable des cotisations. - Ouverture immédiate du rattachement sur preuve de résidence régulière et continue pour éviter les ruptures de droits. - Les conditions de durée minimales de travail ou de cotisations pour pouvoir être assuré social seraient supprimées. - Possibilité pour un jeune d'ouvrir, à sa demande, des droits autonomes dès l'âge de 16 ans. Le droit prenant effet dès la date de la demande. 	Idem scenario 2	Idem scenario 2
Simplification des procédures	Simplification des procédures d'affiliation sans remettre en cause le principe de la départementalisation de l'aide médicale.	<ul style="list-style-type: none"> - Guichet unique du régime général, la CPAM. - Carte vitale avec mise en réseau informatique des différents régimes. -Allongement prévu de la durée d'ouverture des droits. 	Idem scenario 2 avec centralisation de l'accès au régime de base.	Idem scenario 2

Couverture complémentaire	Scenario 1 : la couverture décentralisée	Scenario 2 : la couverture centralisée	Scenario 3 : la couverture partenariale	Avant projet de loi présenté par Martine Aubry au Conseil des ministres
Financement du rattachement au régime général		- Redistribution des enveloppes des cotisations des personnes relevant de l'assurance personnelle des Conseils généraux, CAF, CDC, État, DOM... au profit du régime général via l'État. - Avec maintien du caractère contributif du régime résident.	- idem scenario 2. Rattachement des démunis au régime général. - Transfert budgétaire vers l'État des enveloppes de financement de l'aide médicale départementale : - Conseils généraux (6,5 milliards), CAF (2,4 milliards), Restent encore à trouver les 800 millions correspondant au déficit du régime de l'assurance personnelle.	Idem scenario 2 .
Centralisation des remontées des financements de l'assurance personnelle et de l'aide médicale	oui	oui	oui	oui
Sous conditions de ressources	- Les barèmes fixés par les départements variaient de 2.100 F. à 3.800 F. pour une personne seule. Le barème moyen serait fixé • soit à 2.880 F., • soit au niveau du minimum vieillesse (3.400 F. pour une personne seule, 50% pour un couple, +20% par enfant à charge).	- L'accès à la couverture de base et complémentaire gratuit pour les personnes dont le revenu est compris entre le RMI et le minimum vieillesse. Pour les autres, elles doivent s'acquitter d'une cotisation de 10 % sur la part du revenu dépassant le minimum vieillesse pour accéder la couverture de base.	Deux situations sont distinguées : - Les titulaires du RMI, de l'allocation de veuvage, les jeunes disposant d'un revenu inférieur au RMI et les personnes SDF : le maintien des acquis de la loi du 29-07-1992 passerait par le régime général avec amélioration de la couverture des soins - l'extension de la couverture complémentaire par la solvabilisation des personnes de se couvrir et d'étendre le périmètre des couvertures complémentaires.	Revenu par unité de consommation inférieur à 3.500F.

Gestion	Un guichet unique, la CPAM serait compétent pour délivrer la couverture de base et la couverture complémentaire. Les caractéristiques de l'aide sociale seraient supprimées : obligation alimentaire et récupération sur succession.	<ul style="list-style-type: none"> - Une gestion par le régime général de la couverture complémentaire. - Un guichet unique CPAM, gère à la fois la couverture de base et la couverture complémentaire. - Une gestion déconcentrée au niveau des CPAM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une gestion par les caisses et les complémentaires avec une procédure de solvabilisation. Soit un gestionnaire unique pour la couverture maladie et la "prestation solidarité santé" (PSS). - Maintien de la gestion de la complémentaire des RMISTES par les caisses. - Ouverture d'un droit d'option réservé aux RMISTES entre le rattachement au régime général pour les plus marginalisés et l'attribution d'une APS d'un niveau couvrant la totalité du coût d'accès à une couverture complémentaire - Bloc de base pour les plus démunis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les CPAM deviennent guichets uniques pour l'ouverture et le suivi des droits à la CMU de base et complémentaire. - Un système mixte pour la gestion des prestations de la complémentaire entre les CPAM et les organismes complémentaires - Droit d'option pour les bénéficiaires de la CMU entre les CPAM, les sociétés d'assurance, les mutuelles, les institutions de prévoyance sur le volet de la complémentaire. - Ils seront liés par contrat.
---------	--	---	--	--

La contribution		<ul style="list-style-type: none"> - Le scenario dépend de la solidarité nationale, et donc du budget de l'État. - La cotisation salariée bascule sur la CSG. - Avec maintien de la cotisation patronale. - Pour les affiliés au régime de résidence conditionné par un seuil : deux questions, leur solvabilisation, leur participation (de ces questions débouchent le scenario 3). 	<ul style="list-style-type: none"> - Une procédure de solvabilisation pour les bénéficiaires. Soit : <ul style="list-style-type: none"> - l'allocation personnalisée santé (l'APS d'un montant de 1.500 F. environ), sous conditions de ressources (comprises entre le RMI et le minimum vieillesse), financée par l'État et gérée par les CAF avec maintien d'un effort contributif de 30 F par mois. - ou le chèque d'accompagnement personnalisé santé (prévu dans la loi sur l'exclusion avec choix de la complémentaire), - Intégration des organismes complémentaires - Les acteurs de la complémentaire apporteraient leur participation au prorata des effectifs qu'ils couvriraient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de remboursement modulé en fonction des revenus. - Prestation de solidarité financée par un fonds. - Création d'un Fonds, constitué en établissement public, géré par des représentants de l'État. - Collecte d'une taxe de 1,75 % sur les contrats de complémentaires et par la recentralisation des fonds consacrés à l'aide médicale départementale. - Reversement aux organismes complémentaires d'un forfait de 1.500 F par an et par bénéficiaire de la CMU assuré aux organismes qui acceptent de prendre en charge les CMUistes. - Remboursement de l'ensemble des dépenses effectuées par les CPAM au titre de la prise en charge du volet complémentaire de la CMU (modifié en 2004).
-----------------	--	---	--	--

<p>Conséquence du transfert de l'aide médicale aux organismes de Sécurité sociales sur les régimes</p>		<p>A côté des régimes professionnels historiques est créé un régime statutaire, lié aux statuts (étudiant déjà existant, RMI, AAH, API). Un régime résident dont les assurés sont d'une part les affiliés pris en charge par l'État et d'autres par les "contributifs" (jeunes avec des ressources supérieures au RMI avec cotisation (1020 F) et des rentiers dont les cotisations représentent 10% des revenus ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le régime de "résidence" est un régime résiduel. - Une prestation solidarité santé, qui prendrait la succession des dispositions actuelles de la loi de 1992, sur la base d'un barème élargi, permettant de passer de 2,5 millions de personnes protégées à 5 ou 6 millions. 		
<p>Gestion entre CPAM et complémentaires</p>		<p>Les organismes d'Assurance maladie se verraient confier l'ensemble du dispositif et l'accueil des demandeurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'allocation personnalisée santé délivrée par les CAF pour permettre aux demandeurs de s'assurer auprès de la mutuelle ou de l'assurance de leur choix. - Une cotisation résiduelle resterait à la charge de l'usager (30 F par personne) sans toutefois entraîner une perte de la couverture complémentaire si elle n'est pas payée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Extension de la couverture complémentaire soit par délégation de l'État au régime général, soit par adhésion à un régime complémentaire. - <u>Un système mixte</u> pour la gestion des prestations : CPAM, Mutuelles, assurances, prévoyance.

Publics visés		Maintien de la gestion de la complémentaire des RMISTES par les caisses. Droit d'option réservé aux RMISTES.	Droit d'option pour tous	
Contenu		Gestion d'un « bloc base complémentaire » : Prise en charge - Ticket modérateur - forfait hospitalier - optique - prothèses dentaires - prothèses auditives	Idem scenario 2	Une prise en charge à 100 % avec absence d'avance de frais et bénéfice du tiers payant.
Financement		Budget de l'État (solidarité nationale) "Le régime général arrive sur le terrain des complémentaires avec un financement par le budget de l'État."	Le partenariat : ["la logique du partenariat permet aux bénéficiaires de choisir l'organisme d'affiliation ou d'adhésion"] Les acteurs de la complémentaire apporteraient leur participation au prorata des effectifs qu'ils couvrent. La création d'un fonds de péréquation.	

La publication du rapport Boulard va susciter des réactions qui conduiront à des clivages au sein même de chacune des catégories d'acteurs. Les points de focalisation des tensions s'articulent autour de trois grandes questions reliées entre elles : l'engagement des complémentaires dans le dispositif, la solvabilité et la condition de ressources, la mise en place d'une couverture complémentaire de référence concernant le ticket modérateur, le forfait hospitalier, l'optique et les prothèses dentaires et auditives.

2. LES ARBITRAGES CONCERNANT L'ARCHITECTURE DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

Les conclusions du rapport Boulard sont favorables au scénario partenarial auquel les organismes complémentaires sollicités avaient fini par donner leur accord. Au cours de cette phase de concertation, un certain nombre de points se trouvent fixés, notamment la participation financière de ces organismes en échange du monopole de la complémentaire. L'idée de la solvabilisation des bénéficiaires de la CMU complémentaire s'oriente vers un forfait de 1.500 F. versé aux organismes complémentaires par l'État pour chaque dossier traité. Les CPAM détermineraient la condition de ressources et donc le droit d'accès, les Caisses d'Allocations Familiales, pressenties au départ, se désistant. Seul l'État (attribution régalienn)e et par délégation la Sécurité sociale peut prendre cette décision.

Dans son discours, J-C. Boulard avance l'argument que pour ne pas faire de discriminations, les personnes démunies doivent avoir leur propre assurance ou mutuelle comme les autres. C'est l'argument soutenu par le président du conseil d'administration de la CNAMTS. Ce dernier ne souhaite pas que l'on mélange au sein de la Sécurité sociale, Assurance maladie et solidarité CMU. Mais sur cette question, la structure de la CNAM se trouve en désaccord avec le rapporteur, qui voit dans la CMU une nouvelle mission gratifiante et renforçant le rôle de la CNAM et des CPAM.

Les associations humanitaires réagissent. Elles considèrent que les pauvres ne sont pas des personnes comme les autres et souhaitent améliorer l'accès aux soins pour ces populations par une simplification du système et une lisibilité que seules, selon elles, les caisses peuvent apporter.

Une nouvelle phase du processus commence, pilotée par le cabinet de la ministre, marquée par de fortes tensions portant à la fois sur les questions politiques et techniques devenues indissociables.

Le pilotage du cabinet de la Ministre

Le travail du cabinet de Martine Aubry s'amorce dès juin 1997 dans le cadre d'une première phase de définition du concept de l'AMU en relation avec la direction de la

Sécurité sociale ainsi qu'avec la DAS (aujourd'hui DGAS) et les services du budget et des finances. La deuxième phase, au printemps 1998, inclut des auditions réalisées par J-C. Boulard menées en parallèle avec les débats parlementaires relatifs à la loi d'orientation de lutte contre les exclusions et la pauvreté, où le cabinet reste très présent. Les principaux piliers du projet se dessinent sans que les arbitrages de la part de Matignon soient faits et l'enveloppe définie par le Budget entre dans la fourchette des 6 à 9 milliards pour le financement de la réforme. Déjà, dès 1994, Bercy avait réfléchi à des scénarii. Un fonctionnaire témoigne : ["les inégalités des contributions et de couverture vont donner lieu à des réflexions entre le ministère de l'Économie des finances avec la direction du budget et la direction de la prévision ainsi qu'avec la direction de la Sécurité sociale."]

Le calendrier annoncé par la ministre n'est alors pas remis en cause. Le compte à rebours prévoit la présentation du projet au Conseil des ministres fin automne 1998 avec le calendrier pour dépôt du texte notamment aux caisses et au Conseil d'État. Sous la pression du temps, dès l'annonce de la loi CMU -inclue dans celle contre l'exclusion- et les auditions Boulard, la direction de la Sécurité sociale commence un double travail : un travail juridique avec une première rédaction des projets de textes et un travail technique avec l'examen en liaison avec les gestionnaires des conditions concrètes de mise en œuvre de la réforme. Un premier cahier des charges se construit ["Il va de soi que cet exercice ne préjuge pas des conclusions de la mission confiée à J-C. Boulard ni des arbitrages gouvernementaux susceptibles d'être rendus à sa suite"], comme l'écrit le directeur de la Sécurité sociale au directeur du cabinet. La DSS agit comme conseil, dans un rôle d'expertise pour le Cabinet du ministère ainsi que comme co-rédacteur de certains articles du projet de loi. Un fonctionnaire témoigne ["Après avoir rédigé l'article de tête de la loi. C'est un article de principe puis il y a une bonne dizaine d'articles qui ont été fait au cabinet et puis les articles avec plusieurs versions qui ont été faits à la Direction. Voilà comme cela a été construit étant entendu qu'il y a eu une phase également très importante qui est la deuxième phase. Cette deuxième phase étant le vote de la loi."]. La direction de la Sécurité sociale soumettra ses observations consécutives à la remise du rapport de J-C. Boulard (notamment la note du 2 octobre 1998) demandant aux membres du Cabinet de prendre position afin d'avancer dans la rédaction du projet de loi.

Avant d'aborder les questions traitant du contenu de la loi, il est intéressant de se référer aux commentaires formulés par certains de nos interlocuteurs sur les clivages ou alliances prises au sein de la majorité de l'époque comme d'ailleurs dans celle qui l'a précédé.

L'entretien avec un fonctionnaire nous décrit les tendances exprimées à droite en rapport à l'AMU

"Juppé allait contre une partie de sa majorité. Le plan n'était pas partisan, c'était une remise à plat du système. Il y avait également sur ces sujets là, des clivages au sein même de la majorité de l'époque. Un certain nombre de représentants de la majorité politique de la chambre parlementaire a crié à l'étatisation du système, défavorable à cette transmutation du paritarisme par un recours aux élections. Les clivages étaient de deux ordres. Pour certains, plutôt du côté de FO, il fallait revenir à un paritarisme avec cotisations reliées à l'activité professionnelle et avec un Fonds de solidarité. Pour d'autres, le dispositif apparaissait comme trop englobant, et là où il visait à avoir finalement un régime d'assurance universel, ils voyaient la mise en concurrence des régimes avec éventuellement une délégation à des opérateurs privés. C'est tout le débat porté à l'époque par Claude Bébéar quand il était le président du groupe Axa. Il y a eu donc au sein de la droite, des conservateurs qui étaient sur le thème : il n'y a rien à changer au système, apportons des financements supplémentaires à un Fonds santé solidarité. Et il y avait des réformateurs, favorables à un système totalement différent, plutôt de type anglo-saxon. Il y a eu des conflits assez forts au sein de la majorité à l'époque aussi bien au gouvernement que dans les administrations. Autant la direction de la Sécurité sociale était prête à porter ce dispositif, autant Bercy y était hostile, voyant les risques d'un décontingement de l'accès aux soins se produire avec un emballement de la consommation et donc finalement de surcoûts qui leur paraissaient totalement inépuisables. Au sein du parti socialiste, certains considéraient l'AMU comme élément de progrès".

Un autre entretien avec un acteur de l'univers des caisses évoque pour nous des accords passés au sein de la gauche plurielle

"Ce que je sais c'est qu'il y a eu un troc politique entre Jospin et le PC. Si Jospin ne veut pas réformer l'Assurance maladie, c'est pour deux raisons. La première, c'est qu'il est convaincu que cela peut attendre. C'est trop tôt d'après l'échéancier social, financier, etc. C'est bien assez tôt, on a le temps. La seconde, c'est trop tard. La gauche arrive au pouvoir en 1997, un peu par surprise. Or toutes les séances de travail pour se mettre d'accord sur un programme de gouvernement sont déjà programmées et la santé, comme d'habitude, est à la fin de l'agenda et donc quand on arrive en juin 1997, elle n'est pas traitée. Donc il n'y a même pas le minimum d'accord politique Rouge-Rose-Vert sur la santé d'où le troc sur le scénario mixte entre le PC et Jospin pour que les caisses assurent la gestion de l'assurance maladie complémentaire."

Durant la période des auditions, J-C. Boulard établit des contacts directs avec les différents acteurs concernés. Lui-même est en relation avec le Cabinet qui rend compte à la ministre. Sa mission se termine en novembre 1998⁶⁰, le Cabinet prend alors le relais des négociations et J-C. Boulard est pressenti pour devenir le rapporteur de la commission à l'Assemblée nationale, comme ce qui fut effectivement le cas.

Le cabinet se trouve confronté à un certain nombre de questions qui vont susciter, débats, tensions, de nombreuses réunions, notes, conférences de presse à un rythme

⁶⁰ Après la publication de son rapport, J-C. Boulard conduira encore quelques réunions avec les associations et Isabelle Yéni membre du cabinet de Martine Aubry dont celle avec l'UNIOPSS les 14 et 15 octobre 1998 (durant 6 heures). Les points évoqués sont les suivants : un droit universel à l'assurance maladie, dès l'âge de 16 ans, sur un seul critère de résidence, et immédiat ; un barème national de revenus pour le droit à la couverture à 100 % ; le tiers payant pour toute la population ; le 100 % pouvant relever de l'État et non de la Sécurité sociale, avec une gestion par les CPAM ; pas de pratique assurantielle de discrimination sur l'âge ou le risque santé ; des garanties législatives et réglementaires fortes quant au coût et contenu de la protection complémentaire ; les étrangers en situation irrégulière. Cette réunion et le compte-rendu réalisé par l'UNIOPSS suscitera des réactions du groupe REMEDE afin d'apporter des améliorations au contenu de la note (exemple : le terme "subsidaire" ne doit pas figurer dans la loi ni dans les textes d'application). REMEDE soulignera son opposition au scénario partenarial.

accélééré. Notre objectif ici est de rendre compte des enjeux et des interactions entre les acteurs concernés provoqués par les réponses aux questions techniques. C'est au cours de cette étape que le scénario partenarial privilégié par J-C. Boulard bascule dans la version mixte.

Qui doit gérer et financer la CMU complémentaire ?

L'aide médicale gratuite gérée par les départements, lesquels confiaient le plus souvent l'instruction de ces dossiers aux CCAS qui jouent un rôle important dans l'accompagnement des populations démunies (moyennant une rétribution) devient compétence de l'assurance maladie gérée localement par les caisses primaires. Le transfert du budget attribué aux départements ainsi que des dossiers des bénéficiaires s'organise et suscite des réunions avec la Direction Générale des Affaires Sociales.

Le désistement de l'APCG de l'aide médicale départementale

Les présidents des Conseils généraux ont examiné le projet de mise en œuvre de la couverture maladie universelle au regard des propositions contenues dans le rapport du député PS, J-C. Boulard et des échanges avec la ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Après discussions et débats sur les différentes hypothèses et après vote et à l'unanimité, ils expriment leur accord pour se dessaisir de l'aide médicale départementale (courrier du 26 mai 1998). L'aide médicale départementale va connaître une nouvelle réforme, celle d'une centralisation de son financement. Ce processus, à contre-courant des discours actuels sur la territorialisation des politiques sociales (et de leur plus grande proximité par rapport aux citoyens-usagers) nous renvoie à un questionnement sur le rapport de force que peuvent instaurer les acteurs locaux dans les débats publics ainsi que sur les résistances à la décentralisation⁶¹.

L'APCG justifie sa décision de ne plus prendre en charge le dispositif dans ["l'intérêt des usagers et de l'amélioration de l'accès aux soins des populations les plus démunies. L'ensemble couverture de base et couverture complémentaire devait être repris par l'État et les caisses d'Assurance maladie selon un mode de gestion qu'il leur appartient de définir."]. L'association précise que le calcul des transferts financiers nécessaires à la modification de compétence doit se faire sur la base des dépenses compensées, soit un montant de 6,1 milliards de francs. La

⁶¹ Dans le cas de la CMU, cette étatisation de l'aide médicale s'accompagne de financements autre que ceux de l'État avec la taxe sur les organismes complémentaires.

réforme devait concerner toute l'aide médicale à l'égard de tous les publics y compris les malades mentaux.

Le principe de leur compétence en matière d'aide médicale au titre de la couverture maladie de base ne semble pas être un enjeu fort de leur politique sociale compte tenu de leur faible marge d'autonomie. Les départements ne veulent plus être les simples payeurs d'un droit automatique, annuel et familial alors que le principe de l'aide sociale départementale est d'être "personnelle et ponctuelle". Les membres de l'APCG considèrent que la réforme entreprise en 1992 n'était qu'une demi-mesure qu'il convient d'aller vers son aboutissement : le dessaisissement des Conseils généraux dans le domaine de l'aide médicale. Cependant, cela ne signifie pas que tous les départements et tous les conseils généraux aient été d'accord. Quelques difficultés surviendront dans les modalités d'application du dispositif CMU complémentaire. Certains Conseils généraux, collectivités locales ou assistantes sociales qui prenaient en charge les populations relevant de l'aide médicale départementale ont signifié leur mécontentement au moment du transfert des dossiers aux caisses primaires d'Assurance maladie.

Entretien avec un fonctionnaire :

"Il fallait mesurer l'économie réalisée par les départements et organiser le transfert pour que l'État récupère les fonds. Le calcul des économies a posé des difficultés du fait du manque d'homogénéisation de la gestion, des montants, d'un département à l'autre et d'une année sur l'autre. Ce travail fut réalisé en collaboration avec les départements de France (ADF). La recentralisation des fonds effectuée, le transfert des dossiers, de l'aide médicale départementale à la CMU complémentaire, dont une partie était gérée par les CCAS ont été des opérations complexes à monter. Certains Conseils généraux, qui avaient mis en place des dispositifs avantageux, n'appréciaient pas le fait qu'on leur retire l'aide médicale."

Le compromis de départ avec les complémentaires, une taxe pour un monopole

Les organismes complémentaires expriment leur avis défavorable à J-C. Boulard au motif que les caisses doivent pouvoir gérer à la fois la base et la complémentaire. Ils seraient éventuellement d'accord pour une cogestion et ils émettent l'idée d'une solvabilisation des personnes modestes par un barème de prestation légale tout en leur laissant la possibilité de choisir leur complémentaire. Chacun s'exprime par rapport aux différents scénarii.

La FNMF, favorable au scénario partenarial, donne un accord de principe sous réserve de clarification de la situation fiscale des mutuelles en regard de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle. Elle déclare que la prise en charge du financement

de l'extension solidaire de la complémentaire santé serait de nature à renforcer la mission d'intérêt général déjà assumée par les mutuelles et devrait permettre de trouver un accord équilibré quant aux conséquences d'une telle contribution au financement d'une extension solidaire sur leur régime d'imposition. La transposition des directives assurances aux mutuelles pèse sur cette position.

La FMF, favorable au principe d'extension et de la non-sélection du risque, propose un financement de la CMU avec les économies réalisées à la suite d'une augmentation de la couverture de base. Elle estime que la participation du mouvement mutualiste au financement de l'extension de la couverture complémentaire serait de nature à consolider son originalité et justifierait sa sortie des directives assurantielles. Elle pose la question de la modification du périmètre de couverture du régime de base. Cette fédération propose l'idée d'une mutualisation de solidarité avec la création d'un Fonds national entre les mutuelles, géré par la mutualité. Ainsi le Conseil supérieur de la mutualité deviendrait l'organisme gestionnaire.

Les mutuelles de la Fonction publique expriment leurs réticences au scénario partenarial et prennent position en faveur du scénario de la couverture centralisée tout comme le fera dans un deuxième temps MSF. En situation de monopole, elles s'opposent à l'arrivée d'un cadre concurrentiel. La MGEN assure les fonctionnaires de l'Éducation Nationale et de l'enseignement supérieur, mais ne peut assurer les non-fonctionnaires. Favorables à l'extension de la couverture de base, ces mutuelles restent, sur cette question, proches des syndicats CGT et FO.

La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) justifie son soutien au scénario partenarial, en affirmant que les assureurs ne veulent pas d'un nouveau système d'assistance et qu'ils ne perdent pas espoir que la population concernée en vienne à l'assurance complémentaire.

Par ailleurs, au sein du MEDEF, certains patrons reprochent au scénario partenarial d'instaurer un "prélèvement obligatoire dissimulé", qui serait finalement à la charge de l'entreprise, par le biais des mutuelles d'entreprise et ainsi de créer un précédent dangereux.

J-C. Boulard avait interpellé les mutuelles en leur signifiant qu'elles avaient une part de responsabilité dans le phénomène d'exclusion du système de soins. Dans la mesure où elles expriment leur engagement dans le dispositif, il retient l'idée d'une contribution de leur part. A ce stade du processus, les régimes complémentaires participent à la solidarité sous la forme d'une taxation en échange de quoi ils gardent le monopole de la complémentaire ["Il y avait une logique : vous voulez garder le monopole de la complémentaire et vous participez à la solidarité. Ils étaient prêts."](entretien).

L'opposition au scénario partenarial de la part d'une partie du mouvement associatif

La base ne suit pas les positions politiques de J-P. Davant

Le président⁶² de la FNMF s'engage donc politiquement à contribuer au financement du dispositif CMU complémentaire. Cette position va soulever des réactions de la part des mutuelles de province, plus proches du terrain et directement concernées par les conséquences de leur participation financière. Elles ne soutiennent pas les déclarations de leur président. De même, la MGEN se déclare défavorable au scénario partenarial.

Des fonctionnaires nous font part de leur analyse sur cette question :

"On ne fait pas fonctionner un dispositif à vocation d'aide pour les pauvres à la complémentaire sur le principe du bénévolat d'acteurs sociaux aussi bien disposés soient-ils. Mais de l'engagement de départ, je suis prêt à payer se transformera en maintenant vous payez sous forme de taxe de 1, 75 % prélevée sur les primes."

Ou encore :

"Avec les mutuelles, il y a eu un jeu compliqué. Au début, elles se sont demandées vers quoi cela allait déboucher. Il y a eu des craintes. Un engagement ensuite très fort de la part de la FNMF, quand on dit mutuelles, c'est essentiellement Jean-Pierre Davant qui a eu un engagement fort sur le projet. Et puis, il y a eu des difficultés au moment de l'arbitrage final, à savoir quelle serait la place respective des uns et des autres. En revanche, sur l'arbitrage de la possibilité pour les caisses d'assurer pour le compte de l'État la protection complémentaire, c'est une grande innovation. Elles ont vraiment craint que le loup soit entré dans la bergerie. Les mutuelles et les assurances ont eu des inquiétudes là-dessus."

À la suite de la pression de sa base, le président de la FNMF reçoit les associations en décembre 1998. Il leur précise sa nouvelle position, un double dispositif avec maintien de l'aide médicale. La couverture complémentaire prend en charge les

⁶² Pour certains observateurs, le changement d'attitude du président de la FNMF face aux associations proviendrait des prochaines élections au sein de la Mutualité Française. Ou encore, autre argument avancé, il craignait l'effet du seuil qui n'avait pas encore clairement été défini et les mutuelles de la fédération ont réagi défavorablement. Comme nous le précise un interlocuteur : si au final, le seuil adopté se situe en dessous du minimum vieillesse, au début des auditions il n'était pas fixé. Il oscillait encore. Il se peut que J-P. Davant ne voulait pas prendre le risque des enjeux financiers que représente la prise en charge des personnes âgées.

personnes dont le revenu se situe aux alentours du SMIC. En dessous, c'est l'aide médicale qui reste en vigueur. Il propose une durée de soixante jours pour le forfait hospitalier et le versement d'une cotisation de 30 francs (idée développée dans le scénario partenarial de Boulard).

Le mouvement associatif réagit. Le 7 décembre 1998, le comité "précarité-santé" de l'UNIOPSS sort un texte commun mentionnant les 13 principes qu'il souhaite voir appliquer dans le dispositif de la CMU. Parmi ceux-ci :

- L'ouverture des droits pour les couvertures de base et complémentaire doit être immédiate à la date de la demande ou des premiers soins, en un lieu unique : les guichets de la CPAM.
- En dessous du seuil de pauvreté (3.800 F. mensuels par personne), la CMU doit garantir la prise en charge à 100 % de toutes les prestations remboursées par la Sécurité sociale ainsi que le forfait journalier, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.
- L'extension du tiers payant à toute la population.
- Un droit à une prise en charge graduelle, en fonction des revenus, de la couverture complémentaire.

Cette réunion marquera un temps fort du processus de concertation marqué par la rupture qui va s'en suivre. En effet, le scénario 3 tel qu'il était défini dans le cadre d'une couverture partenariale par J-C. Boulard va se trouver en grande partie abandonné.

Des tensions apparaissent au sein du mouvement associatif

Les associations humanitaires, confrontées au quotidien à la situation des populations en situation de grande précarité, n'exprimaient pas au départ une opinion défavorable vis-à-vis du scénario partenarial, jusqu'au moment où la mutualité française annonce lors de la réunion à l'UNIOPSS que ce n'est pas à elle de gérer la complémentaire, mais bien à l'État.

L'association Médecins sans frontières, si elle n'appartient pas au groupement de l'UNIOPSS, participe néanmoins à son groupe de travail sur l'accès aux soins⁶³. Elle va se radicaliser et s'opposer à la suppression du dispositif spécifique pour les Rmistes et leur prise en charge par un organisme complémentaire prévue dans le scénario partenarial. Elle est également en désaccord avec l'idée de la cotisation de 30 francs. Elle rejoint le groupe formé par les associations de directeurs des caisses d'Assurance-

⁶³ Les membres du groupe de travail de l'UNIOPSS sur l'accès aux soins : ANPA, CRF, FNARS, MDM, MSF, REMEDE, SC, SP, Entraide Protestante, ATD Quart Monde, constituent une plate-forme interassociative de propositions concernant la couverture maladie universelle.

maladie et d'allocations familiales dans le cadre d'une mobilisation en faveur du scénario de la couverture centralisée.

Les associations humanitaires de la santé traitent toutes de populations marginales, étrangères, sans papiers. Elles travaillent dans l'urgence et en relation avec des réseaux de prise en charge. Mais toutes les associations n'ont pas suivi Médecins Sans Frontières qui décide de traiter directement avec le cabinet de la ministre. Un clivage apparaît alors entre les associations humanitaires regroupées dans le comité Précarité-Santé de l'UNIOPSS. D'une part, ATD-Quart-Monde et Médecins du Monde défendent le scénario partenarial au nom du "droit de tous pour tous" dans une approche de droit commun et ne s'opposent pas au principe de la participation des organismes complémentaires dans le dispositif. D'autre part, la FNARS et Médecins Sans Frontières choisissent de soutenir le scénario de la couverture centralisée, au nom de la protection des populations les plus défavorisées en cas d'une prise en charge par les assureurs privés.

Noëlle Lasnes devient le leader de cette opposition au scénario partenarial. La responsable de la Mission France de Médecins sans Frontières (MSF), prend ainsi position, au nom de l'association humanitaire, contre les projets de la ministre poursuivant les axes définis par le scénario préférentiel (3) de Boulard. MSF dénonce ["le risque d'une privatisation de l'accès aux soins des plus pauvres"] en précisant que ce scénario ["a la préférence de la ministre"]. Pour MSF, ["les assureurs et les mutuelles pratiquent la sélection par le risque et par l'âge"], dans un contexte de "logique par le marché". Par conséquence, l'association rejette le scénario partenarial et se place sur le terrain politique en déclarant que l'égalité de l'accès aux soins ne peut être assurée que par l'État et la Sécurité sociale.

Avec une forte médiatisation des débats

Médecins sans Frontières lance fin décembre un "réseau d'information et de débat" baptisé "*Droits ouverts*", ce réseau fonctionnera jusqu'au vote de la loi. La mission Solidarité-France de MSF crée un journal mensuel de quatre pages entièrement consacré aux problèmes posés par la CMU⁶⁴. L'association publie un encart d'une page dans "Le Monde" pour soutenir le scénario de la couverture centralisée. Elle fait ainsi

⁶⁴ Dans le premier numéro, daté de décembre 1998, MSF donne la parole à la Fédération de l'Entraide protestante et à Act-Up Paris. Dans le numéro 4 d'avril 1999, Jean-Michel Belorgey s'exprime.

pression sur la ministre. Déjà en octobre 1998, MSF, lors d'une conférence de presse⁶⁵ déclare dénoncer ["la mise en concurrence de l'accès aux soins des plus pauvres et réclame pour ces populations la protection de l'État."].

Les médias sont largement utilisés, les dépêches fusent de tous les côtés, aussi bien du côté des organismes complémentaires que des associations. Médecins du Monde, diffuse un communiqué le 4 janvier 1999⁶⁶ pour exprimer son souhait "d'une égalité effective de l'accès aux soins" et revendique "Que la couverture complémentaire soit assurée par les Mutuelles, les Assurances ou l'État, nous importe peu tant que l'État garantit la qualité, l'efficacité et l'immédiateté de cette couverture."

L'encart passé dans "Le Monde" par Médecins Sans Frontières réussit à bloquer le processus d'élaboration du scénario partenarial.

Comme le note un interlocuteur

"Et comme à Paris, on croit qu'une campagne dans "Le Monde" correspond à ce que pense l'ensemble des citoyens. Un ministre ne résisterait pas à une telle campagne, cela aurait été le cas de la ministre. Les réseaux parisiens ont eu à un moment un impact sur le processus de décision. Paris a des problématiques qui lui sont spécifiques. De temps en temps, on prend des décisions tenant à un environnement parisien, de grandes concentrations urbaines, qui sont pertinentes, mais pas adaptées à l'ensemble de la France."

L'entrée des caisses dans le dispositif

Martine Aubry décide alors de faire entrer les caisses d'assurance maladie dans le dispositif en partie liée à la pression des associations mais les interactions sont peut-être plus complexes^{67,68}. J-C. Boulard, avant d'achever sa mission de concertation, propose l'idée d'un accord (lors d'une réunion en octobre 1998) ou tout au moins envisager une solution médiane : l'ouverture d'un droit d'option. Les personnes démunies pourraient choisir soit une couverture à 100 % assurée par l'État, soit un système classique de complémentaire au sein d'une mutuelle ou d'une assurance. Cette idée est proposée à Martine Aubry par le cabinet, proposition qu'elle retient.

⁶⁵ Texte du communiqué en annexe ainsi que la lettre adressée à Martine Aubry quelques jours plus tôt

⁶⁶ Texte en annexe.

⁶⁷ Par ailleurs, un autre facteur a probablement joué : la FNMF avait été favorable à l'AMU, pour une Sécurité sociale pour tous.

⁶⁸ Un rapport d'audit de la CNAMTS est remis à la direction de la Sécurité sociale sur "l'utilisation de la loi du 25 juillet 1994 dans le cadre général des réponses apportées par l'assurance maladie à l'exclusion. Enseignements pour la CMU" en mai 1998. La note de synthèse se termine en ces termes : "la CMU doit posséder une dimension de service public" et précédemment "il serait nécessaire de développer le concept de l'administration sortant de ses bureaux, allant sur le terrain, au contact direct de la population, et pour se faire contribuer au développement d'un réseau d'intervenants de terrain, associatifs autant qu'institutionnels, pour la part qui revient à l'assurance maladie, ces tâches pourraient être confiées à des personnels techniciens sociaux spécialisés des CPAM."

Un témoignage

"Martine Aubry a fait les arbitrages, il y aura une concurrence, les gens pourront choisir là où ils voudront être positionnés et s'ils veulent être dans les caisses primaires, on remboursera les caisses primaires ; s'ils veulent être chez les complémentaires, on les remboursera. Mais si vous ne prenez personne, c'est vous qui payez."

Les services de la CNAMTS et les directeurs de CPAM affirment leur disponibilité pour gérer le dispositif. Certains directeurs souhaitaient faire de la complémentaire. Martine Aubry n'y est pas défavorable.

La position des caisses

Entretien avec un fonctionnaire

"La réaction des Caisses, a été de dire, bien sûr, il y a cette crainte avec ce continuum assurance de base, assurance complémentaire. Ce continuum pourrait se retourner. Cela a existé. Mais il y a surtout eu le fait : ce n'est pas notre métier. La complémentaire, on leur aurait dit vous la prenez à 100 %, ils l'auraient fait. Non, leur souci était : nous ne sommes pas des CAF, nous ne sommes pas des guichetiers. C'était cela la réaction forte des caisses. Je ne parle pas au niveau politique, les caisses ont eu des réactions contre les assurances.

Au niveau des techniciens, des directeurs des caisses de la structure Assurance maladie, la réaction c'était : on va demander aux caisses d'Assurance maladie, aux caisses primaires de faire un métier non pas de guichetier (ils l'ont été avec les remboursements) mais de faire des inscriptions d'individus. On leur a demandé, d'accueillir des gens qui arrivent avec leurs papiers. Ce qui s'est passé dans les caisses a été formidable. La mobilisation du réseau, faire un métier relativement nouveau, mettre en place une réglementation comme cela et avec un point de départ où la techno-structure des caisses était quand même assez réservée, et c'est un euphémisme, moi je trouve que cela s'est fait dans des conditions de rapidité, d'efficacité et de bonne volonté qui était justifiées par l'intérêt social du projet.

Les gens des caisses étaient assez partants. Mais honnêtement au départ, cela n'était pas donné. C'était un métier nouveau pour eux, ils demandaient aux gens de choisir leur complémentaire. Ils ont formé des gens à vitesse grand "V".

L'arbitrage consistant à dire : les caisses vont faire cela pour le compte de l'État et les gens choisiront entre les caisses (l'État géré par les caisses ou la CMU-État géré par les Caisses) et les mutuelles-assureurs. C'est un arbitrage qui a été assez tardif, ce n'est pas au début du projet, donc ce n'est pas quelque chose qui apparaît au plus tôt à l'automne 98."

En cas de carence des organismes complémentaires (refus de prendre les bénéficiaires de la complémentaire), les caisses entrent donc dans le dispositif. Martine Aubry en a ainsi fait l'arbitrage. C'est aussi demander aux caisses de faire un métier qui n'est pas le leur, celui d'assureur complémentaire sans en assurer les risques financiers donc sans l'être vraiment, souligne un interlocuteur de l'IGAS. Fin décembre 1998, le scénario dit mixte est retenu par la ministre. Des points d'accords se dessinent avec la Mutualité Française sur la question du partage du coût du dispositif et de la gestion du paiement des professionnels de santé par une seule institution, les caisses primaires. Cette solution, guichet unique et droit d'option, fait partie du projet soumis au Conseil des ministres en mars 1999 permettant ainsi aux CPAM de gérer la CMU

complémentaire. Ces points seront votés. À cette occasion, J-C. Boulard préconisait une "lecture partenariale" du projet de loi lors de l'audition des représentants des organismes complémentaires, dont certains hostiles au projet mixte (FFSA, FNMF, FNIM) monteront en novembre 1998 un contre-projet avec un accord avec la CNAMTS en vue de revenir au scénario partenarial. Cet accord vise à fixer la répartition des rôles entre caisses et organismes complémentaires .

Martine Aubry considère que ["les modalités de gestion de la CMU ne défrayent la chronique que dans les cercles restreints"] mais se dit prête à réexaminer son choix après une année d'application.

Le 18 janvier 1999, lors de la présentation de ses vœux à la presse, la ministre annonce le choix du gouvernement pour l'option généralisée ["Les personnes ayant droit à une couverture maladie universelle pourront, au choix, s'adresser à leur caisse primaire d'assurance maladie, à une mutuelle ou à une assurance."]

Mais à ce stade, de nombreuses questions restent à résoudre.

Les divergences de position sur la question du financement et de la gestion de la CMU complémentaire

Tableau 8 : des divergences de position pour le financement et la gestion de la complémentaire

Auteur des propositions	Financement	Gestion de la part complémentaire
Fédération des Mutuelles de France	Financement par les mutuelles grâce aux économies réalisées suite au relèvement de la couverture de base	Mutuelles
Fédération nationale de la Mutualité Française	État et Mutuelles	Mutuelles
Fédération nationale Interprofessionnelle de la mutualité	État et complémentaires	Complémentaires (assureurs et mutuelles)
Fédération française des Sociétés d'assurance	État et complémentaires	Complémentaires
CGT	État	CPAM
FO	État	CPAM
CFDT	État	Complémentaires
CGC	Financement par les complémentaires grâce aux économies réalisées suite au relèvement de la couverture de base	Complémentaires
ATD-Quart Monde	État	Mutuelles
Associations des directeurs de CPAM	État	CPAM

L'accord de novembre 1998 entre CNAMTS et organismes complémentaires

En novembre 1998, les organismes complémentaires expriment leur position en phase avec les conclusions de J-C. Boulard sur le scénario partenarial, soit une gestion par les organismes complémentaires avec une allocation santé dégressive.

Entretien avec un signataire de l'accord

" On a signé un accord avec les trois familles de la complémentaires où l'on disait il faut qu'il y ait une aide à la solvabilisation, que tout le monde soit dans le droit commun en matière de complémentaire, qu'il puisse choisir librement et la collectivité le solvabilise pour qu'il puisse faire ce choix. La deuxième raison pour laquelle nous étions plus favorable à cette vision des choses, c'est que cette solution évitait les effets de seuil que l'on a aujourd'hui. L'idée derrière était d'arriver à terme à une forme de généralisation des complémentaires sur la base d'un périmètre de soins. Un périmètre de soins commun à la base et à la complémentaire et pour toute la population.

Soit ils payent directement s'ils ont les revenus nécessaires, soit ils ont une aide progressive. La complémentaire serait généralisée mais pour une partie faisant le périmètre de soins.

Exemple de la dent en or, qui est hors périmètre et ne sera pas aidée fiscalement ou financièrement. Pour une prothèse normale, c'est défini. Cela mérite que l'on définisse le périmètre médicalisé et que tout le monde puisse avoir accès à cette complémentaire, soit parce qu'il a les moyens, soit il est aidé et à ce moment là, il y a une gestion partenariale des deux."

Ce premier protocole d'accord est signé entre la CNAMTS, la mutualité et les assureurs le 4 novembre 1998. Les signataires de l'accord rejettent ainsi le scénario centralisé qui instaure une concurrence entre les caisses de Sécurité sociale et les assureurs complémentaires. Ils prévoient également une négociation commune avec les professionnels de santé en définissant un panier de soins, une régulation des dépenses de soins et un partage des responsabilités entre les différents acteurs ["une limitation réciproque des champs d'action de chaque acteur de l'Assurance maladie"]. Certains membres du conseil d'administration dont FO et la CGT votent contre ce protocole.

L'accord du 4 novembre 1998

- Acceptation d'une contribution des organismes complémentaires (Mutuelles, institutions paritaires, assurances) à la couverture des personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée santé au niveau de 2 % du montant des primes et cotisations encaissées au titre de la maladie.
- Mise en œuvre de cette contribution par consolidation ou extension de leur périmètre de couverture à l'égard des bénéficiaires de l'APS.
- Mise en place d'un fonds de compensation garantissant l'égalité de contribution des acteurs et la couverture de tous les bénéficiaires de l'APS.
- Mise en œuvre d'une couverture complémentaire de référence de qualité dont le coût moyen par bénéficiaire a été évalué à 1.500 F.
- Souhait que l'accès à cette couverture complémentaire de référence soit ouverte aux bénéficiaires du Rmi, le coût de la couverture restant, dans ce cas, intégralement à la charge de la solidarité nationale.

- Prohibition de toute forme de sélection du risque à l'égard des bénéficiaires de l'APS (âge, état de santé).
- Bénéfice du tiers-payant pour les titulaires de l'APS sans filière spécifique.
- Volonté de mettre en place un système simple d'accès avec notamment ouverture immédiate de droits dès la date de la demande auprès d'une institution complémentaire.
- Volonté d'être acteur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Existence d'une cotisation versée par les bénéficiaires.

Martine Aubry est en désaccord avec ce protocole d'accord entre organismes complémentaires et régime de base. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité refuse le droit de subsidiarité. Les caisses du régime obligatoire pourront donc gérer des contrats complémentaires.

Une réunion s'organise le 9 novembre 1998, à l'initiative du ministère, en présence des représentants de la FMF, de la FNMF, du GEMA, de la FFSA, du CTIP, de la FNIM et de celle de J-C. Boulard ainsi que de certains membres du Cabinet de Martine Aubry.

Plus tard, peu avant le deuxième accord, controversé du 11 janvier 1999, Martine Aubry écrit le 8 janvier au président de la FNMF, J-P. Davant, et lui demande de prendre position sur les points suivants :

- Impossibilité de rejeter une demande d'adhésion.
- Impossibilité de sélectionner les risques.
- Prise en charge intégrale des dépenses et du forfait hospitalier sans limitation de durée.
- Libre accès des bénéficiaires de la CMU à tous les professionnels et toutes les institutions de santé.
- Tiers-payant organisé pour que ces professionnels ne s'adressent qu'aux caisses d'Assurance maladie.
- Maintien pendant au moins un an du bénéficiaire de la CMU lorsque ses revenus passent au-dessus du seuil de ressources.
- Suppression de la contribution minimale aux bénéficiaires de la CMU.

En parallèle, le processus de détermination du contenu de la loi se poursuit.

Comment solvabiliser les bénéficiaires ?

Cette question est reliée à celle de l'enveloppe budgétaire définie par Bercy (comprenant la remontée des fonds de l'aide médicale départementale, détaillés dans ce point), compte tenu de l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du dispositif CMU (qui renvoie notamment sur la question de l'utilisation des enquêtes) et de la fixation du seuil de ressources retenu pour l'ouverture du droit.

La solvabilisation des bénéficiaires fait l'objet de nombreux projets, contre-projets, rapports, notes, etc., et donc de débats qui se poursuivront jusqu'au Sénat. Nous en présentons quelques éléments.

Lors de son témoignage, un fonctionnaire nous expose les questions qui se sont posées du point de vue de l'administration :

"Il y a eu longtemps la question de savoir comment solvabiliser l'accès à une complémentaire de droit commun ou vers une couverture à 100 % sous condition de ressources qui était plutôt la revendication des associations humanitaires. Elles se méfiaient des complémentaires et de là l'espèce de compromis de dire : on va créer un droit dont l'accès peut se faire de deux façons, soit par la caisse maladie avec une sorte de 100 %, soit par l'option complémentaire. Comment arriver à financer tout ceci ? Quelles ressources mettre en face ? On a donc travaillé sur la contribution des complémentaires avec des addictions pour ceux qui participeraient au dispositif. On voyait bien qu'il y avait besoin de la contribution des complémentaires et en même temps qu'il y avait un moyen à travers les addictions de créer des incitations de participation au dispositif. On a travaillé cet aspect du financement."

Un autre entretien nous apporte des précisions :

"La DSS s'y accroche tout de suite. La prestation solidarité nationale est partiellement financée par une taxe spécifique. Si on est dans la solidarité nationale, on est dans l'universalité du budget. Si c'est de la Sécurité sociale, c'est alors une Sécurité sociale sous condition de ressources, ce que l'on n'aime pas, en principe, en France. Et, elle peut être administrée par les caisses d'Assurance maladie."

Les options prévues dans les scénarii du rapport Boulard

Ainsi, la DSS travaille déjà dans le cadre d'un projet de création d'une prestation sociale d'aide à la couverture maladie complémentaire⁶⁹ à l'assurance maladie

⁶⁹ Cette réflexion concerne la prise en charge partielle du coût de l'accès à la couverture complémentaire (ticket modérateur, forfait journalier et dépassements tarifaires). Cette aide prendrait en compte les ressources, la composition familiale et l'âge des personnes protégées. Elle serait gérée par les CAF, selon une procédure comparable à celle de l'APL. Le barème serait progressif. Le public visé est celui des ménages à faibles ressources, qui sont au dessus des niveaux d'admission de droit à l'aide médicale (RMI), mais trop pauvres pour pouvoir payer les cotisations de la couverture complémentaire, soit la tranche de revenus entre le RMI et le SMIC. Ce dispositif peut concerner entre 5 et 10 millions de personnes.

universelle, auprès d'une mutuelle ou d'une assurance⁷⁰. La réflexion se poursuit dans le cadre des propositions de J-C. Boulard sur une prestation de solidarité santé (PSS) et sur une allocation personnalisée santé (APS) dégressive en fonction des revenus.

Dans le scénario partenarial (3), J-C. Boulard prévoit pour les personnes dont le revenu se situe entre le RMI et le minimum vieillesse un droit à une allocation personnalisée santé (APS) ou à un chèque d'accompagnement santé (dont le principe a été posé par la loi de 1998) pour les aider à supporter, tout ou partie, d'une couverture complémentaire librement choisie. Il propose également de maintenir l'effort contributif.

"Il paraît normal de s'interroger sur l'existence d'un effort contributif pour l'accès à la couverture complémentaire. L'allocation personnalisée santé ne doit pas nécessairement couvrir la totalité du coût de la couverture. L'existence d'une cotisation maladie universelle minimale pourrait être la contrepartie contributive de l'instauration d'une couverture maladie universelle. L'effort contributif, même limité, est une valeur du monde mutualiste qu'il convient de prendre en compte. Contribuer, même faiblement, est également une composante de l'insertion. Une cotisation de l'ordre de 30 F par mois pourrait être prévue, étant rappelé que l'impossibilité de verser effectivement cette cotisation ne serait pas un motif de démutualisation. A ce niveau, la cotisation représenterait entre 1 et 1,5 % des revenus perçus par les bénéficiaires de l'APS. Le produit de ces cotisations s'élèverait à 1,4 Milliards de francs."

Au départ, deux options se dessinent et l'assuré social choisirait entre l'un ou l'autre des deux volets, la PSS ou l'APS.

La PSS

La PSS est une ["prestation en nature dont l'objet est la prise en charge des dépenses de santé en complément de celles qui incombent à l'aide médicale"]. Elle est déterminée et financée par l'État, gérée par les organismes d'assurance maladie. Elle vise à permettre l'unification des règles et des modes de prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et de certains frais de prothèses, couplée avec un mécanisme de tiers-payant qui dispenserait les bénéficiaires de l'avance de frais. Cette prestation "rembourserait" les

⁷⁰ Des réactions de la part de la DIRMI : le projet ne règle pas la question de l'avance de frais. Il rajoute deux niveaux d'intervention supplémentaires, la CAF pour l'examen des ressources et les nombreux organismes complémentaires, qui touchent peu cette tranche de revenus. La DIRMI pose la question de la contradiction entre la logique mutualiste et la logique Sécurité sociale. L'autonomie des mutuelles pourrait être fortement encadrée (cf. dossier MNEF sur la non couverture de la santé mentale) ainsi que celle du reste à charge. L'aide ne recouvre pas la totalité des tarifs, qui restent libres et variables d'un organisme à l'autre. Pour la Dirmi, le projet de la DSS n'est pas adapté aux situations de précarité et propose à la place un dispositif plus simple géré par un seul interlocuteur ayant l'ensemble des responsabilités. Elle suggère dans le prolongement de la préparation de la loi de cohésion sociale, la suppression de l'aide médicale au profit d'une gestion directe par la Sécurité sociale d'un dispositif permettant la dispense d'avance de frais journalier, sur la base d'un barème visant le dernier décile de la population. Le surcoût, après remontée des dépenses actuelles de l'aide médicale, est d'environ 3 Milliards de francs pour couvrir 6 millions de personnes.

caisses d'assurance maladie. Elle aurait comme intérêt l'uniformisation des plafonds de ressources sur l'ensemble du territoire par rapport au système de barèmes hétérogènes de l'aide médicale départementale⁷¹.

L'APS

L'APS prévue dans le scénario partenarial sera abandonnée. Mais elle marque une étape. Elle visait d'une part à "lisser" l'effet de seuil lié à la condition de ressources. D'autre part, l'évaluation de son montant fixe en quelque sorte celui du forfait attribué plus tard aux organismes complémentaires. L'idée de l'APS consistait en une allocation versée aux populations "fragilisées" dont le revenu se situait au dessus du niveau des minima sociaux (qui donnent déjà droit à une prise en charge à 100 %) mais reste trop bas pour pouvoir cotiser à une mutuelle. J-C. Boulard propose que l'APS soit versée aux personnes aux revenus compris entre le RMI et le minimum vieillesse (3.471 F.). L'estimation du coût s'élève à 6 milliards de francs dont les mutuelles pourraient en financer une partie. A l'époque, l'idée était que les mutuelles puissent voir leurs responsabilités accrues dans la gestion du système de santé, de même que sur les départements et l'État au titre de l'aide médicale. Le raisonnement demeurait : soit le régime général prenait en charge la complémentaire des personnes exclues, soit le système d'aide médicale gratuit des départements était étendu avec un minimum national.

L'aide à la mutualisation⁷² accordée sous conditions de ressources permettait aux bénéficiaires de se protéger auprès d'un organisme assureur complémentaire pour les mêmes risques que ceux couverts par la PSS⁷³. Le débat resurgira au Sénat.

⁷¹ Une enquête de la DIRMI sur les barèmes d'admission à l'aide médicale au début de l'année 1996 montre que parmi les départements ayant établi un barème d'admission (adoptée par 80 % des départements), 69 % les ont fixés à un niveau inférieur ou égal au RMI, 21 % à un niveau intermédiaire entre le RMI et le minimum vieillesse, et 10 % à un niveau supérieur ou égal au minimum vieillesse.

⁷² Le système se révèle fortement complexe, comme le souligne un acteur syndicaliste :

"Les organismes complémentaires d'une part sont taxés et remboursés au forfait ; d'autre part une aide à la mutualisation est mise en place même s'il elle est peu utilisée. Le système est compliqué."

Sur la question du Fonds d'action sociale, un fonctionnaire s'exprime :

"Sur la question du Fonds d'action sociale des caisses et l'aide à la mutualisation, la négociation reprend avec Elisabeth Guigou, les caisses et les organismes complémentaires, la direction de la Sécurité sociale. Un accord est signé en novembre 2001, suivi d'une circulaire en août 2002. Des crédits sont mis en place pour aider les caisses à lisser l'effet de seuil. C'était une manière de repositionner l'action sociale des caisses en les dotant de moyens supplémentaires pour des ruptures de droit trop brutal. L'idée est que du fait que les personnes en difficultés qui utilisaient ce fonds sont maintenant pris en charge par la CMU complémentaire, une nouvelle masse financière se trouve ainsi disponible pour lisser l'effet de seuil. Un accord est signé entre l'État et la CNAM qui subventionne l'achat d'une complémentaire pour les

En 1995, le coût moyen du ticket modérateur et du forfait hospitalier pour les ressortissants du régime général s'élèvent respectivement à 1.150 F et 113 F (CNAMTS, carnets statistique, 1996, n°90), auquel il faut ajouter le coût de l'amélioration de prise en charge des soins dentaires, des prothèses auditives et optiques. Les calculs effectués pour déterminer le montant de l'allocation personnalisée santé visaient à couvrir une part du coût annuel d'accès à une couverture complémentaire évaluée à 1.500 F par la FNMF. Cette part financée par la solidarité variait en fonction de la participation des acteurs de la complémentaire. Cette allocation, pouvait être éventuellement modulée pour atténuer les effets de seuil, serait gérée par les CAF, qui pourraient veiller à son utilisation conforme à son objet avec, en cas de besoin, possibilité d'affectation. Ce mécanisme de "solvabilisation" permettait à certaines familles de rester couvertes ou d'améliorer leur couverture.

Au sein du cabinet, les avis restaient partagés entre la PSS et l'APS après la publication du rapport Boulard. La PSS et le scénario partenarial se trouvaient en concurrence. La ministre n'avait pas encore tranché à l'automne 1998.

L'abandon de la cotisation

Des désaccords apparaissent entre Jean-Claude Boulard, favorable à une participation minimale des bénéficiaires de la CMU à la couverture de base et certaines associations défavorables à cette idée (dont Médecins sans Frontières). Jean-Claude Boulard souhaite le versement d'une cotisation⁷⁴ "symbolique" à la couverture complémentaire qui pourrait prendre la forme soit d'un droit d'entrée de 150 F. soit d'une contribution périodique de 30 F. par mois et par personne (avec un tarif dégressif ou un plafonnement en fonction du nombre d'assurés au foyer. Il justifie sa position en argumentant que cela permettrait aux personnes qui se situent juste au-dessus du

personnes dont le revenu dépasse de 10 % le seuil des 3.500 F. Il existe des conflits sur cette question avec les mutuelles."

Rappel, la CGT propose une prise en charge à 100 % sous conditions de ressources dans le cadre de la Sécurité sociale dans une action légale, du Fonds d'action sociale. Pour la FMF, il existait déjà des fonds avant la CMU qui permettaient aux personnes défavorisées et démunies de complémentaire de pouvoir accéder aux soins. Ces fonds auraient pu continuer à jouer ce rôle. Les fonds d'action sociale des caisses auraient pu permettre d'avoir une vraie politique de prévention mais tous les fonds sont pré-affectés centralement.

⁷³ Dans une note de février 1998, la DSS souligne que cette formule respecte le mieux la libre organisation du marché de la protection complémentaire mais qu'elle comporte néanmoins des inconvénients, dont le fait qu'un assuré puisse être soumis à des sollicitations intéressées, le coût élevé pour la collectivité et elle demande une démarche et un effort financier de l'assuré.

⁷⁴ qui au départ a le soutien de la ministre mais des opinions divergentes s'expriment rapidement sur le principe même.

plafond de ressources requis pour la CMU de ["mieux comprendre l'extension de la solidarité"]. Il souhaitait ainsi faire ["des pauvres, des citoyens actifs et responsables et pour éviter les tensions entre ceux qui sont totalement assistés et ceux qui doivent payer."]

Les questions pratiques se posent également à côté des questions de principe. Comment collecter la cotisation ? Comment faire si les personnes concernées ne payent pas ? On ne peut pas arrêter les soins ni l'accès à la complémentaire. Les associations réclament la gratuité totale au titre des difficultés financières des personnes concernées. Cette idée est très vite écartée. La CFDT n'y est pas favorable au nom des principes de la Sécurité sociale d'égalité aux risques et donc de la couverture⁷⁵.

L'UNIOPSS se déclare également défavorable à la cotisation des bénéficiaires :

"L'accès aux soins n'est pas un luxe qu'il faudrait s'offrir au moyen de paiement d'une cotisation. C'est un élément de la dignité de la personne. Poser une condition supplémentaire pour y accéder va à l'encontre de l'objectif poursuivi par le projet de loi et pourrait retarder les procédures d'attribution."

L'hypothèse de la contribution symbolique des bénéficiaires au financement de leur couverture complémentaire n'est pas retenue pour les raisons soulevées par les associations au titre du principe de la gratuité ainsi que pour des raisons d'ordre techniques liées au recouvrement de cette contribution.

Lors des travaux parlementaires, à nouveau l'idée de la cotisation d'adhésion de 30 francs est débattue et J-C. Boulard comme rapporteur de la Commission sur le projet de loi de conclure ["J'ai la conviction qu'un petit geste ne serait pas inutile"]. Les associations renouvellent leur désaccord. Il souhaite accompagner cette disposition par une sanction. La ["suspension du versement des prestations en nature de l'Assurance maladie"] en cas de ["mauvaise foi"] avérée de l'assuré. Il propose un amendement qui va à l'encontre des positions de la ministre. Celle-ci elle déclare en Commission que ["subordonner le versement des prestations au paiement préalable des cotisations serait contraire à l'esprit même de la CMU".]

Pour ATD-Quart-Monde, le législateur ["doit atténuer l'effet de seuil du plafond de ressources par une aide dégressive à la couverture complémentaire entre le plafond CMU et le SMIC"].

⁷⁵ De plus, peu avant, le gouvernement Jospin avait du revenir à l'universalité des allocations familiales après la tentative de leur mise sous conditions de ressources. On en trouve traces dans les notes des travaux interadministratifs.

L'effet de seuil lié à la condition de ressources

Dans le scénario centralisé (2), J-C. Boulard fixe le seuil de ressources au niveau de celui applicable dans le cadre du minimum vieillesse. Il précise que ce choix conduirait à un recul par rapport aux prises en charge actuelles des cotisations par les tiers payeurs dans deux cas. Le premier cas concerne les personnes résidant dans deux départements (Paris et les Hauts de Seine) qui ont fixé des seuils d'accès à l'aide médicale au-dessus du minimum vieillesse. Le deuxième cas concerne certains allocataires de la CAF dans la mesure où la prise en charge des cotisations individuelles au régime de base est intégrale jusqu'à 5.720 F et partielle jusqu'à 9.000 F. Le nombre de personnes concernées est cependant faible (sur les 10.000 personnes prises en charge par la CAF, seulement 2.000 ont des revenus supérieurs à 60.000 F par an).

Le calcul du seuil⁷⁶ de la condition de ressources

Propositions de J-C. Boulard dans le scénario centralisé (2)

- Un seuil de revenu ouvrant droit à la prise en charge à 100 % (critère social) serait celui du minimum vieillesse majoré selon les règles du RMI pour tenir compte des personnes à charge :

3.400 francs pour une personne seule

5.100 francs pour un couple

6.120 francs pour trois personnes

7.140 francs pour quatre personnes

- Le financement de cette couverture complémentaire impliquerait le recyclage de l'enveloppe consacrée par les départements au financement de la couverture complémentaire dans le cadre de l'aide médicale (enveloppe qui s'élève à 5 milliards aux Comptes administratifs 1996).

- Il conviendra par ailleurs de dégager, au titre de la solidarité nationale, une dotation budgétaire de 4,4 milliards correspondant au coût de l'extension de la couverture complémentaire sur critère social en faveur des 3,9 millions de personnes concernées par le seuil de revenu minimum vieillesse et non bénéficiaires du RMI.

- Le produit du recyclage des enveloppes et de la dotation budgétaire alimenterait un fonds d'Assurance maladie solidarité, garantissant une gestion distincte et autonome du régime complémentaire sous condition de ressources au sein du régime général.

Finalement le montant du seuil⁷⁷ se situe en dessous du revenu minimum vieillesse et s'applique comme pour le RMI, avec prise en compte du forfait logement, que les

⁷⁶ De nombreuses notes ont été produites de la part de la DSS sur la question du seuil notamment sur la question des ressources prises en compte pour l'attribution de minima sociaux (RMI, AAH, minimum vieillesse, Allocation parent isolé-API), notamment celle du 10/10/1998 ou celle sur la détermination des effectifs de salariés susceptibles de bénéficier de l'aide personnalisée à la santé (APS) ou de la prestation de solidarité pour la santé (PSS) adressée au sous-directeur de la prévision et des études financières de la part de la sous-direction de l'accès aux soins. De même au début de l'année 1998, la note provenant du Bureau Économie de la Santé dont l'objet concerne l'actualisation du coût brut potentiel de la PSS en fonction de données Insee sur les revenus par âge 1994 et de données CNAMTS de dépenses médicales par âge. Le calcul effectué à partir de l'échelle d'équivalence par âge d'une population estimée à 5,9 millions d'individus, le ticket modérateur à leur charge est estimé à 992 F. par personne en moyenne, le forfait journalier à 120 F., soit au total 1.112 F. "La prise en charge de ces dépenses représenterait donc un coût brut de 6,6 Md F à condition que l'exonération pour faibles ressources ne se substitue pas aux exonérations pour affectation de longue durée." De même, des échelles d'équivalence sont construites pour la comparaison des revenus des ménages de structures différentes.

personnes soient propriétaires ou qu'elles bénéficient d'une allocation logement. Au dessous du seuil fixé, c'est la gratuité totale, le 100 % sur critère social. Au dessus, il n'y a plus rien, néanmoins des dispositifs d'aide à la mutualisation pour tenter de lisser l'effet de seuil vont être mis en place.

Trois éléments contribuent à la détermination du niveau du seuil : les niveaux pratiqués dans les départements au titre de l'aide médicale départementale⁷⁸, l'enveloppe définie par Bercy de 9 milliards de F pour le financement de la CMU, l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels⁷⁹, ["Le seuil déterminait l'enveloppe, l'enveloppe déterminait le seuil"] (entretien fonctionnaire).

Après de nombreuses discussions, le montant du seuil est arrêté à 3.500 F par mois et pour une personne seule.

Le financement de la réforme provient à la fois de la contribution des assureurs complémentaires (1,8 mds de F, pour une assiette d'environ 100 mds F et un taux de 1,75 %) et par une subvention de l'État qui assure l'équilibre⁸⁰. La dotation budgétaire de 7,2 mds ne correspond pas à un coût net pour l'État, elle découle pour une large part du transfert des crédits d'aide médicale en provenance des départements et de la diminution du coût de l'aide médicale d'État. Le coût net pour l'État de l'ensemble du dispositif est estimé à 1, 8 mds F. La somme avancée des 9 milliards F correspondent

⁷⁷ Rappel des principales hypothèses utilisées pour l'estimation comprend celles relatives aux ressources à prendre en compte ; l'échelle d'équivalence utilisée pour le calcul des revenus de consommation ; l'estimation des nombres de bénéficiaires à partir du panel européen 1994 avec actualisation des effectifs 1997 ; la dépense moyenne de soins identique à celle des assurés du régime général d'âge comparable ; les motifs d'exonération médicaux et le coût brut.

⁷⁸ Un fonctionnaire explique que les informations remontées des départements indiquaient des seuils très variables d'un département à l'autre. Certains mettent en place des aides médicales avec des seuils plus élevés, notamment la ville de Paris, les Hauts de Seine. D'autres, les fixent à 2.500 francs. Plus tard, il s'est avéré que les informations étaient incomplètes. L'idée était que la CMU complémentaire devait constituer un progrès, donc supérieure au seuil minimum.

⁷⁹ Les jeunes qui peuvent être aidés par leurs parents sont écartés. Cela a suscité des débats au sein même de l'administration et avec les associations.

⁸⁰ Le plan financier comprend deux sources de recettes : la taxation de 1,75 % du chiffre d'affaires des organismes complémentaires et la remontée des financements de l'aide médicale départementale. La première source complète ainsi le transfert des enveloppes de l'aide médicale des départements vers l'État, qui apparaît comme ultime financeur. Si besoin est, il rajoutera et garantira l'équilibre des fonds. En compensation, les organismes complémentaires touchent un forfait, assimilé à une prime de risque de sorte que suivant le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire inscrivant chez eux, ils se libèrent partiellement des 1,75 %.

Dans le projet de loi, l'évaluation des dépenses de santé des personnes concernées par le dispositif s'exprime de manière forfaitaire uniquement pour les organismes complémentaires. Mais, comme le fait remarquer un de nos interlocuteurs, en fait ce sont les Français qui ont une mutuelle ou un contrat d'assurance qui paye une partie significative de la part de financement des organismes complémentaires.

aux 1.500 F annuels par bénéficiaire accordés aux 6 millions de bénéficiaires potentiels⁸¹.

Le montant du seuil suscite de vives critiques. Pour J-M. Spaeth, ce seuil provoque de la fracture sociale et crée des ghettos. Médecins du Monde demande un relèvement jusqu'à 3.800F. C'est ce qui apparaît à travers les témoignages sur les ruptures de droit engendrées par le basculement de l'aide médicale départementale sur la CMU complémentaire,

Un témoignage

"Pendant dix huit mois, on s'est trouvé dans des situations complexes durant lesquels on bascule les personnes de l'aide médicale gratuite à l'Assurance maladie, sans vérifications. On leur a dit : vous avez la CMU puisque vous aviez l'aide médicale gratuite pour leur dire après et bien non vous n'y avez pas droit. Cela touche 23 départements de mémoire. On a fini par accepter le principe de renforcer les budgets d'action sanitaire et sociale des caisses pour faire des aides individuelles. Mais l'aide individuelle devient toujours de la charité, on fait en fonction de... et les critères ne sont pas toujours objectifs.

Là, on rembourse mieux quelqu'un qui ne paye pas de cotisations qu'à celui qui en paye. Il y a eu de nombreux débats au sein des mutuelles. C'est pour autant de la solidarité mais la question reste entière. Pour moi, c'est du rôle de la solidarité et des caisses. Soit on laisse les gens au bord de la route (modèle américain) ou bien on dit notre système intègre la solidarité au principe de la justice, et on fait que personne ne reste sur le bord et on s'en donne les moyens. Mais ce n'est pas aux régimes complémentaires de le faire. Ce n'est pas leur vocation."

Pour FO, favorable au remboursement pour tous à 100 %, l'effet de seuil était évitable. Au contraire de la FMF qui l'estime inévitable. Elle considère qu'augmenter le seuil, cela revenait à constituer une deuxième Sécurité sociale pour les pauvres.

De même, Médecins du Monde se déclare favorable à un seuil mais plus élevé qui inclut ainsi plus de personnes aux revenus modestes avec des difficultés à faire face aux

⁸¹ Ce chiffre vient de l'estimation réalisée sur le nombre de bénéficiaires potentiels de la PSS ou de l'APS, en synthèse d'une note adressée à Madame la ministre nous pouvons lire : ["L'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels de la PSS est nécessairement incertaine, car elle repose sur des enquêtes auprès des ménages qui souffrent de nombreux biais. Néanmoins, on peut estimer, à partir du panel européen de l'INSEE, à environ 6 millions le nombre de bénéficiaires potentiels de la PSS, sur la base d'une assiette de ressources identiques à celle du RMI et d'un seuil de 3.500 F. Un examen précis du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans qui seraient éligibles à la PSS selon l'enquête révèle une surestimation massive (de l'ordre de 450.000). Cette surestimation doit évidemment être prise en compte si l'on s'intéresse précisément aux personnes âgées. L'estimation globale de 6 millions ne doit en revanche pas être corrigée, en raison notamment de l'absence d'information sur les personnes sans domicile fixe ou en foyers collectifs. En ce qui concerne les jeunes, l'estimation fournie par l'enquête d'un million de jeunes de 18 à 24 ans potentiellement éligibles, dès lors que l'ensemble des jeunes de 18 à 24 ans vivant chez leurs parents est rattaché au foyer parental, paraît plausible. Autoriser les jeunes, vivant chez leurs parents et qui ne leur sont pas rattachés fiscalement, à demander indépendamment le bénéfice de la PSS pourrait rajouter environ 1 million de jeunes. Ce chiffre est quant à lui entouré d'une grande incertitude, les enquêtes auprès des ménages ne permettant pas de recouper le critère de rattachement fiscal avec le critère de ménage. Enfin, il faut rajouter que ces évaluations concernent la seule métropole. La prise en compte des DOM conduit à augmenter de 700.000 personnes environ le nombre de bénéficiaires potentiels de la PSS."]

dépenses et assorti d'une aide à la mutualisation dégressive selon les revenus. Relever le seuil signifiait atteindre les personnes handicapées, les personnes âgées, les salariés précaires notamment les femmes avec un emploi à mi-temps. Pour cette association, c'était de la prévention, mais elle n'a pas obtenu satisfaction et reproche au dispositif le manque de lissage de l'effet de seuil.

Parmi, les hauts fonctionnaires interrogés et impliqués dans le processus d'élaboration de la loi CMU, certains reconnaissent qu'ils ont créé un effet de seuil, mais qu'ils ne pouvaient pas faire autrement compte tenu des contraintes financières. Et de souligner que les autres propositions n'étaient pas parfaites non plus.

Entretien avec un fonctionnaire

"La ministre disait que pour les gens qui sont au-dessus du RMI, les "working poor" il faut développer la discussion conventionnelle sur l'amélioration de la complémentaire."

Entretien avec un membre signataire des accords de 1998 et de 1999

"C'est Bercy qui a décidé que les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'Allocation Adulte Handicapée seraient hors du seuil. Ils ont fait remonter le montant du minimum vieillesse de quelques centimes. Les centimes supplémentaires coûtent chers. Ils ont créé les conditions pour que cela ne se voit pas ou après. C'est aussi une manière de gérer les catégories de personnes qui sont dedans de ceux qui sont dehors. Tous les ans, avec les lois de financement, la question se pose qui est dedans, qui est dehors."

Et de préciser,

"Il n'y a pas eu d'argument pour justifier le changement décidé après le rapport Boulard. On a dit que les mutuelles n'arrivaient pas à s'entendre. Que la MGEN n'en voulait pas. Mais on manque d'éléments objectifs dans ce sens."

Des questions fortement débattues lors des travaux parlementaires

Les députés de la majorité restent divisés sur la question du seuil. Lors de la discussion générale de la commission spéciale, le groupe des verts dépose un amendement en faveur du relèvement du seuil de 3.500 F à 3.800.F soutenu par les communistes, mais aussi par le groupe Démocratie libérale. D'abord adopté par la commission des Affaires sociales, l'amendement se verra rejeté le lendemain (8 avril 1998). J-C. Boulard tente de proposer une [autre réponse au problème du seuil] en précisant ["qu'il est souhaitable de ne pas dissocier cette extension (du tiers-payant) de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé."] Le rapporteur précise que tous les seuils de revenus prévus dans la législation sociale étaient fixés par décret et non par la loi. Mais déjà le 10 mars 1999 au cours des auditions par la commission, Martine Aubry indique qu'augmenter le seuil de

300 F augmenterait de deux millions le nombre des bénéficiaires d'ores et déjà estimés à plus des six, pour justifier l'impossibilité de cette mesure (pourtant fortement réclamée par les associations).

Le Sénat va re-écrire l'article 20 (la couverture complémentaire), en proposant de substituer à la couverture complémentaire maladie gratuite, une allocation personnalisée santé, dégressive en fonction des revenus. Cette proposition sera rejetée dans sa totalité.

Des témoignages

Un point de vue du côté des mutuelles

"Quelle est l'intention derrière ? Qu'est ce que signifie cet effet de seuil ? Rappelez vous que le seuil est défini par décret. Les remboursements mutuelles, figurent dans la loi, le montant des remboursements parce que c'est de nature fiscale. L'effet de seuil, défini donc par décret, signifie que c'est le gouvernement, quel qu'il soit, qui décide ce qui est du bon ou du mauvais côté. Est-ce une arme politique ? Cela s'assimilerait au clientélisme le plus misérable, mais c'est possible. La question qui a été posée alors que tout le monde sait que l'effet de seuil est épouvantable, pourquoi cet effet de seuil a été maintenu ?

Il peut y avoir deux raisons. Dans l'esprit des rédacteurs de la loi, ce n'est pas une visée politique mais l'idée qu'ils ont les moyens de savoir qui méritent d'avoir ou non, qui justifient ou non, qui est dans le besoin ou non, et cela peut être défini de façon absolue. Ils ne le reconnaissent pas volontiers mais si on leur parle assez longuement, ils finissent par le dire. Ils savent ce que c'est le seuil de pauvreté, moi je ne le sais pas. Ils ont une vérité scientifique sur la question et à la limite l'effet de seuil ne les gêne pas. Si vous avez un bon seuil, après tout vous l'assumez. Cela crée des turbulences à la marge, mais ils sont prêts à accepter la turbulence parce qu'ils savent qui est le juste et l'injuste, le pauvre et le pas pauvre.

Les politiques peuvent eux avoir des visées plus clientélistes. Ils peuvent se dire que grâce à leur décret, ils sont maîtres de créer des bénéficiaires selon leur critère de ressources et à la veille d'une élection, ils peuvent augmenter tel ou tel montant et faire des effets d'annonce favorable. Est-ce que c'était cela dans l'esprit du côté des politiques, je n'en sais rien. Quand je dis les politiques, à l'époque c'était ceux du côté de Madame Aubry, mais cela ne serait probablement pas différent avec un autre gouvernement. Il peut aussi y avoir cette réflexion là.

Pour éclairer l'effet de seuil et cette APS, nous notre théorie, c'est justement on ne sait pas dire ce qu'est un effet de seuil. Je ne sais pas à quel moment commence la pauvreté, à quel moment elle finit. Ce sont des choses que je ne sais pas regarder de l'extérieur. Notre approche, est de dire, elle n'est pas géniale non plus, mais à mon avis, elle est plus objective quand même. C'est de dire, on va dire que l'argent que l'on dépense pour une complémentaire ne doit pas excéder un certain pourcentage du crédit car vient en concurrence avec des biens essentiels. Cela revient aux politiques de définir ce pourcentage. Cela me semble plus objectif de fixer une valeur absolue en revenu."

Ou encore de la part d'un fonctionnaire

"L'apparition de la question du seuil de condition de ressources ? Ce point dur est apparu quand tous les autres points avaient été décafé et le projet commençait à se stabiliser pour entrer dans le vif de comment le mettre en œuvre, comment gérer la condition de ressources, sur quelle période..."

Il y a eu des débats au parlement sur l'effet de seuil. Martine Aubry assumait cet effet de seuil en disant qu'elle voulait mettre en marche quelque chose qui fonctionne et qu'il n'y avait pas de droits objectifs sans conditions de ressources et dans un monde idéal et parfait il pourrait être supérieur et plutôt que de ne rien faire il faut mieux faire quelque chose avec un seuil (en dessous

du minimum vieillesse). Si on élève le seuil cela fait x milliards en plus. Plutôt que de renoncer à tout cela et on demandera plus tard aux caisses de mettre un dispositif de re-créditation sociale, de lissage d'effet de seuil de manière à prendre au-dessus du seuil. Des crédits ont été mis en place pour aider les caisses (1999-2000). L'idée était de repositionner l'action sociale des caisses en les dotant éventuellement de moyens supplémentaires pour qu'elles puissent de manière sélective récupérer ceux que l'effet de seuil aurait trop brutalement sortis. De manière à ce que l'on ait quelque chose de plus lissé, d'un peu moins brutal, d'un peu moins injuste."

Du scénario partenarial, il reste le droit des complémentaires à contractualiser avec les bénéficiaires de la CMU ainsi que pour ces derniers, le droit d'option, de choisir l'organisme contractant. De même, l'aide à la mutualisation qui vise à atténuer l'effet de seuil pour les personnes juste au-dessus du seuil ou qui sortent du dispositif (mutuelles ou assureurs) s'inscrit dans le prolongement de l'idée de la solvabilisation.

J-C. Boulard président de la Commission à l'Assemblée nationale défendra le projet même s'il ne correspond plus au scénario partenarial qui avait sa préférence. Le nouvel objectif était de faire passer le texte au Parlement et de contrer la proposition du Sénat. Si les débats sur l'effet de seuil se révèlent très riches et très denses, ils restent sans effets et montrent les limites des débats Parlementaires lorsqu'il existe des implications financières lourdes.

Une tentative controversée de la part des gestionnaires de l'assurance maladie de base et complémentaire

Revenons brièvement à la préparation du rapport Boulard, où l'idée de départ consiste à confier aux organismes complémentaires le dispositif de la CMU complémentaire. Les caisses devaient être tout au plus impliquées dans la gestion de la condition de ressources, par délégation de l'État. Puis les relations entre la mutualité et la ministre vont se dégrader, le désaccord étant relayé par les associations et plus particulièrement par Médecins sans Frontières. Ensuite le droit d'option apparaît.

La mutualité entre dans le dispositif espérant échapper à la transposition des directives sur l'assurance. Les assureurs suivent mais dans une toute autre perspective. Ils souhaitent se donner une image plus sociale d'eux-mêmes et, dans une perspective éventuelle de mise en concurrence avec les caisses, démontrer leur aptitude à gérer des mécanismes de solidarité le jour venu.

Les tensions entre les acteurs et particulièrement entre certaines composantes de la mutualité et du mouvement associatif et les arbitrages réalisés par la ministre en faveur

d'un scénario dit mixte ont créé des réactions de la part des organismes complémentaires et de la CNAMTS.

L'avant-projet de loi mis au point par Martine Aubry prévoit que les bénéficiaires (au revenu inférieur à 3.500 F par mois) de la couverture complémentaire maladie auront le choix soit d'adhérer gratuitement à une mutuelle ou une assurance, soit de s'affilier à une caisse primaire.

Cette entrée des caisses dans le champ des complémentaires fait réagir les organismes gestionnaires concernés qui signent un protocole d'accord le 11 février 1999.

Au final, le président du conseil d'administration et les organismes complémentaires se rejoignent et souhaitent réaffirmer leur position par rapport au scénario partenarial (3). Mais, cet accord empiète sur les prérogatives de la ministre. Et les signataires de l'accord qui ne s'étaient pas assez impliqués au moment des auditions avec J-C. Boulard et à l'époque n'avaient pas assez soutenu le scénario partenarial, leur accord arrivait trop tard.

Cet accord de février 1999 pour certains n'était pas viable et se voulait être un affichage politique, pour d'autres au contraire, il était trop ambitieux. Néanmoins, cet accord marque un temps de réflexion sur les frontières entre assureurs de base et complémentaires avec comme enjeu, l'organisation du système d'assurance maladie.

La question qui se pose à ce moment là est la suivante : si les caisses s'engagent sur le terrain de la complémentaire, pourquoi les organismes complémentaires n'interviendraient-ils pas sur le régime de base ? Cette question a suscité une réaction inédite puisqu'elle a poussé les signataires (organismes payeurs) de l'accord parfois appelé "le Yalta" du système de santé à clarifier les rôles respectifs, en posant le principe que chacun reste dans son domaine. Se pose également la question des remboursements différenciés non plus sur critère médical mais sur critère social, qui ouvre une brèche dans le principe d'universalité de la Sécurité sociale pourtant consacré dans le titre 1 du projet de loi (qui sera voté).

La CNAMTS, la FFSA, la FNMF demandent que les 6 millions de démunis, futurs bénéficiaires de la CMU se voient assurer la gratuité de leur couverture complémentaire

par les seuls organismes complémentaires, sans possibilité de concurrence avec le régime de base.

Ce protocole d'accord s'inscrit dans une tentative de faire revenir le gouvernement sur le scénario partenarial mais cette mobilisation arrive trop tard, la date de la présentation du projet au conseil des ministres est fixée et le PC et les parlementaires PS font pression pour qu'une loi sociale soit inscrite sur l'agenda parlementaire. Les arbitrages sont faits et la ministre ne veut plus revenir dessus.

Des positions controversées

Du côté de la CNAMTS

Parallèlement à la rédaction du projet de loi qui va être soumis au conseil des ministres, le président du conseil d'administration de la CNAMTS cherche à clarifier les territoires de chacun, entre assurance et solidarité en revenant au scénario partenarial après que Martine Aubry ait imposé le droit d'option.

Le conseil d'administration de la CNAMTS⁸² se prononce en faveur du texte gouvernemental qui lui est soumis avant d'être présenté au conseil des ministres, la totalité des administrateurs à l'exception de ceux du MEDEF et de la CFE-CGC votant pour (18 voix pour, 15 contre).

Cependant dans le même temps, le Conseil mandate⁸³ son président, Jean-Marie Spaeth (CFDT) pour signer un protocole d'accord avec la Mutualité française, la Fédération des sociétés d'assurance et les Instituts de prévoyance (CTIP). Pour le président du conseil d'administration de la CNAMTS, la Sécurité sociale peut faire le contrôle de la condition de ressources mais doit laisser les personnes choisir entre les organismes complémentaires. Il ne souhaite pas que les caisses jouent un rôle d'organisme complémentaire. De plus, il est favorable à un régime de base géré sans condition de ressources ainsi qu'à une aide à la mutualisation se faisant quant à elle en fonction des revenus.

Ainsi, par la voix de son président, la CNAMTS indique ne pas vouloir mélanger assurance maladie et solidarité CMU au sein de la Sécurité sociale.

⁸² Lors d'un premier vote, 22 administrateurs (MEDEF, CFDT, CFE-CGC, Mutualité et une personne qualifiée) avaient donné mandat au président, de signer le protocole d'accord. Parmi les 11 autres administrateurs, 9 (CGT, FO, et trois personnes qualifiées) ont voté contre et deux (CFTC) n'ont pas pris part au vote.

⁸³ La structure de la CNAMTS et certaines caisses ne sont pas derrière le président.

Du côté de la mutualité

La Mutualité française réunie en conseil d'administration extraordinaire, le 5 janvier 1999, mandate son président, Jean-Pierre Davant, pour conclure un accord sous conditions⁸⁴ avec le gouvernement associant la Mutualité française⁸⁵ à la mise en place d'une couverture maladie universelle dans le cadre d'un partenariat entre l'État, les organismes obligatoires et les organismes complémentaires (communiqué de presse du 5 janvier 1999).

Contrairement à la FFSA et même à la CFDT qui par la voix du président du CA de la CNAMTS déclare ["l'accès aux soins sans complémentaire est illusoire". "Il faudrait avoir en matière de santé ce qui existe pour la retraite, avec un régime de base et un complémentaire, tous deux obligatoires."], la FNMF juge ce schéma contraire à l'esprit mutualiste, ["Pourquoi rendre obligatoire un deuxième niveau si l'on est incapable de gérer correctement le premier?"].

La FNIM participe également à la réflexion sur le panier de soins agréé par les organismes complémentaires et les régimes obligatoires mais ne signe qu'un accord technique et non le protocole plus politique⁸⁶.

La FMF, proche des associations, ne signe pas l'accord.

Que dit cet accord ?

Le protocole vise à instaurer un partenariat entre organismes qui concourent aux remboursements des soins, et une plus grande coordination des interventions des organismes financeurs. L'article 2 prévoit que les CPAM n'interviendront qu'en cas de "carence" des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ou en cas d'urgence.

Le protocole affirme que les CPAM demeurent le dernier recours de la procédure d'affiliation à la complémentaire. Par conséquent, les organismes complémentaires auraient eu la quasi exclusivité du marché en échange d'une absence de revendications sur le secteur de base (monopole de la Sécurité sociale avec le réseau des CPAM).

⁸⁴ La FNMF reprend les éléments qui avaient déclenché les vives réactions de Médecins sans Frontières début décembre : la cotisation de 30 francs demandée aux allocataires de la CMU pour s'inscrire auprès d'un organisme complémentaire, la limite à soixante jours de la durée du forfait hospitalier, la condition de ressources au niveau du Smic et maintien de l'aide médicale en dessous de ce seuil.

⁸⁵ À l'intérieur de laquelle existe certaines connexions avec le parti socialiste alors au pouvoir.

⁸⁶ La FNIM déposera une plainte auprès de Bruxelles pour contester certaines dispositions de la loi, notamment celles qui portent sur l'assurance complémentaire et conduisent, d'après elle, à une rupture d'égalité "sans raison légitime au profit des caisses d'assurance maladie."

Les signataires revendiquent le droit de déterminer chaque année un panier de biens et de services⁸⁷ ["éligibles au remboursement"].

Du côté de la ministre

Le courrier de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité adressé à Jean-Marie Spaeth, Président de la CNAMTS, daté du 27 avril 1999 a pour objet : le protocole d'accord entre la CNAMTS, la FNMF, la FFSA et le CTIP, où la ministre s'y exprime dans les termes suivants :

"Je me félicite, tout d'abord, que vous ayez entrepris une démarche commune pour assurer une mise en œuvre efficace du projet de loi. Une mobilisation de l'ensemble des acteurs, régime de base et organismes complémentaires, est en effet nécessaire pour que les nouveaux droits que reconnaît ce texte puissent effectivement être exercés par leurs bénéficiaires."

Et de poursuivre,

"Je vous rappelle mon attachement à ce que les bénéficiaires puissent exercer un réel droit d'option entre organismes de Sécurité sociale et organismes complémentaires. Aussi je ne peux souscrire à la formulation du protocole qui fait référence à un « refus exprès du bénéficiaire de choisir un Organisme Complémentaire Assurance maladie » comme condition d'une prise en charge par les Caisses."

La ministre ne modifie pas son texte et rejette ainsi l'accord, ["jusqu'à preuve du contraire, c'est le Parlement qui fait la loi"]. Elle souhaite que ["la majorité des bénéficiaires rejoignent le droit commun"] en adhérant à terme à des assurances complémentaires, et souligne que ["dans une phase transitoire, il est difficile de mettre l'application de la CMU dans les mains d'organismes privés."]. Le gouvernement précise que le ["constat de carence"] est juridiquement et techniquement inapplicable.

Un autre aspect rejeté du protocole concerne la coopération entre les caisses et les assureurs complémentaires dans la maîtrise des dépenses, notamment par une définition en commun d'["un panier des biens et services éligibles aux remboursements"]. Dans une lettre à J-M. Spaeth, Martine Aubry précise dans une conception toute régaliennne de la santé que ["la définition des biens couverts par les régimes obligatoire doit rester une prérogative des pouvoirs publics exercée, pour la couverture de base, en concertation avec les caisses d'assurance maladie."].

Du côté des partenaires sociaux

Pour certains "traditionalistes" de la Sécurité sociale, la CMU pervertit les principes de l'assurance en introduisant les mutuelles.

⁸⁷ Sur cette question, si le CTIP exprime son accord sur le principe du protocole, il émet quelques réserves sur le volet concernant la maîtrise des dépenses de santé, il ["appartient aux pouvoirs publics"] plutôt qu'aux organismes de protection sociale, ["de définir les mesures nécessaires"] dans le cadre d'une ["recherche de la qualité de soins"] et d'objectifs de maîtrise des dépenses.

En minorité de gestion à la CNAMTS : FO, CGT, personnes qualifiées
 En majorité : Medef, FNMF, CGC, CFTC, CFDT, UNSA,

Tableau 9

Organisation	MEDEF	FNMF	CGC	CFTC	CFDT	UNSA	FO	CGT	Personnes qualifiées
Protocole d'accord	Pour	Pour	Pour	Abstention	Pour	Pour	Contre	Contre	contre
Texte de loi	Contre	Pour	Contre	Pour	Pour	Pour	Pour	Pour	pour

Le représentant du MEDEF et vice-président de la CNAMTS vote contre le dispositif de CMU proposé par le gouvernement, il estime que le nouveau dispositif risque de compromettre la maîtrise des dépenses d'assurance maladie dès lors que la CMU ne prévoit pas ["un financement gagé par les économies que générerait une gestion plus optimale des régimes de base."] La position du MEDEF diffère de l'attitude de la FFSA, engagée dès le début dans la négociation de la CMU, sous l'impulsion de Denis Kessler, par ailleurs numéro deux du MEDEF.

Le MEDEF déclare que ["les modalités envisagées par le gouvernement pour la CMU engendrent une triple confusion de financement, de responsabilité et d'institution, préjudiciable à l'atteinte de l'objectif."]

Le 11 janvier 1999, Nicole Notat, en désaccord avec le Président du conseil d'administration de la CNAMTS favorable au scénario centralisé, écrit à Martine Aubry pour lui confirmer son appui au scénario partenarial. Pour la secrétaire générale de la centrale syndicale, le financement de l'accès aux soins, pour les personnes économiquement faibles, doit s'appuyer sur une solidarité entre les organismes qui gèrent cette couverture complémentaire. Pour la CFDT, il n'est pas question de les stigmatiser en leur imposant un système dérogatoire au droit commun.

Du côté des associations

Le gouvernement reçoit le soutien de l'UNIOPSS, qui déclare que cet accord ["remet en cause les garanties que les associations jugent indispensables, en particulier la possibilité, pour une personne démunie, de s'adresser à la Sécurité sociale pour l'ensemble de sa couverture maladie gratuite."] Par ailleurs, l'UNIOPSS avec ATD, la FNARS, Médecins du Monde, Médecins sans Frontières participent à une réunion au cabinet de la ministre le 10 février 1999 dont l'objet porte sur l'accord et dont les conclusions seront portées sur le communiqué.

Le projet de loi créant une couverture maladie universelle qui devait être déposé au Parlement fin 1998 pour être voté au début 1999 et appliqué au 1^{er} janvier 2000 sera finalement promulgué le 27 juillet 1999 avec maintien de la date d'entrée en vigueur.

Pour quel périmètre de soins ?

Au cours de la discussion du texte de loi au Parlement et au Sénat, s'amorce en parallèle le travail de préparation de la mise en œuvre et de définition du contenu de la protection complémentaire. Ainsi, une nouvelle étape du processus s'amorce alors.

Le contexte général des négociations

A la demande du ministère se constitue un comité de pilotage, composé de deux membres de l'IGAS et de membres du cabinet, afin de coordonner cette dernière phase qui comprend également l'élaboration des décrets et la mise en place du dispositif pour le 1^{er} janvier 2000.

Trois grands chantiers caractérisent cette période : la négociation sur la tarification, la préparation des textes d'application et celle de la mise en place des formulaires et de la communication.

Cette étape reste marquée par un pilotage politique et un fort engagement du Cabinet, de nombreux partenaires à coordonner, ce qui a suscité de très nombreuses réunions. L'Inspection Générale des Affaires Sociales prépare les dossiers administratifs, la décision politique relevant du Cabinet en accord avec la ministre.

Un témoignage sur cette période

"On discutait politiquement et techniquement et c'était le grand intérêt de ce moment. On fait souvent la différence entre le niveau technique et le niveau politique, mais là non. On était sans arrêt du volet politique au volet technique."

Parmi les partenaires, nous pouvons considérer ici d'un côté, la CNAMTS, les organismes complémentaires et les syndicats professionnels comme constituant un groupe d'acteurs dont l'action est en grande partie régie conventionnellement. Et de l'autre côté, les associations qui restent très présentes dans le débat, continuant à faire pression auprès des membres du Cabinet et du comité de pilotage comme en témoigne le rythme des réunions. Les questions de dentisterie en constituent une illustration.

Les enjeux concernant l'accès à des soins gratuits pour les plus démunis impliquent la détermination d'une tarification pour les prestations non opposables ainsi que du périmètre des biens et services pris en charge, c'est-à-dire de ce qui est appelé le "panier de soins".

Un processus marqué par un rythme soutenu de réunions

De nombreuses réunions se déroulent à l'IGAS alors que les débats parlementaires sont déjà largement engagés. Certaines s'organisent en groupe de travail comprenant toutes les directions concernées de l'administration centrale, essentiellement de la direction de la Sécurité sociale, les trois caisses nationales et les mutuelles.

D'autres, au rythme d'une par semaine se tiennent avec les associations. Le COMEDE (centre de soins pour demandeurs d'asile) et le Gisti ont rejoint Médecins du Monde pour participer à la préparation des décrets d'application. La concertation avec les associations, toujours fortement mobilisées, s'effectue à un rythme soutenu à la demande du cabinet. Elles font remonter dans les débats leur connaissance du terrain, des populations dont elles ont la charge, ce qui ne se fera pas sans tensions avec les professionnels de la santé et en particulier les dentistes mais aussi avec la DSS⁸⁸.

Les membres de l'IGAS en charge du dossier consultent régulièrement le cabinet de Martine Aubry pour préparer et cadrer les réunions. Ils rencontrent également les professionnels de la santé concernés par le dispositif, faisant remonter les propositions vers les organismes complémentaires et vers le cabinet. Nous reviendrons sur ces points.

A nouveau, une mobilisation générale caractérise cette phase du processus. La direction de la Sécurité sociale se voit confrontée à une multitude de problèmes à régler (politiques et techniques). Des tensions s'amplifient, surgissent, se cristallisent. Les directeurs de caisse sont inquiets et évoquent un problème d'effectif qui sera réglé par la ministre. Les bureaux des entrées des hôpitaux sont dans l'impossibilité pour le moment de faire en sorte que la personne qui arrive sans couverture puisse repartir avec la possibilité de revenir dans le circuit normal de la médecine de ville.

⁸⁸ Une citation du secteur associatif : "On a énormément gagné, contre le ministère, contre la DSS. Le frein majeur n'était pas politique, c'était la DSS, un frein technique, administratif, caché parce qu'ils n'étaient jamais en première ligne, mais on sentait leur œuvre partout. La DSS c'est l'État dans l'État."

Une prise en compte limitée des professionnels de santé

Les professionnels de santé, peu présents lors des auditions dans le cadre du rapport Boulard vont néanmoins être impliqués à un double titre. En premier lieu, au titre de l'éthique, du serment d'Hippocrate et du code de déontologie qui prévoient explicitement le devoir de soigner les personnes ne pouvant pas assumer financièrement les soins. En deuxième lieu, au titre de leur intérêt, la solvabilisation des besoins médicaux des personnes fragilisées qui est de nature à augmenter la demande globale des soins.

"Ce double titre justifie que les professions de santé apportent leur contribution à l'extension des droits. Elles pourraient le faire sous trois formes : une non application des dépassements d'honoraires à l'égard des bénéficiaires de l'APS (en référence à la carte Paris Santé) ; la négociation de prestations de qualité à prix coûtant pour les soins dentaires, les soins d'optique et les prothèses auditives ; l'application du régime du tiers payant" (rapport Boulard, Août 1998, pp. 52-53).

Les enjeux dessinés dans les scénarii Boulard, les concernent déjà car ils restreignent leur liberté de prescription et d'honoraires et insèrent un dispositif du tiers payant bien que de nombreuses conventions départementales de tiers payant existent déjà dans le cadre de l'aide médicale (notamment avec les dentistes, nous y reviendrons), ils reprocheront à la ministre d'avoir imposé ["autoritairement"] les arrêtés sans concertations.

Lors des auditions à la commission de l'Assemblée nationale, J-P. Davant déclare :

"Il est souhaitable d'impliquer davantage les professionnels de santé dans la CMU, notamment les médecins, en particulier ceux du secteur 2 auxquels devrait être demandé un engagement contractuel afin d'éviter les inégalités d'accès aux soins. On va en effet injecter dans le système de santé 9 à 10 milliards de francs, au moment d'ailleurs où la CNAM examine un plan stratégique pour faire d'importantes économies. Les professionnels, qui vont bénéficier de ce supplément de revenus, auraient dû être davantage associés au processus."

Le panier de soins et la nécessité de plafonnement des prix

La protection complémentaire prévue dans le texte de loi comprend la prise en charge à 100 % pour le bénéficiaire de l'ensemble des prestations remboursées ou faiblement remboursées par le régime obligatoire. Elle couvre en conséquence, le ticket modérateur, le forfait journalier en cas d'hospitalisation sans limite de durée et le remboursement total d'un certain nombre de biens et services mal remboursés par la Sécurité sociale et pour lesquels n'existent pas de tarifs opposables (dentisterie, optique, appareillage).

Le Haut Comité de la Santé Publique propose en janvier 2000⁸⁹ une approche du concept de panier de biens et services de santé dans le système de santé français.

"La définition du panier de biens et services actuel obéit ainsi à trois logiques différentes : une logique de listes de biens ou d'actes remboursables (médicaments, examens biologiques, ...), une logique d'activité prise en charge (hospitalisation par exemple), et une logique propre au patient (type de maladie). L'analyse du panier de biens et services actuel ne peut plus être envisagée sans la prise en compte du reste à charge que constitue le ticket modérateur. Ce dernier pondère le degré d'inclusion des différents biens et services dans le panier remboursable." (Rapport 2000, p.7)

Ou encore certains de nos interlocuteurs apportent des précisions sur cette notion et son utilisation qui leur semble abusive.

Entretien fonctionnaire

"Oui, ce que l'on appelle à tort le panier de soins. C'est aussi quelque chose que j'ai beaucoup tenté, en vain de rectifier dans la prise de parole. Il n'y a pas de panier de soins CMU ; il y a tout au plus, un plafonnement des prix d'un certain nombre de prestations pour s'assurer que base plus CMU complémentaire égal 100 %.

On ne s'est jamais posé la question de savoir si, comme dans une vraie démarche de paniers de soins, on allait prendre en charge l'échographie ou tel médicament. Le panier de soins, c'est de dire : cela c'est de l'Assurance maladie, est-ce que c'est utile, très utile, moyennement utile. On va prendre cela en charge à 50, 80, 100 % ou pas du tout. Ce n'est pas cela du tout. Il n'y a pas eu cette démarche de panier de soins. On a pris tout le panier de soins existant, avec cet impératif politique de dire, la CMU, ce n'est pas la complémentaire du pauvre. Il a droit à l'ensemble du champ, pour la partie complémentaire de l'Assurance maladie de ce qui est offert. Simplement, comme un certain nombre de prix sont libres, la CMU ne va pas payer jusqu'au bon vouloir du professionnel de santé. Et bien là, on plafonne le prix que peut demander le professionnel de santé.

C'est un plafonnement des prix, ce n'est pas un panier de soins. C'est important à noter, on l'a fait dire. Il y a un panier de soins CMU qui est celui de l'Assurance maladie, de tout le monde."

Un autre témoignage d'un fonctionnaire

" Le terme de panier de soins a été collé sur la CMU. Il y a certains biens pris en charge par la Sécurité sociale, dès lors que l'on prend en charge le ticket modérateur, on est pris à 100 %. Mais il y a quelques biens pour lesquels il n'y a pas de prix opposables et les prestataires fixent un prix librement et la Sécurité sociale rembourse sur un tarif de responsabilité. Si vous faites 100 % du tarif de responsabilité, vous n'avez pas pour autant permis à la personne d'accéder aux soins ; cela concerne essentiellement trois choses : les médecins du secteur 2, c'est à dire les médecins qui fixent librement leur tarif, en gros 24 % des médecins aujourd'hui. Les prothèses dentaires et la lunetterie. Et puis après, tout une série moins connue, certains biens pour les handicapés. Donc, le problème n'est pas de définir un paquet de biens spécifiques pour la CMU. On dit cela mais la question, ce n'était pas cela : c'était de dire tous les biens qui sont pris en charge par la sécurité sociale, pour lesquels les prix sont libres, il faut que l'on mette un mécanisme d'encadrement pour que l'objectif de la CMU qui est d'aboutir aux 100 % soit tenu. Il faut demain pouvoir encadrer le prix des lunettes, des prothèses et le prix des médecins de secteur 2. Cela est très difficile, car pour ces secteurs il n'y a pas de prix opposables.

Pour les médecins de secteur 2, c'est facile. On l'écrit dans la loi et cela les fait hurler mais on assume que les médecins de secteur 2 lorsqu'ils recevront des patients CMU pratiqueront le tarif du secteur 1. Cela fait plutôt pleurer les médecins mais c'est simple.

⁸⁹ Haut Comité de la santé publique (2000), Le panier de biens et services de santé : première approche. Rennes, Éditions ENSP.

C'est plus compliqué dès lors qu'il faut fixer un prix pour les lunettes, les prothèses dentaires avec tout un ensemble de biens pris en charge par la Sécurité sociale mais où il n'y a pas de prix. Et donc là, on demande à la CNAM et aux Mutuelles de négocier. Ils ne négocient pas ou ils n'aboutissent pas. Et on est obligé de prendre des arrêtés. Ce qui est appelé le panier de soins CMU, c'est simplement des arrêtés pour fixer des prix maximum sur tout un ensemble de prestations quand les prix sont libres. Par exemple, lorsque quelqu'un qui n'est pas à la CMU va se faire faire une prothèse chez un dentiste, il lui fait le prix qu'il veut. La personne accepte ou pas. Pour les personnes à la CMU, on est obligé de fixer un prix pour les prothèses, donc là hurlement des dentistes. C'est la profession la plus touchée par le fait qu'on va réguler ses tarifs qui ne l'étaient pas avant.

Pour les lunettes, on ne peut pas réguler le prix de toutes les lunettes et de toutes les montures, bien évidemment. Néanmoins, on impose aux opticiens de devoir tous proposer une monture et des verres à un certain prix."

Le principe de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire retenu dans le texte de loi va impliquer de rendre opposables des tarifs qui ne l'étaient pas auparavant notamment ceux de la dentisterie et de la lunetterie ainsi que de l'orthopédie et des audioprothèses.

Mais si la loi fixe les règles, elle ne définit pas de manière précise les prix des soins pris en charge à 100 %. En effet, les articles 25 et 26 prévoient que les tarifs et accessoires se fixent par conventions et à défaut par un arrêté ministériel prenant effet au premier janvier 2000. L'arrêté précisera alors la liste des dispositifs médicaux et des soins dentaires pris en charge par la protection complémentaire CMU ainsi que les limites du montant des frais pris en charge. De même, rappelons que l'article 20 prévoit pour les personnes bénéficiant de la couverture complémentaire, la prise en charge en plus du ticket modérateur et du forfait journalier des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement dans les limites fixés par arrêté ministériel.

Pour la majorité des biens, il existe un prix opposable. Pour le reste, les prestataires fixent un prix librement et la Sécurité sociale rembourse sur un tarif de responsabilité. Les 100 % du prix de responsabilité n'impliquent pas d'avoir accès à l'ensemble des soins, notamment ceux qui concernent les médecins du secteur 2 (prix libre), les prothèses dentaires et la lunetterie ainsi qu'une série de biens pour handicapés.

Le problème posé au ministère n'était pas en fait la définition du paquet de biens spécifiques pour la CMU mais celui des tarifs à retenir et à rendre opposable pour assurer une gratuité effective.

"Tous les biens qui sont pris en charge par la Sécurité sociale et pour lesquels les prix sont libres nous devons mettre un mécanisme d'encadrement pour que l'objectif de la CMU de la prise en charge à 100 % soit atteint".

Cela implique un encadrement du prix notamment des lunettes, des prothèses, du prix de la consultation des médecins du secteur 2. Dans des secteurs où les prix opposables n'existent pas, les honoraires sont libres et non nomenclaturés⁹⁰. Cet encadrement ne concerne que les bénéficiaires de la CMU, les autres restant remboursés sur une base forfaitaire.

Entretien fonctionnaire

"Pour les médecins du secteur 2, la loi peut prévoir que lorsqu'ils recevront des patients CMU, ils appliqueront les tarifs du secteur 1. Cela est plus difficile à mettre en place pour les autres secteurs pour lesquels la CNAM et les mutuelles doivent négocier. Ils n'aboutiront pas et des arrêtés fixeront les maximums sur tout un ensemble de prestations quand les prix sont libres. C'est ce qui est appelé le panier de soins."

La dentisterie, un exemple de cristallisation d'intérêts contradictoires

D'accords en désaccords, le conflit monte

Très antérieur aux travaux parlementaires portant sur la CMU, un accord conventionnel⁹¹ national pose en 1975 un cadre afin de rendre opposable un certain nombre de prestations dentaires. Pour signer cet accord, la profession des chirurgiens dentistes pose trois conditions : la fixation d'un niveau tarifaire en relation avec la technique, une possibilité d'évolution chaque année, un remboursement à 70 % des patients par les caisses. Ces conditions n'ayant pu être réunies, les caisses continuent d'appliquer les forfaits et les honoraires de prothèses restent libres alors que ceux des soins soumis à des tarifs opposables plafonnent.

Dans le cadre de l'aide médicale gratuite départementale, des accords locaux existent entre les dentistes et les Conseils généraux ainsi qu'avec les CPAM prévoyant une tarification opposable des actes de prothèse et le tiers payant par les Conseils généraux⁹². Selon les départements, les modalités variaient, ce qui provoque la dénonciation des inégalités d'accès à la santé sur le territoire de la part des associations.

⁹⁰ Par ailleurs, il est question de la constitution d'une classification commune des actes médicaux.

⁹¹ L'accord conventionnel doit être ratifié par les gouvernements.

⁹² Certains départements prévoient de prendre en charge des dépassements tarifaires, mais sur la base de décisions individuelles, et non d'un droit lié à l'admission à l'aide médicale sur barème. Ils sont en relation avec les CPAM et ont parfois établi des conventions notamment avec les organismes complémentaires et les dentistes. Par exemple Paris, prend en charge 2.500 F pour les prothèses dentaires dans le cadre des aides sociales facultatives et non de l'aide médicale.

Avec la centralisation de l'aide médicale et donc de sa disparition, ces accords locaux deviendront caducs.

Une négociation s'ouvre en 1996 entre les dentistes et la CNAMTS dans l'esprit de celle précédemment conduite avec la MGEN afin de trouver un équilibre entre tarifs opposables et tarifs non opposables. L'idée consiste, en schématisant, à augmenter progressivement les tarifs des soins réparateurs et en compensation, de limiter et diminuer ceux des soins prothétiques.

La première étape se déroule avec la revalorisation du détartrage en concomitance avec le plafonnement du tarif de la couronne métallique. La deuxième étape, inscrite au journal officiel prévoit la revalorisation de soins conservateurs en échange d'un plafonnement d'un honoraire de prothèse céramique. En 1998, Martine Aubry bloque l'arrêté⁹³ et avec le dispositif. Quelque temps plus tard, en 2000, la ministre revient sur sa position et tente de lever le blocage de l'arrêté mais la CNAMTS refuse en raison de la gestion des objectifs délégués (avec la nécessité de maintenir l'équilibre des comptes par convention entre l'État et les caisses – avec la loi de financement de la Sécurité sociale, elles peuvent gérer le plan de mesure d'équilibre avec les professionnels de santé). La confiance n'existe plus et la convention dentaire est dénoncée⁹⁴. Le plafonnement des tarifs non opposables se fera par arrêtés publiés le 30 décembre 1999 avec la liste des tarifs⁹⁵ fixés dans le cadre de la CMU complémentaire. En effet, les relations très conflictuelles entre l'ensemble des acteurs concernés ne contribuent pas à la recherche d'accord⁹⁶.

⁹³ L'argument serait celui de la réduction des dépenses et comme les caisses ne remboursent pas les prothèses, leur plafonnement ne change rien pour elles.

⁹⁴ Le système français se caractérise par l'articulation d'un système de distribution de soins libéral et d'un système socialisé, plafonné, à travers des conventions qui donnent à l'ensemble une cohérence.

⁹⁵ Des tarifs inférieurs à ce qui avait déjà été négocié par la MGEN notamment la base de remboursement d'une couronne céramique pour une dent de devant à 2.500 F sous réserve que le praticien encadre ces honoraires dans une fourchette au maximum supérieur de 50 % à cette valeur (soit un maximum de 3.750 F). En 1999, le tarif CMU de la couronne céramique représente 2.000 F opposable sans possibilité de dépassement. En 2004, le tarif reste identique (source : entretien).

⁹⁶ Les dentistes comme d'ailleurs l'ensemble des professionnels de santé se trouvent confrontés à des jeux d'accords entre la CNAMTS et les organismes complémentaires d'une part, et le ministère avec une délégation aux caisses pour la négociation avec les syndicats médicaux professionnels, d'autre part. En effet, la loi confère à la CNAMTS la compétence de négocier et de signer avec les syndicats représentatifs des professions de santé des conventions qui définissent les conditions d'exercice de ces professions et les modalités de prise en charge des dépenses de santé des assurés. Les dispositions de ces conventions n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvées par arrêté ministériel. La loi du 31 juillet 1991 a renforcé le rôle de l'État dans la procédure conventionnelle classique (les partenaires négocient la convention, l'État l'approuve a posteriori).

Le calcul autour des couronnes

Les montants des tarifs de couronnes, imposés aux professionnels, sont calculés à partir des informations provenant à la fois des organismes complémentaires et de tarifs moyens venant de l'aide médicale départementale, ["Mais l'inconvénient d'un tarif moyen est qu'il ne convient à personne"] (entretien).

Un témoignage d'un haut fonctionnaire

"Il y eu aussi beaucoup de débats, d'idées sur lesquels nous avons travaillé lourd. Je me souviens en dentaire, il y avait deux dossiers très lourds à gérer. Le premier était la taxation des prix CMU pour les prothèses et autres. Finalement, Martine Aubry a tranché comme elle sait le faire, à des seuils relativement bas, sans se rendre compte que cela percutait violemment les cabinets de chirurgiens dentistes qui sont sur une ligne de flottaion. Quand vous mettez la prothèse à 1500 F, le dentiste de l'avenue Georges Mandel du 16^{ème}, il n'en a rien à cirer car des CMUistes, il n'en verra pas. Le dentiste de Mantes la jolie, cela lui fait très mal. Il va avoir potentiellement une clientèle de CMUiste. Donc 1500 F pour les uns ou pour les autres, ce n'est pas pareil. Cela a beaucoup joué. Et puis cela a été très lourd à travailler. Martine Aubry a imposé cette solution."

Tout devait être prévu, le nombre de couronnes par mâchoire et par an.

Les associations se battent "dent à dent" et obtiennent dans un premier temps que la prise en charge des prothèses dentaires soit sans plafond à partir du moment où il manquait huit dents, après des heures de discussion avec la DSS et le cabinet (entretien). Dans un deuxième temps, le plafonnement à huit dents par mâchoire sera fixé.

Un entretien avec un organisme complémentaire

La négociation conventionnelle devient tripartite (ministre de tutelle, caisses, syndicats médicaux), et le gouvernement peut se substituer aux partenaires sociaux en cas de carence conventionnelle par le biais d'un règlement conventionnel minimal. La règle conventionnelle veut qu'une convention puisse prendre force de loi si elle est approuvée au moins par un syndicat médical et par deux caisses nationales.

La loi de mars 92 crée deux conventionnements séparés : un pour les généralistes, un pour les spécialistes.

La loi prévoit des négociations avec les professionnels concernés, l'article 25 concerne les distributeurs de biens médicaux et l'article 26, les chirurgiens dentistes. Pour les premiers, les négociations doivent se conclure par un accord passé individuellement avec chaque distributeur. Pour les seconds, c'est le cadre conventionnel. En cas d'échec, des arrêtés interministériels fixent les obligations s'imposant aux distributeurs de dispositifs et la limite applicable aux dépassements en matière de soins dentaires.

Déjà en juillet 1999, la direction de la Sécurité sociale prépare les arrêtés relatifs à la CMU complémentaire. On peut lire dans une note de cette époque : [il est fort probable que les prix des dispositifs médicaux et les montants des dépassements dentaires ne seront pas fixés par voie de négociation.] en raison d'une part du fait que pour la FNMF, le montant du forfait apparaît sous évalué et la fédération ne connaît pas encore les prestations prises en charge. D'autre part, les caisses n'ont pas encore lancé les négociations et cela apparaît trop juste pour aboutir à un accord dans le délai fixé du 1^{er} janvier 2000. La note anticipe l'échec de la procédure conventionnelle et en dégage le travail préparatoire qui en découle.

Notamment, l'état des lieux des prix de vente des dispositifs médicaux tels qu'ils sont pratiqués sur le marché ; le repérage pour chaque type de produit ou classe thérapeutique (qui doivent être construites) de tous les produits répondant à un besoin médical donné, du prix le plus bas du marché qui devrait être la référence pour l'établissement du prix dans le cadre de la complémentaire CMU.

"Pour les associations, il n'y en avait pas assez. On avait en face de nous des fonctionnaires qui n'avaient aucune idée de ce que c'était une complémentaire santé. Mais comment ? Tous ces pauvres gens, vous ne voulez pas couvrir toutes les dents céramiques. Il fallait faire la bouche gratuitement."

Au final, les soins dentaires conservateurs et chirurgicaux⁹⁷ et les soins d'orthodontie sont intégralement pris en charge. La CMU complémentaire couvre les prothèses dentaires dans le cadre des prix fixés par arrêtés, supérieurs aux tarifs habituels de remboursement. Le montant maximum des frais en sus des tarifs de responsabilité⁹⁸ est fixé à 2.600 F par bénéficiaire et par période de deux ans⁹⁹.

Cependant deux dérogations sont prévues à l'application de la règle du plafond, pour les appareils dentaires importants et les traitements d'orthopédie dento-faciale. En présence de cas impossibles à définir à l'avance et exceptionnels, le plafond peut également être dépassé si des soins échelonnés dans le temps mettent en cause la pertinence des premiers soins. Apparaît ainsi la notion "d'impérieuse nécessité".

Un témoignage

"Un autre point sur lequel nous avons passé un temps fou. Il y avait un plafonnement de la prise en charge et que les médecins conseils pouvaient dépasser en cas de nécessité impérieuse. Cela c'est le genre de choses que Martine Aubry nous a refilé en permanence. Je tranche et je me fous de savoir si c'est gérable ou pas. Ce n'est pas gérable. C'est quoi la nécessité impérieuse quand vous envoyez des gens sur le terrain pour contrôler ? Encore faut-il qu'ils aient des critères opposables de contrôle, sinon vous vous tapez du contentieux à tous les coups."

Ou encore une autre perspective

"Pour moi, c'est une leçon de politique, c'est que pendant huit mois on a travaillé sur le contenu du panier, on avait pas encore fixé les procédures, mais on était arrivé le 28 décembre 1999 ou le 30, à la CNAM a examiné le projet d'arrêté qui décrivait le prix des actes dentaires, fixés par la loi. On examinait le projet et le texte pour le faire sortir le lendemain. Dans la nuit, les professionnels étaient venus pour changer le texte. Il y avait une chose nouvelle, qui ne figurait pas dans ce qu'avait signé le CA de la CNAMTS, c'était le principe de dérogation, qui était le concept d'impérieuse nécessité médicale. La réponse a été immédiate et dans la presse professionnelle des dentistes, on avait tout le mode d'emploi pour contourner le dispositif CMU."

Le nouvel article L/861-3 du code de la Sécurité sociale prévoit l'ensemble des prestations prises en charge dans le cadre de la CMU complémentaire et admises au remboursement dans les limites fixées par arrêté interministériel. Ainsi, la CMU complémentaire, valable un an, prolongeable en fonction des ressources, couvre à 100 % et en "tiers payant"¹⁰⁰.

⁹⁷ Traitement des caries, extraction, visite de contrôle, détartrage, ...

⁹⁸ Les tarifs de responsabilité sont pris en compte par les caisses pour le remboursement.

⁹⁹ Ce plafond permet par exemple de prendre en charge 4 couronnes métalliques ou 2 couronnes céramo-métalliques en deux ans, et en cas d'impérieuse nécessité, la prise en charge à 100 % notamment d'une prothèse de dix dents ou plus.

¹⁰⁰ Cela comprend : l'absence d'avance de frais liés aux soins y compris la part non remboursé par la

Sécurité sociale (ticket modérateur) et le forfait journalier hospitalier ; la dispense d'envoi de la feuille de soins à la caisse d'assurance maladie, le professionnel se fait rembourser par la caisse ou par l'organisme professionnel (selon les procédures décrites dans la prochaine partie). Les soins sont donc gratuits pour les consultations médicales chez le médecin de ville ou à l'hôpital, pour les médicaments remboursés par la Sécurité sociale, les examens de laboratoire et la plus grande partie des actes pratiqués par tous les professionnels de santé.

III. LA CMU EN REFERENCE A LA BRANCHE MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE

1. LES CAISSES IMPLIQUEES DANS DE NOUVEAUX ENJEUX

Nous nous focaliserons ici sur l'entrée des caisses dans le champ des complémentaires, qui n'est pas sans induire un certain nombre de sources de brouillage notamment en ce qui concerne les frontières entre assurance et assistance.

Les caisses peuvent faire de la couverture complémentaire sans que les organismes complémentaires puissent faire de la couverture de base. Les caisses restent en situation de monopole et les complémentaires dans un système concurrentiel¹⁰¹ dans un champ dans lequel vont entrer les caisses. Cette entrée inédite des CPAM dans le champ des complémentaires produit des modifications dans leur mission de service public. Ce changement affecte plus spécifiquement le travail des guichets qui, du fait des simplifications administratives, ouvrent des droits immédiats et automatiques.

La gestion de la CMU complémentaire, un nouveau métier de guichet

Un guichet unique pour l'examen des ressources et l'application du droit d'option

Dans le cadre de l'aide médicale départementale, de nombreuses caisses ont déjà acquis l'expérience de l'ouverture de droits à des personnes prises dans la spirale de l'exclusion. Certaines caisses primaires expriment leur volonté de poursuivre cette mission, voire d'assumer à 100 % la gestion de la CMU complémentaire¹⁰². Mais à la différence des CAF, la plupart des caisses primaires n'ont pas dans leur tradition de

¹⁰¹ Lorsque la Sécurité sociale augmente le ticket modérateur et le forfait hospitalier, la position de la mutualité et des assureurs a été de dire : "ce que la Sécurité sociale ne prend pas en charge, nous ne remboursions pas". Mais, cela a induit une concurrence entre les différents organismes.

¹⁰² Dans le cadre de ce qu'elles considèrent comme leur mission et pour certaines, instaurer une concurrence avec les assureurs.

métier de guichet, de recevoir des personnes et de les inscrire en ayant vérifié leurs revenus.

La gestion de la condition de ressources

Les caisses de la branche maladie de la sécurité sociale, contrairement à celles de la famille - les CAF¹⁰³ - ne possèdent pas une expérience de détermination du droit à une prestation mise sous conditions de ressources avec le calcul des revenus imposables et non imposables, le contrôle des déclarations de ressources sur les douze mois glissants¹⁰⁴. La question a été longuement posée et débattue notamment par les organismes complémentaires. Mais les CAF se sont finalement désistées : cf. le courrier adressé au ministre par le président de la CNAF de l'époque, dans lequel il lui indique qu'il ne souhaite pas gérer l'attribution du droit de la CMU complémentaire, les CAF refusant de devenir la branche de l'exclusion sociale. Toutefois, si les CAF ne souhaitent pas traiter les dossiers de la CMU complémentaire, elles sont néanmoins prêtes à partager leur expérience et ainsi transmettre des renseignements sur la gestion de conditions de ressources et plus particulièrement sur la période de référence prise en compte pour le calcul.

Par ailleurs, la direction de la Sécurité sociale s'inscrit déjà dans une perspective de développement des caisses vers un métier de contact, d'accueil notamment avec les personnes en situation les plus précaires afin d'améliorer l'accès aux soins.

Pour le bénéficiaire de la CMU complémentaire, c'est la CPAM qui accorde le droit ; ainsi les procédures s'en trouvent simplifiées et elles sont plus immédiates. Néanmoins, certains relais se maintiennent, les services sociaux, les associations ou organismes à but non lucratif agréés par le Préfet et les établissements de santé.

¹⁰³ Le président de la CNAF adresse un courrier au Conseiller social auprès du Premier Ministre le 5 novembre 1998 (nous étions alors encore à l'époque du scénario partenarial avec l'allocation personnalisée santé) pour lui exprimer les problèmes à la fois politiques et techniques qui se poseraient si les CAF assumaient la gestion de la CMU complémentaire (cf. copie de la lettre en annexe).

¹⁰⁴ La loi renvoie au pouvoir réglementaire la fixation du montant des ressources à prendre en compte ainsi que la période prise en compte. Dans le cas de la CMU complémentaire, selon l'article R.861-8 du code de la Sécurité sociale "Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R.861-11 (bénéficiaires du RMI), R.861-14 (personnes non-salariées), R.861-15 (personnes non salariées-non agricole)". Cette période est dénoncée, notamment par l'IGAS, car elle ne correspond à aucune autre condition de référence et provoque des difficultés de gestion.

Par ailleurs, les CPAM étaient hostiles à cette modalité de période de référence de même que le cabinet ou certains membres de la DSS mais Martine Aubry refuse l'année civile qui est plus simple à gérer selon l'administration.

La gestion de l'accès à l'assurance complémentaire

◇ Les assureurs et les mutuelles contestent le fait que les caisses aient la responsabilité à la fois de gérer les conditions de ressources et de proposer la liste des organismes complémentaires susceptibles d'assurer la CMU complémentaire, se trouvant ainsi juge et partie. Ils dénoncent ce biais introduit sur le marché de l'offre. Cependant, certaines mutuelles proches du terrain sont moins enthousiastes et moins intéressées à prendre en charge la gestion des dossiers des bénéficiaires de la CMU complémentaire, car elles perdent de l'argent. Un exemple fréquemment cité est celui d'une mutuelle locale pour personnes handicapées.

Pour faire fonctionner le droit d'option tel qu'il est prévu dans les textes, les CPAM doivent présenter une liste d'organismes complémentaires établie par le Préfet de région. En effet, pour qu'il existe une offre d'organismes complémentaires, il est nécessaire que les assureurs, les mutuelles, les instituts de prévoyance, individuellement volontaires fassent la demande pour entrer dans le dispositif.

Pour certaines caisses, le processus se déroule très bien. Elles se trouvent en accord avec les organismes complémentaires. Pour d'autres, cela se révèle plus complexe.

Entretien avec un organisme complémentaire

" Une des difficultés de notre point de vue est que l'on n'est pas dans une logique d'appel d'offres. On ne veut pas être soumis à des appels d'offre faits par les Caisses. En vertu de quoi, une caisse de Sécurité sociale propose des complémentaires et c'est à l'assuré - comme il le fait aujourd'hui - d'aller faire le tour de tout cela et où les prestations ne sont pas les mêmes d'un organismes à un autre. Il n'y a plus la possibilité d'agir sur l'offre. L'offre n'existe plus."

Notre interlocuteur insiste ici sur l'effet de distorsion des règles de concurrence, notamment le fait que ce soit les Caisses d'Assurance maladie qui examinent les droits des intéressés, c'est-à-dire qui procèdent à l'examen des conditions de ressources. De plus, les caisses deviennent ainsi gestionnaires d'assurance complémentaire, sans risque et sans tarification. Pour cet interlocuteur, les Caisses d'allocations familiales auraient été plus neutres car l'examen des ressources aurait été dissocié de la présentation de la liste de complémentaires.

Un témoignage qui défend les caisses

"Les caisses sont accusées de piquer la clientèle des organismes complémentaires, mais sur le terrain certaines ne voulaient pas prendre de dossiers nouveaux de CMUC."

Un autre point de vue qui se met à la place des organismes complémentaires

"L'Assurance maladie avait dit qu'elle ferait en sorte d'orienter les personnes qui viendraient à ces guichets vers les mutuelles. Ces déclarations sont restées incantatoires. C'était un peu naïf de penser que les gens des Caisses allaient dire systématiquement, ne venez pas chez moi."

Ou encore, lorsque les questions pratiques de gestion se posent,

"C'est évident que la Caisse est bien placée pour s'inscrire au premier rang. Mais dès qu'ils prenaient une complémentaire qui n'était pas une caisse, cela se compliquait. La mutuelle des gaziers d'outre-mer s'inscrit comme agréé CMU puis à Poitiers, cette mutuelle va avoir deux CMUistes. Est-ce qu'elle va mettre en place le tiers payant pour deux CMUistes ? Il y a ainsi des questions très concrètes."

L'organisation du tiers payant coordonné

Un autre point de mécontentement et de tensions entre les caisses et les organismes complémentaires vient en effet de l'organisation du tiers payant coordonné.

La loi prévoit le tiers payant coordonné mais les textes d'application ne sont parus qu'au printemps 2000. Les organismes complémentaires de santé, déjà peu enthousiastes, ne pouvaient être payés par le régime obligatoire. Puis un système spécifique se met en place avec deux procédures. La procédure dite A, les CPAM payaient tout et puis s'adressaient aux organismes complémentaires. Ou la procédure dite "B", consistait à faire parvenir aux organismes complémentaires le montant de leur participation après que les caisses aient reçu les feuilles de soins. Ils déposent les sommes dues sur un compte, et après les caisses en assurent le paiement.

Entretien avec un interlocuteur proche des caisses

La vraie question, c'est le changement considérable et la transformation qu'a opérée la CMU. Elle a obligé du jour au lendemain, toutes les caisses de France et de Navarre à être en contact avec toutes les complémentaires quel que soit l'endroit où elles se trouvent. Alors que nous sommes habitués à gérer avec des complémentaires de proximité. Des accords locaux étaient passés. Là, on pouvait avoir à la caisse de Lille un assuré inscrit à la CMU dont la complémentaire se trouve à l'autre bout de la France. Il fallait que tout le monde puisse se parler. C'était une illusion totale parce que cela impliquait que tout le monde ait le même système informatique. Mais les complémentaires n'ont pas forcément de réseaux nationaux, ils sont éventuellement régionaux, locaux. Cet obstacle informatique a été terrible. Cela a permis derrière, beaucoup de mauvaise foi mais cela a aussi révélé les incapacités des complémentaires. Ce n'est pas leur vocation d'être en contact avec tout le monde en même temps. Ce n'est pas fini d'être réglé."

Un autre point de vue proche des organismes complémentaires

"Après on a passé des accords sur les textes qui n'étaient pas bouclés, les circulaires avec la CNAM, le ministère. On a commencé à faire des formations sur la loi à partir d'automne. Début janvier, quand on avait tous les textes, on a réalisé qu'il y avait trois millions de bénéficiaires dans les caisses. C'était colossal. Avec le RMI, on a eu trois millions en dix ans. Trois millions, cela veut dire que dans tous les centres dentaires mutualistes, le 5 janvier vous aviez des gens qui étaient avant dans l'aide médicale qui venaient en disant, "j'ai la CMU", et nous on disait : "on ne sait pas ce qu'il faut faire". Et les caisses disaient aux mutuelles, "attendez, les procédures n'étaient pas prêtes."

Notre interlocuteur cite ensuite l'exemple de la caisse primaire de la Seine-Saint-Denis submergée par les demandes et d'expliquer que cette période a été difficile pour tous les acteurs directement concernés.

"Je m'en souviens du côté mutuelle mais du côté caisse cela n'a pas dû être évident. Et après, on a fait, beaucoup de formations, beaucoup de pédagogie, avec la CNAM, avec le ministère."

Un "groupe de projet" se constitue au sein de la CNAM ainsi qu'un groupe de travail permanent en relation avec les caisses, de sorte qu'un dispositif se structure avant l'été 1999 afin d'être prêt pour le premier janvier 2000. La CNAM organise des formations pour le personnel dès novembre 1999, soit avant la sortie des décrets. L'équipe projet se déplace dans les différentes régions pour informer des débats et des avancées des négociations.

Pour les professionnels de santé, la question de la mise en place des remboursements n'est pas simple car ils se trouvent face à des interlocuteurs aux statuts et aux modes de remboursement différents. Lorsque le remboursement concerne les CPAM, il comprend la base et la complémentaire, mais dans le cas d'une mutuelle ou d'une assurance, les procédures deviennent plus complexes. Le professionnel de santé reçoit un remboursement d'une part de la CPAM et d'autre part de la complémentaire. Cette solution ne leur convient pas, ayant peur de ne pas s'y retrouver entre les différents décalage de paiement de l'un à l'autre et donc de perdre du temps. Ceci conduit, les caisses et les mutuelles à travailler ensemble pour mettre en place un circuit de gestion intégrée afin d'obtenir un système de remboursement compréhensible par les professionnels de santé.

L'accueil des bénéficiaires

Tous les agents des différents guichets doivent être susceptibles dès le 2 janvier 2000 de recevoir les bénéficiaires de la CMU de base comme ceux de la CMU complémentaire. Ils doivent tous connaître la réglementation et avoir en main les formulaires à disposition, à défaut de procédures informatiques. Les caisses font remonter leur besoin en personnel à la ministre. Une estimation du temps passé par dossier avec le contrôle des ressources (à partir de l'expérience RMI des CAF) permet de déterminer le nombre d'agents supplémentaires pour l'ensemble du réseau des CPAM. Le chiffre annoncé est de 3.000. En réalité, il en faudra moins, ce qui suscitera des problèmes entre la CNAMTS et l'IGAS.

Cette nouvelle mission d'accueil des bénéficiaires CMU marque un changement culturel fort pour les caisses, c'est ce que nous explique un fonctionnaire :

" Cette phase consistait donc à la mise en œuvre administrative, faire en sorte que les gens comprennent la réglementation qu'ils allaient appliquer, qu'ils aient les supports de travail nécessaires. Sachant que dans un premier temps, ces supports ont été manuels et la CNAM avait lancé les phases de gestion informatique pour que certaines applications soient prêtes en décembre. Ils avaient des formations à faire avec le réseau des caisses. Également, les organismes extérieurs, l'idée de la CMU c'est que les caisses reprennent un rôle d'attribution qu'ils avaient un peu perdu, que les bureaux de l'aide sociale avaient repris même si certaines caisses géraient l'aide médicale pour le compte de certains départements mais c'est le département qui était le donneur d'ordre, qui fixait ses barèmes. Donc, il y avait tout un enjeu d'accueil du public qui était de faire en sorte que les caisses soient des lieux où l'on puisse entrer en disant : j'ai un problème, soit je n'ai pas d'assurance de base, soit je n'ai pas d'assurance complémentaire, voilà les déclarations que je fais, donc je remplis les critères et normalement, une heure après vous ressortez de la caisse ou d'un autre organisme, une association, en ayant un papier, une attestation vous permettant de vous présenter chez les offreurs de soins, ambulatoire hôpital si le besoin est, en étant couvert. C'était un changement culturel important."

Un des moments forts de la mise en place du dispositif concerne le transfert de l'aide médicale départementale vers les CPAM. Avec l'ancienne aide médicale (modernisée depuis la loi Teulade en 1992), l'Assurance maladie devient prestataire de service pour le financeur, le Conseil général. La loi CMU modifie le dispositif. Lorsque le seuil du département se situe au-dessus de celui de la CMU complémentaire, les départements manifestent leur mécontentement (une dizaine dont Paris) malgré l'utilisation prévue des fonds départementaux d'action sociale ou des fonds d'action sociale des caisses.

Les CPAM se mobilisent pour gérer les trois millions de dossiers de l'aide médicale. Certains correspondent à des personnes dont les revenus se situent au dessus du seuil de ressources (soit en raison d'un barème plus avantageux dans leur département, soit parce que leur situation évolue).

Un système en caisse s'organise, des courriers sont adressés à chaque allocataire pour les faire venir aux guichets afin d'ouvrir les dossiers CMU complémentaire. Tout cela sous la pression, car cela signifie l'exclusion de certaines personnes qui jusque là bénéficiaient de l'aide médicale départementale. Les délais pour effectuer les opérations sont reportés à plusieurs reprises.

Finalement, progressivement les personnes sortent du dispositif de l'aide médicale, sans que ceci sans provoque d'explosion sociale.

Des témoignages sur les bénéficiaires de l'aide médicale départementale exclus de la CMU complémentaire

◇ "A ce moment là, on a inventé l'aide à la mutualisation, qui a très mal marché. Cela n'a pas été cela la réponse. La vraie réponse je crois qui est plus dramatique c'est que socialement cela

n'intéresse personne et les personnes dans ces situations là n'ont pas les moyens de se mobiliser. Elles sont trop isolées. Il n'y a pas de syndicats, il n'y a pas eu d'associations. Il y a des personnes qui sont sorties du seuil parce que leur vie s'est améliorée. Mais il y avait sûrement une partie qui était juste au-dessus. C'était difficile et elles se sont retrouvées dans une mauvaise pente. Cela s'est passé de manière très silencieuse alors que nous nous attendions à une explosion. On était face à une population atomisée. C'était important."

◇ "Tous ceux qui étaient dans l'AMD basculent dans les complémentaires caisses. Mais certains n'y avaient pas droit du fait que le seuil de leur département se situait au-dessus, soit une quinzaine. Pour ne pas faire de scandale, après plus de dix-huit mois, ils sont sortis progressivement, au cas par cas. Il y avait aussi les personnes qui n'étaient ni dans l'AMD, ni au RMI, couvertes par une complémentaire, mais qui devaient basculer dans la CMU. Encore fallait-il que la complémentaire ou le Directeur des Ressources Humaines leur dise. Cela a peut-être joué sur la surestimation des chiffres."

Le point de vue de l'administration sur la répartition des bénéficiaires de la CMU complémentaire selon les opérateurs en relation avec les estimations :

Entretien haut fonctionnaire AMU-CMU

"Sur les 4.500.000 bénéficiaires, soit 1.500.000 de plus que l'aide médicale départementale, pour autant que l'on connaisse les bénéficiaires de l'aide médicale départementale, c'est un des mystères statistiques de ce pays, sur ces 4.500.000, je ne sais pas combien il y en a, 500.000 à peu près, un petit peu plus aujourd'hui, qui relèvent d'un organisme complémentaire. Cette réalité montre bien qu'en définitive, les Caisses n'ont pas pris le marché des complémentaires, d'abord parce qu'à ce niveau de revenus il n'y a pas de marché. Arrêtons de raconter des histoires, il n'y a pas de marché. Il y a des gens qui peuvent relever, parce qu'ils l'ont été autrement d'un organisme complémentaire ou parce qu'ils sont suffisamment insérés socialement pour savoir ce que c'est qu'une mutuelle, ou une aspiration à en avoir une, car cela a un côté intégrateur socialement. Ceux-là sont allés vers les complémentaires, ce sont les 500.000, les autres étaient à l'aide médicale, ils sont passés logiquement à l'État, personnifié par la Caisse d'Assurance maladie. On voit bien qu'il n'y a pas eu bouleversement ni dans un sens, ni dans un autre, il y a eu maintien des frontières. Je crois que l'on a complètement mythifié l'idée que la complémentaire, avec un tel niveau de revenu, irait mordre sur la classe moyenne."

Le point de vue d'un organisme complémentaire témoigne de l'existence d'un mécontentement compte tenu de l'ampleur de l'investissement, de la mobilisation tout au long du processus de production de la loi puis de la mise en place des procédures y compris de celle qui concerne la définition du panier de soins.

Le point de vue d'un organisme complémentaire

"On s'était engagé sur un scénario. On a eu une loi qui entrait en vigueur au premier janvier 2000. On avait trois millions de bénéficiaires dans les caisses. La première impression des organismes complémentaires, c'est qu'ils ont été floué compte tenu de l'investissement qu'ils avaient fait que cela se solde comme cela, et que l'on leur dise, on n'avait pas le choix. Ce n'est pas vrai. Comme le dispositif n'était pas prêt, on n'avait pas pu mettre quelque chose en place. Les approximations étaient telles. Après, on a passé trois ans à mettre en place des procédures qui sont d'une lourdeur colossale. Et pour au bout, très peu de bénéficiaires. Alors que le gouvernement avait supplié dans des déclarations collectives pour que les mutuelles s'inscrivent dans le dispositif avant même qu'ils en connaissent les termes. Aujourd'hui dans les organismes complémentaires il y a en tout 500.000 bénéficiaires sur les 4,5 millions. C'est quand même une drôle d'histoire."

Ou encore le point de vue d'une autre fédération

"Si la mutuelle garde la CMU et garde ses adhérents, les sommes allouées ne sont pas suffisantes techniquement. Cela crée des déficits dans les mutuelles, déficit qui doit être supporté par les autres. Il se crée ainsi une tension à l'intérieur même de la mutualité."

Progressivement, des mutuelles se désinscrivent des listes mais au moins deux facteurs sont à prendre en considération pour expliquer cette tendance.

◇ En premier lieu, le montant de l'allocation versée aux organismes complémentaires qui atteint 300 euros le 1^{er} janvier 2004 (contre 228 au départ, soit 1.500 F). Les assureurs déclarent que le coût du risque est supérieur au montant de cette allocation sans compter les frais de gestion (qui s'élève entre 10 et 15 %).

◇ En deuxième lieu, se posent les questions de l'estimation des bénéficiaires potentiels ainsi que l'évolution des arbitrages.

Entretien organisme complémentaire

" En gros, comme tous les assureurs sont habitués à travailler avec un produit et une cotisation, tout le monde était parti sur cette idée là. Les assureurs santé sont habitués à travailler dans l'incertitude maximale, mais ils connaissent leur population. Il était impossible d'obtenir de la part de la DSS, des éléments de description de la population. Boulard dans son rapport avait mis : 6 millions de personnes, plus on avançait plus on voyait que c'était le premier décile de revenu. C'est un peu grossier comme approche pour faire des estimations statistiques. Nous, on avait fait faire, pour verser dans le pot commun, avec le CREDES des exploitations d'enquête : qui sont les non assurés. Parce que : qui sont les assurés complémentaires ? Cela tout le monde le savait, on arrivait à le décrire. Mais qui sont les non assurés ? Ce qui est aujourd'hui une évidence pour tout le monde, en 1998, ce n'était pas une évidence. Le fait que c'était des pauvres, quel était le gradient de revenu des non assurés complémentaires et des assurés complémentaires ? Des jeunes ? Des personnes qui ne pouvaient pas se payer une complémentaire ? Des familles monoparentales ? Des personnes qui étaient exonérées du ticket modérateur ? Comment cela se passait-il ?

Le ministère avait des éléments. Il fallait voir dans quelles conditions on travaillait. Autre type d'imprécision dans laquelle on a travaillé. Dans le rapport Boulard, on donnait des chiffres mais il y a une règle dans l'aide médicale qui était que les départements devaient couvrir à 125 % au dessus du seuil RMI. Boulard avait identifié huit départements qui étaient de ce seuil. Il s'est avéré après que le nombre était beaucoup plus élevé. Et il y avait beaucoup de départements où les règles n'étaient pas claires, parfois les questions se traitaient à la tête du client.

Le seuil fixé théoriquement a été de 3.500 F. Le RMI devait être à 2.150, avec l'aide au logement on arrivait au seuil fixé et on s'est rendu compte qu'il y avait plein de personnes au-dessus. On allait sortir du dispositif des gens qui ont basculé automatiquement de l'AMD dans le dispositif CMU. Cela faisait 1 million de personnes. C'était bien la preuve des imprécisions que nous avions. Pourquoi ce problème de l'effet de seuil ? Chaque député, quand il a regardé la réalité dans son département, s'est rendu compte que la réalité qu'il avait en face était différente.

Et comme le reconnaît un fonctionnaire

"Il y avait beaucoup de monde autour des seuils et on savait qu'il y avait une incertitude statistique sur le nombre de personnes qui in fine bénéficieraient de la CMU."

Dans l'agriculture, un plan de revalorisation des retraites était en cours et des personnes qui étaient juste au dessous du seuil fixé pour la CMU complémentaire allaient passer au dessus, avec le risque qu'ils arrêtent leur contrat complémentaire.

Ou encore, comme l'écrit à Madame la ministre¹⁰⁵ le délégué interministériel au revenu minimum d'insertion en octobre 1998 qui mentionne son regret de ne pas avoir été auditionné par J-C. Boulard pour exprimer sa préférence pour le scénario centralisé (2) en faisant référence à la population concernée et aux limites de l'enquête du CREDES :

" Cette divergence repose en partie sur le fait que nous ne parlons pas du même public : la mission s'est intéressée au mouvement de démutualisation consécutif à la précarisation de l'emploi, alors que notre administration a la responsabilité, outre des handicapés et des personnes âgées, des derniers filets de protection sociale d'une population profondément déstabilisée. Si les premiers peuvent avoir encore une certaine attitude de consommateurs, les seconds ont besoin de se voir assurer une sécurité de base."

Et de préciser en note :

"La référence aux travaux du CREDES est révélatrice de ce malentendu. Le CREDES pense établir que 45 % des personnes ayant 2.000 F par unité de consommation sont mutualisées. Mais il s'agit d'une enquête téléphonique, sur un très faible échantillon, où il y a confusion entre revenu fiscal ou salarial, et revenu total calculé au sens du RMI. Peut-on soutenir qu'une personne ayant tout compris 2.000 F de revenus peut payer une cotisation mensuelle d'au moins 250 F." et de rajouter que les "mutuelles n'ont pas l'expérience de la gestion de masse" et soulève également" les questions politiques et juridiques de l'ouverture des droits à l'Assurance maladie des étrangers en situation irrégulière et du fonds d'aide médicale d'État résiduel".

Les questions informatiques entre gestionnaires et maintien de droits

Déjà se mettait en place la carte vitale prévue par l'ordonnance de 1996 non sans poser quelques questions d'ordre technique et pratique lesquelles ont eu des répercussions sur la gestion et la continuité des droits à la CMU.

Entretien avec un fonctionnaire

" On avait un problème qui était que les droits à la Sécurité sociale étaient ouverts pour deux ans et on vous donnait une carte papier. Et en partant du principe que votre travail salarié vous ouvrait des droits pour l'année suivante et que de toute façon on vous maintenait des droits pendant un an. C'est ce qui permettait de sortir une carte pour deux ans dans le régime général, sans préjudice par ailleurs des changements de statuts qui auraient pu intervenir dans l'intervalle.

Là-dessus, on s'apprête à sortir une carte à puces que l'on n'a pas envie de changer tous les ans ou tous les deux ans. Ce n'est pas trop compliqué à mettre jour, sauf qu'on a à l'époque un nombre

¹⁰⁵ Le délégué interministériel au revenu minimum d'insertion, le directeur de l'action sociale, note pour Madame la Ministre, le 15 octobre 1998, dont l'objet mentionné est : observations de la DIRMI et de la DAS consécutives à la remise du rapport de Monsieur J-C. Boulard sur la Couverture Maladie Universelle.

assez petit de mise à jour. Et on a à l'époque un discours notamment de la part des directeurs de la CNAM, qui est de dire, de toute façon, les gens ont toujours des droits (avant le vote de la loi CMU), donc vous n'avez qu'à fixer quatre ans de maintien de droits au lieu d'un an et de cette façon on n'aura pas le problème de mise à jour des cartes. Et donc, on fixe quatre ans de maintien de droits pour les salariés du régime général¹⁰⁶. La CMU et les décrets d'application n'ont rien changé à ces quatre ans de maintien de droits."

Un autre témoignage révèle les difficultés d'harmoniser dans l'urgence des pratiques différentes dans la manière de catégoriser les individus suivant l'activité des personnes concernées :

" Faire une telle quantité de réformes, avec des problèmes informatiques, des textes que l'on a eu tardivement. On a démarré en bricolant, avec des bouts dans tous les sens. Les envois électroniques aux complémentaires ne sont toujours pas faits, parce que les complémentaires n'ont pas les mêmes règles que nous, elles n'ont pas toujours eu envie, après elles ont compris que c'était utile. On a fini par se comprendre mais c'est compliqué.

On a eu des problèmes pour repérer les adhérents CMU de la mutualité de la fonction publique, il devait y en avoir 10.000 et je crois qu'ils nous ont obligé à mettre en place 3.000 codes informatiques. C'est délirant. Eux dans chaque département ils ont plusieurs mutuelles, mutuelles des douanes, mutuelles du trésor, etc. Il faut un code spécial par organisme de chaque département. Sinon ils ne s'y retrouvent pas. Chacun a sa propre logique de mutuelle."

Un nouveau mécanisme d'affiliation sur critère de résidence

Un changement culturel

Le titre 1 de la loi marque une rupture dans l'Assurance maladie. Il institue le principe d'universalité qui n'existait pas avant, qui était inscrit dans les principes fondateurs de 1945, mais qui n'avait pas eu de traduction légale, législative.

L'article 6 abroge les dispositions qui subordonnent le versement des prestations à l'acquittement de cotisations. Ce texte modifie le code de la sécurité sociale et le code rural¹⁰⁷. Il pose pour principe que le faible montant ou l'absence de revenus ne saurait constituer un obstacle à l'ouverture des droits aux soins par une affiliation à un régime d'assurance maladie.

La dimension universelle de l'Assurance maladie s'en trouve consacrée. L'assurance personnelle est supprimée et il est introduit le critère de résidence sur le territoire français, sous réserve qu'elle soit "stable et régulière" (article 8 de la loi¹⁰⁸). Une

¹⁰⁶ Notre interlocuteur nous précise que pour les personnes du régime indépendants, la question se pose différemment. C'est le cas notamment des agriculteurs dont la couverture est liée au fait qu'ils payent leur cotisation. Ils ne cotisent plus et ils ne sont plus assurés.

¹⁰⁷ En effet, il modifie les articles suivants du code de la sécurité sociale : articles L. 161-2, L. 381-7, L.381-12, L.382-9, L.615-8, L.722-6 du code de la sécurité sociale et article 1106-12 du code rural.

¹⁰⁸ Décret n° 99-1005 du 1er décembre 1999 relatif à la condition de résidence applicable à la couverture maladie universelle (JO 2déc. 1999). La condition de stabilité suppose que les personnes sont en mesure

cotisation n'est exigible que si les revenus dépassent un certain seuil. Une personne sans domicile fixe peut se faire domicilier auprès d'une association. Et pour les jeunes, dès 16 ans, l'ouverture des droits devient automatique.

Sous la pression des associations, la charge de la preuve est renversée. L'ouverture des droits est immédiate sur simple déclaration, les preuves peuvent être apportées par la suite. Il suffit de deux justificatifs de résidence et de ressources. Le bénéficiaire de la CMU, peut se présenter soit aux services sociaux du département ou de la commune, soit dans les locaux d'une association agréée, soit au guichet de la CPAM.

La mise en œuvre des dispositifs CMU de base et CMU complémentaire, tant du point de vue administratif et informatique, marque un virage culturel pour le personnel des caisses avec la dissociation du droit aux prestations et de l'obligation de cotisation.

Entretien organisme complémentaire

" C'est fondamental. Évidemment chez les salariés où il y a prélèvement à la source et avec paiement direct de la cotisation à l'URSSAF, cela ne se voit pas. En revanche, dans les régimes de travailleurs indépendants où on envoie une lettre aux artisans, professions libérales en leur disant "vous allez payer. Vous devez tant, compte tenu de votre déclaration de revenus". Aujourd'hui, si un travailleur indépendant ne paye pas sa cotisation, il conserve son droit aux prestations. Et cela est quelque chose de tout à fait nouveau, c'est une vraie rupture. Si vous voulez étudier les modèles de protection sociale, il est clair qu'en faisant la dissociation des paiements de la cotisation de la prestation, on a basculé dans une autre logique. C'est la vraie traduction de l'universalité en terme de droit, pas seulement en terme de dispositif.

On est dans un débat compliqué, le critère de résidence n'est pas en premier, mais on a réussi à introduire le seul paramètre qui manquait dans notre système, c'était le droit sur base de résidence avec des problèmes qui ne sont toujours pas résolus depuis 2000 sur les problèmes avec les frontaliers. Le principe maintenant en France fait que lorsque vous êtes résident en France, vous êtes affilié au régime d'Assurance maladie. Quand vous êtes un résident étranger en France, soit vous êtes régi par une convention internationale, soit vous n'avez pas d'affiliation et c'est votre résidence en France qui prévaut. C'est assez facile. Mais des gens résidents en France et qui travaillent à l'étranger notamment la Suisse ? Ou l'exemple des ressortissants Hollandais en France."

Une rupture technique et conceptuelle dans la gestion administrative

Le titre I apparaît également comme l'aboutissement de débats qui commencent avant le rapport Boulard, avec l'AMU qui posait déjà le critère de résidence comme préalable aux droits à prestation. Les ordonnances de 1996, avec le décrochement contributif du système de Sécurité sociale avec l'élargissement de la CSG qui s'en suivra, marque une étape dans le processus de la déconnexion avec une affiliation

de justifier qu'elles résident depuis plus de trois mois en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue

exclusivement reliée à l'activité professionnelle dans l'assurance maladie, déconnexion qui existait déjà dans l'aide et l'action sociale.

Même si la CMU est déjà présente dans un processus qui la précède, elle marque une rupture conceptuelle et technique difficilement contestable en ce qui concerne les Caisses primaires d'Assurance maladie. Le critère de résident devient donc un critère subsidiaire d'affiliation au régime général. En conséquence, il s'opère un changement de procédures pour les caisses qui va à l'encontre de ce qui existait jusque là et remontait à 1945. Les agents des guichets ouvrent d'abord des droits et cherchent après les motifs de droits. Avant la mise en application de la CMU, l'inverse se produisait, l'usager devait d'abord produire toutes les pièces justificatives pour obtenir l'ouverture de ses droits. Ce changement a marqué culturellement les caisses où l'ouverture des droits n'est plus reliée en premier lieu à la contributivité.

Certains interlocuteurs apportent des nuances quant aux ruptures portées par la CMU comme ne témoignent les extraits des entretiens suivants.

Citons un interlocuteur appartenant au milieu syndical

" Je ne crois pas que la CMU soit une rupture. Je crois que c'est simplement une réponse à une évolution du système qui démontre que le système a besoin de correction et cette correction est liée à la situation économique. Et moi j'ai tendance à dire que c'est une très bonne chose. La CMU peut être la meilleure des choses comme elle peut être la pire des choses. Cela peut être la pire des choses dans la mesure où l'on transforme l'esprit de la CMU pour en faire une sorte de minimum de ce que devrait être le système."

Ou un autre haut fonctionnaire pour qui la CMU s'inscrit dans la continuité.

"C'est encore un système interstitiel, intelligent, qui a été jusqu'au bout d'un système national mais il n'a pas changé véritablement la philosophie avec ce qui avait commencé à se mettre en place dans un certain nombre de départements."

Mais avec des restrictions et encore des améliorations à apporter, un membre des partenaires sociaux indique qu'il est nécessaire de prendre en considération non seulement les populations les plus malades ou les plus pauvres mais aussi la gestion du périmètre de soins en partenariat entre tous les acteurs à commencer par les caisses et les complémentaires.

"Si on arrive à ce que la Sécurité sociale ne soit pas uniquement pour les gros risques (100% médical) et pour les plus pauvres (100% social), malgré les inconvénients, cela serait positif si l'accord de 1998 reste un élément fondateur d'un périmètre de soins géré partenarialement entre base et complémentaire."

Et des questions administratives restent à régler pour plus d'efficacité.

" Quand vous êtes au régime général, il peut y avoir des cases du salarié classique, du retraité, l'invalidé... Il existe un tas de sous-cases et en fait maintenant, toutes les sous-cases sont bousculées. Ce n'est pas parce que l'on en a plus besoin. Notre problème, c'est qu'en face d'une case, vous êtes retraité, etc. on a besoin de cette information là, mais quelque part, ça la transcende, mais cela va au-delà. Avant, on devait gérer les fins de droits et l'assuré devait justifier ses droits. Maintenant, cela devrait être à nous, ce n'est pas encore tout à fait le cas, mais on progresse, c'est à nous, à la fin de la situation de prendre contact avec l'assuré pour maintenir la continuité. On a inversé la charge de la preuve."

La couverture maladie universelle étend le droit à l'affiliation au régime général des personnes qui ne peuvent relever d'aucun régime obligatoire, ni au titre d'une activité, ni en qualité d'ayants droit. Au final, il s'agit d'un élargissement et d'une simplification des conditions d'accès à la couverture des risques.

2. DES ELEMENTS DE BROUILLAGE DANS LE SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE

La centralisation de l'aide médicale départementale, un des points de départ du processus de production de la loi dans le volet inscrit dans la thématique de l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies, va en définitif induire un certain nombre d'éléments constituant des brouillages dans le système d'assurance maladie, de manière explicite ou implicite, réelle ou pas, en fonction des nuances ou des ruptures apportées au dispositif au cours de sa construction.

Il ne s'agit pas ici d'entrer dans le débat des modèles d'État-providence ou sur la mixité de notre système d'assurance maladie par ailleurs largement décrits par de nombreux auteurs, mais de proposer quelques pistes de réflexion à partir des entretiens et dont l'approfondissement pourrait enrichir la connaissance du modèle français après la réforme de la CMU.

Un droit à prestation pour public ciblé dans un marché concurrentiel

Pour reprendre le titre d'un article paru dans *Informations sociales* sur le thème, le ciblage en question(s), la CMU est "*Une couverture santé à visée universelle à l'égard des plus démunis*" (Pierre Volovitch, 2003)¹⁰⁹. L'auteur, tout en décrivant les avancées de la CMU en souligne les conséquences sur le système de soins. Il remarque que le

¹⁰⁹ P. Volovitch (2003), "Une couverture santé à visée universelle à l'égard des plus démunis, la CMU en questions", *Informations sociales*, n° 108, pp.70-75.

choix politique opéré, de financer une couverture complémentaire gratuite pour quelques-uns, plutôt que d'améliorer le niveau de couverture maladie pour tous, masque deux aspects de la réalité. L'ensemble des questions exposées dans cet article montre comment des tensions apparaissent suscitées par une réforme dont l'économie est fort complexe.

L'auteur relève qu'une complémentaire spécifique ["ce n'est pas une complémentaire de tous"] et ["les soins de tous n'existent pas non plus"]. Les bénéficiaires de la CMU consomment davantage de soins hospitaliers que les autres personnes et moins de médecine spécialisée. P. Volovitch en cite quatre parmi les questions encore non résolues : la question du non-recours, le refus de soins, le tri des étrangers et l'effet de seuil. De même, il s'interroge sur la manière dont pourra évoluer le panier de soins, dont seront rémunérés les professionnels de la santé, et sur le fait de savoir comment les mutuelles vont continuer à se construire, car basées sur les solidarités de proximité (professionnelle ou géographique). Il pose enfin le problème de l'accompagnement social des patients.

L'auteur souligne qu'en fait s'il existe sur le marché une grande variété de couvertures complémentaires en termes de coût et de prestations, dans la mesure où les composantes de la couverture CMU sont définies et délimitées de manière uniforme pour tous les bénéficiaires de la part des pouvoirs publics le choix ou le droit d'option ["n'avait plus guère de sens"]. Il relie cette observation aux 85 % des contrats CMU complémentaires gérés par un régime de base. Il insiste ainsi sur l'absence d'une véritable concurrence quant aux prestations fournies et du fait de la facilité du guichet unique que représente les CPAM. L'intérêt du droit d'option pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire se trouve ainsi limité puisque quel que soit l'opérateur, la prestation est identique.

Néanmoins, la question de la concurrence garde son sens si on se centre sur le montage du dispositif et ses implications directes et indirectes ou plus exactement sur les déplacements successifs qui se sont opérés depuis le début de processus d'élaboration du contenu de la loi que nous situons au moment des auditions Boulard.

Le bilan de la loi CMU rédigé par la Mutualité française en décembre 2003, souligne également le fait que les caisses effectuent les ouvertures de contrat pour les organismes complémentaires :

"Ainsi, la loi CMU n'a pas remis en cause la répartition des rôles entre régimes de base et régimes complémentaires, mais elle a de fait instauré un curieux mélange des genres entre les délégations de gestion et l'assurance proprement dite, organisant des compensations à ses propres contradictions puisque les contraintes imposées aux organismes complémentaires ont été allégées par la liberté de choix qui leur était laissée, tandis que les organismes obligatoires devaient nécessairement gérer cette prestation, sans en être assureurs. De même, pour éviter la désaffection des populations prises en charge en tiers payant intégral par les professionnels, des procédures complexes de paiements automatiques et uniques ont été organisées, déresponsabilisant les gestionnaires. Par exemple, les caisses d'assurance maladie ont été chargées des procédures d'ouverture et de gestion des droits, ce que personne n'a jamais remis en cause. Ce point reste le talon d'Achille de la CMU-C. Ce nouveau rôle des caisses et ses conséquences n'ont pas été traités avec l'ampleur qu'ils méritaient : les caisses devenaient de fait ordonnateurs de droits et de dépenses pour les organismes complémentaires, sans en supporter aucunement les conséquences dès lors qu'un dysfonctionnement apparaissait. (p.4)"

De plus, la règle différente du forfait ou du remboursement au franc le franc selon le statut de l'organisme se révèle sans véritable fondement puisqu'elle est aujourd'hui supprimée. Au départ, dans l'idée de la DSS, la CMU complémentaire ne relève pas de la Sécurité sociale mais de la solidarité nationale pour publics ciblés. Alors, une telle conception pouvait se traduire par la différence de traitement entre les organismes gestionnaires des dépenses de santé en référence à la CMU complémentaire.

Des témoignages recueillis auprès d'organismes complémentaires

◇ " Pour la Direction de la Sécurité sociale, c'est une prestation de solidarité nationale. Ce qui n'a pas empêché Martine Aubry tout au long des débats de déclarer que c'était une vraie complémentaire. Il y a une ambiguïté entre les concepteurs technocrates de la loi, qui ont leur modalité proche du RMI et Martine Aubry qui dit : tous les citoyens sont égaux et ont le droit à leur complémentaire, à leur mutuelle."

◇ "C'est déstructurant sur le paysage français. Pour caricaturer, je dirai qu'aux yeux d'une certaine partie de la technocratie, compétente en la matière. Le privé n'a rien à faire dans l'Assurance maladie et les mutuelles c'est du privé. Dans la tête de beaucoup de gens cela ne fait pas débats. Ils ne le diront pas facilement. Mais d'un autre côté, ils sont mal placés pour dire cela car ils n'ont pas cessé de faire des remboursements. Voilà des gens qui à la fois pensent que le privé n'a rien à faire dans l'assurance maladie, ce sur quoi je peux être d'accord. Mais qui en même temps, ce sont retrouvés dans des conditions telles, qu'ils ont eu à administrer depuis combien d'années, Béregovoy en 1982-1983, depuis 20 ans ils n'ont pas cessé de prendre texte après texte sur des remboursements. De temps en temps, ils disent qu'ils font du re-remboursement, mais ce n'est pas vrai. C'est dit notamment du côté du classement en ALD de certains sujets. On voit là des gens qui font de grands écarts entre les deux. D'un côté, ils ont à administrer une baisse du niveau de ce qui semble être le seul truc légitime et d'un autre côté, ils pensent que ce n'est pas légitime. Comment s'en accommoder. A partir de là, on a des pensées claires ou on a des pensées obscures. Les pensées claires auraient été de dire : au point où on en est, il faut subventionner la complémentaire. C'est ce qu'ils n'ont pas choisi. Ils ont choisi un truc beaucoup plus compliqué c'est ce qui fait que c'est destructeur."

Les caisses assurent alors un service pour le compte de l'État : la protection complémentaire gratuite pour les plus démunis. Pour les organismes complémentaires, le bénéficiaire de la CMU complémentaire est un affilié, un client, un adhérent de l'organisme complémentaire. Sa cotisation est prise en charge par l'État et prend la forme d'une déduction de 1.500 F annuels (à l'origine). C'est l'organisme

complémentaire qui supporte alors le risque financier si le bénéficiaire coûte plus cher que la déduction fiscale, contrairement aux caisses qui sont remboursées au franc le franc dans le scénario mixte inscrit dans le texte de loi.

Une remarque sur l'avis du Conseil constitutionnel¹¹⁰ (venant d'un organisme complémentaire)

" L'avis du Conseil constitutionnel, qu'il ne faut pas oublier de rappeler, vu la suite des évènements, a quand même été de dire que, sur la différence de traitement, puisqu'il y a des différences, les organismes pourront avoir des traitements différents. Aujourd'hui, l'avis constitutionnel 2003, c'est : ce n'est pas parce que des organismes ont des missions différentes qu'ils doivent être traités différemment. La loi sur l'égalité dit que lorsque l'on est dans la même situation on doit être traité de la même façon. Elle ne dit pas que lorsqu'on est dans des situations différentes, on doit être traité différemment. Donc on peut être traité de la même façon même si on est dans des situations différentes. C'est un détournement extraordinaire du préambule de la Constitution."

Au premier janvier 2004, la règle du jeu change pour les caisses, l'État revient sur ses positions. Ce retournement constitue pour un fonctionnaire ["une véritable perversion de la philosophie du dispositif"]. Cette remise en cause par la loi de finances pour 2004 du schéma mis en place après le vote de la loi, revient pour certains à considérer les caisses "*de facto*" comme des organismes complémentaires.

¹¹⁰ Cf. la décision n°99-416 DC du 23 juillet 1999 à la suite d'une saisine par plus de 60 députés dont le point II est ainsi intitulé : La couverture maladie universelle créée par ailleurs d'importantes inégalités entre les organismes de protection sociale complémentaire et les caisses primaires d'assurance maladie.

Le Conseil constitutionnel rejette les griefs dénonçant une rupture d'égalité entre organismes de sécurité sociale, d'une part, et organismes de protection sociale complémentaire, d'autre part. "Les différences établies par la loi entre les organismes, du point de vue de leur participation à l'organisation et au financement de la CMU, sont en effet justifiées, au regard des buts visés, par la différence de leurs situations. Ainsi, les organismes d'assurance maladie ont l'obligation de participer au dispositif et non les organismes de protection sociale complémentaire."

Cf. la décision n°2003-489 DC du 29 décembre 2003 à la suite d'une saisine dénonçant l'article 82 du projet de loi de finances pour 2004 de mettre en place un forfait unifié de prise en charge des dépenses de couverture maladie universelle complémentaire relevant d'une caisse d'assurance maladie complémentaire ou d'un organisme complémentaire. Le Conseil constitutionnel rejette l'argument des auteurs du recours estimant que les dispositions en cause, "en unifiant la participation financière des caisses primaires d'assurance maladie et des organismes complémentaires, reviennent sur les dispositions antérieures qui les traitaient différemment, lesquelles avaient été déclarées conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel." Le rejet est justifié notamment les éléments ci-après :

"Il est vrai que lors de la création de la couverture maladie universelle complémentaire le législateur avait choisi de traiter différemment les organismes complémentaires et les caisses primaires d'assurance maladie, s'agissant des conditions de remboursement par l'Etat des dépenses exposées par ces organismes : les caisses primaires étaient remboursées en fonction des dépenses exposées, alors que les organismes complémentaires faisaient l'objet d'une prise en charge forfaitaire. Le Conseil constitutionnel a admis que cette différence de traitement ne portait pas atteinte au principe d'égalité, en raison des différences de situation séparant ces deux catégories d'organismes au regard de l'objet de la loi (décision n°99-416 DC du 23 juillet 1999).

Pour autant, on doit souligner que le principe constitutionnel d'égalité, s'il ne s'oppose pas à ce que le législateur traite différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes, n'implique nullement que le législateur ne puisse traiter de façon identique des personnes dont ne pourrait soutenir qu'elles sont dans une situation différente. En décidant d'unifier le régime de prise en charge de la couverture maladie universelle complémentaire, le législateur n'a, dès lors, pas méconnu l'autorité qui s'attache aux décisions du Conseil constitutionnel ni méconnu le principe constitutionnel d'égalité..."

Entretien d'un acteur ayant l'expérience de la gestion des caisses

" Aujourd'hui, les caisses sont au forfait, sont-elles devenues comme les complémentaires ? Non, il y a une grosse différence qui justifiait la différence financière. Les caisses n'avaient pas le choix. Elles ne pouvaient pas se retirer. Les complémentaires le pouvaient. Et c'est à ce titre là qu'elles étaient remboursées au forfait. L'Assurance maladie prenait tous ceux qui se présentaient, elle n'avait pas le droit de les refuser. A ce titre là, elle était considérée comme prestataire de services pour le compte de l'État. C'était un peu comme les CAF avec le RMI, considérées comme gestionnaires d'une prestation d'État. A ce titre là, les CPAM étaient remboursés au franc le franc. Dire maintenant que les caisses sont au forfait, sous prétexte que c'est comme cela qu'elles vont apprendre à gérer le risque, c'est un peu se moquer du monde. L'Assurance maladie gère déjà la totalité des dépenses de base. C'est un argument fallacieux. Ce qui est clair, c'est de réduire les dépenses de l'État et ce que l'on espère, c'est que l'Assurance maladie va s'en sortir avec l'argent qu'on lui donne. C'est trop récent."

L'État transfère les charges de la CMU complémentaire sur les caisses sous la pression de Bercy.

Entretien avec un fonctionnaire

"C'est le lobby des finances, qui trouve que la CMU coûte cher et décide. Techniquement, cela s'analyse comme un déport de l'État vers la Sécurité sociale. C'est la Sécurité sociale qui va payer une partie de la CMU complémentaire. C'est un transfert de charges dans le registre le plus classique de ce que l'on sait faire dans ce pays pour résoudre un problème financier. C'est-à-dire on transfère la charge à quelqu'un d'autre. On augmente pas les recettes, on déplace."

Un revirement qui déstabilise à nouveau le champ de la CMU complémentaire.

Ainsi, un autre acteur d'organisme complémentaire

"Qu'est-ce qui est dit dans la loi finances pour 2004 ? Il est dit que le fonds CMU ne remboursera les caisses d'Assurance maladie à la hauteur des 300 euros. Aussitôt, par une incompréhension volontaire ou non des mécanismes des finances publiques, les associations concernées, s'émeuvent. Ils disent "est-ce que cela signifie que l'on va arrêter les remboursements à 300 euros ?" Dans l'autre sens, les mutuelles s'émeuvent aussi et qui ne comprennent plus rien. En fait, il ne s'agit pas du tout de cela, simplement, ce qui ne sera pas remboursé par la caisse, les 300 euros ne sont pas opposables bien entendu à l'assuré social, au CMUiste, de même que nous on ne va pas leur opposer 300 euros. Sinon, qu'est ce qui va se passer, quand nous dans les mutuelles on dépasse les 300 euros, cela va en perte, c'est une perte qui vient manger nos fonds propres. Là qu'est-ce qui va se passer dans les caisses de l'Assurance maladie, le supplément que cela coûte ne sera plus remboursé par personne et tombera en quelque sorte dans les dépenses globales de l'Assurance maladie et le CMUiste continuera d'être remboursé. Oui mais, d'un autre côté on nous dit que peut-être dans les objectifs de la CNAM, on pourrait donner comme objectifs aux caisses d'essayer de se rapprocher de ces 300 euros. A nouveau on tombe dans l'ambiguïté. On est dans l'ambiguïté : est-ce que l'on est dans une prestation de solidarité nationale, est-ce que c'est une sorte de contrat d'assurance, elle revient. Elle empoisonnera le machin jusqu'au bout, jusqu'à ce qu'on la réforme."

Une autre réaction d'un acteur d'organisme complémentaire

"Vous connaissez le dernier épisode. C'est donc, sans dire que l'on réforme la loi CMU, mais qu'il y a un petit truc dans la loi finances. Je ne suis pas absolument sûr que l'on ait respecté tous les principes législatifs de ce pays, on verra. On a donc, à partir du premier janvier 2004, mis les caisses d'Assurance maladie en position d'être des assureurs complémentaires. Avec cet avis du Conseil constitutionnel. Là-dessus, j'attends la suite des événements. Pour nous, la question est claire, même si c'est sur un tout petit bout. A la Réunion, par exemple, où un bon bout de la population est bénéficiaire de la CMU, je peux vous dire que 50 euros de déficit, puisque c'est à peu près ce qu'ils anticipent pour l'année 2004, sur une prestation de 300, cela risque de se voir."

Là, où nous, on s'est rendu compte, je considère que cela est grave comme changement et comme décision unilatérale, législative. C'était d'afficher une économie pour le budget d'État. Il va bien

falloir que quelqu'un paye, ou réduire le forfait ce qui n'est pas le cas, puisque on l'augmentait. Cela veut dire qu'on laisse porter le déficit à quelqu'un. A l'époque, on ne savait pas comment allait réagir la CNAM, on ne savait pas comment ils envisageaient de gérer cela, et s'ils envisageaient d'abonder les fonds d'action sociale des caisses pour gérer cela. Les techniciens, comme nous, on s'est rendu compte que les consignes données étaient de préparer la gestion sur les risques, la gestion financière. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, les cotisations au titre de l'Assurance maladie obligatoire des assurés sociaux viennent financer le déficit de la CMU complémentaire."

Ou encore,

"Je leur avais dit, l'État n'a pas d'argent. Vous avez assez à équilibrer votre régime de base, ne prenez pas des risques financiers avec la complémentaire gratuite CMU."

Maintenant, les caisses vont donc aussi supporter les risques sur la CMU complémentaire. L'assujettissement des caisses au même statut que les organismes complémentaires pose la question du financement du surplus qui devra être payé, ce qui renvoie d'ailleurs à la question de la tarification, objet de tant de débats et de tensions notamment avec les professionnels de la santé.

Ou encore, comme le souligne un interlocuteur, la CMU porte avec elle la mise en concurrence :

" De la manière même dont elle a été conçue je pense que l'on va vers un système qui va s'équilibrer de manière différente pour une raison assez simple. Finalement, on voit bien que le système de régulation budgétaire ne peut qu'échouer dans un dispositif comme celui-là. Les dispositifs de régulation par la qualité sont un dispositif de régulation qui à terme peut amener des inflexions, c'est un système où il est facile d'obtenir des résultats. Qu'est ce qui reste comme système de régulation ? Il reste le système de marché. On va nécessairement à un moment ou un autre être amené à franchir ce pas."

L'entrée du 100 % sur critère social dans l'Assurance maladie

Articulée autour de la problématique, soutenue par les associations, des inégalités de l'accès aux soins et de la nécessité d'arriver à un taux de gratuité élevé pour décider les personnes démunies à se soigner (l'enquête du CREDES sur la renonciation aux soins a eu un fort impact sur cette problématique), la CMU est inspirée par le souci de se tourner vers les plus démunis, les personnes du dernier décile des revenus. Ce positionnement s'inscrit dans les programmes et plans nationaux de lutte contre les exclusions conformément aux directives européennes.

Pour ne plus stigmatiser les plus pauvres, ces derniers entrent dans le système de droit commun bénéficiant d'une gratuité à 100 % sur critère social. Un autre brouillage apparaît entre filet de sécurité et insertion dans le droit commun.

Pour ne plus stigmatiser les plus pauvres dans le système de soins et les faire entrer dans le droit commun de l'assurance maladie

Le point de vue d'Odette Grzegorzulka exprimé lors de la 1^{ère} séance du 28 avril 1999,

"Les bénéficiaires de la CMU seront soignés comme tout le monde. C'est la fin d'une médecine spécifique pour les pauvres, de la médecine à deux vitesses, de la fracture sanitaire. ", "Le système est extrêmement stigmatisant pour les plus démunis qui, bénéficient de bons d'aide médicale. Dorénavant, il n'y aura plus, d'un côté les assistés sociaux et de l'autre côté, les assurés sociaux. "

Michel Grignon précise dans l'article "Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie" paru en 2002¹¹¹ :

"Le filet de sécurité vise donc à garantir aux pauvres un accès "réel" aux soins, qui se manifesterait par une réduction des disparités de recours entre eux et le reste de la population. Dans la CMU, le moindre recours éventuel des plus pauvres au produit de couverture proposé d'une part, au système de soins d'autre part, n'est plus considéré comme l'exercice légitime, de leur part, de leur liberté de ne pas se soigner, mais plutôt comme un défaut du système d'assurance ou de délivrance, qu'il convient de traiter, au même titre que le manque d'appareils d'IRM dans les hôpitaux français."

Ce "filet de sécurité" soulève également de vifs débats autour des frontières entre assurance, assistance et privatisation¹¹² du système d'assurance maladie.

Dans son intervention à l'Assemblée nationale, Martine Aubry (2^{ème} séance du 27 avril 1998 à l'Assemblée nationale) se défend de libéraliser le système suivant un modèle comme celui qui prévaut aux États-Unis

"En effet, les programmes "Medicare" et "Medicaid" destinés respectivement aux personnes âgées et aux pauvres laissent de côté 11,2 millions de pauvres aux États-unis, qui n'ont aucune couverture sociale. Ces deux programmes, par ailleurs, ne concernent que la couverture de base, pas la couverture complémentaire, dans la plupart des États. Enfin, les bénéficiaires de ces programmes ne peuvent s'adresser qu'à des médecins ou à des services qui ne sont pas ceux de tous ; c'est l'inverse du système que nous mettons en place, puisque les bénéficiaires de la CMU bénéficieront de la même médecine que les autres et non d'une médecine de second ordre qui les mettrait au bord de la route.

En écho, j'ai entendu dire qu'avec la couverture maladie universelle, le Gouvernement faisait de l'assistance. Mais pour nous, ne pas mener à bien ce projet serait de la non-assistance à personne en danger ! La couverture maladie universelle est - nous en sommes convaincus sur la plupart de ces bancs - une réforme fondamentale. Pour moi, elle est une des plus essentielles parmi toutes celles dont j'ai eu à débattre avec vous dans cet hémicycle depuis deux ans.

Rappelez-vous le débat que nous avons eu sur l'exclusion. Certains nous demandaient alors d'augmenter plus substantiellement les minima sociaux. Nous avons certes procédé à des rattrapages, mais nous avons dit très clairement que nous souhaitions surtout que devienne effectif l'accès aux droits fondamentaux. Je préfère - et de loin ! - permettre de se faire soigner gratuitement à qui n'a pas les moyens de le faire que d'augmenter les minima sociaux, comme certains ici le réclament aujourd'hui alors qu'ils ne l'ont pas fait pendant quatre ans !"

¹¹¹ Grignon M. (2002), "Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle", *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 145-174.

¹¹² Certains titres de presse révèlent le spectre de la privatisation :

La Tribune : "Quand les complémentaires cherchent à prendre pied dans le système" (3-3-1999)

Le Monde : "Les compagnies privées se posent en partenaires de l'assurance-maladie" (17-2-1999)

Les échos : "Les assureurs poussent leurs pions dans la santé" (15-2-1999)

Mais de fait, des mécanismes propres à l'aide sociale se trouvent introduits dans la branche d'Assurance maladie de la Sécurité sociale qui était fondée historiquement sur une logique professionnelle. Ce phénomène marque un tournant contrairement, à ce qui se joue dans la branche famille où il existe déjà un grand nombre de prestations soumises à conditions de ressources.

La question des frontières prend de multiples formes : entre un système constitué en monopole et un autre concurrentiel, entre un système obligatoire et un autre facultatif, entre un système effectivement financé sous forme d'impôt et un autre sous forme de prime, entre un système d'assurance maladie dont les remboursements sont de plus en plus réduits et un autre fondé sur l'adhésion à des contrats collectifs pour une grande partie de la population ayant un emploi (selon la taille et le secteur de l'entreprise).

Martine Aubry conteste cette critique, elle s'exprime lors de la 2^{ème} séance du 27 avril 1998 de l'Assemblée nationale,

"Je sais bien que, dans notre pays, nous aimons les faux débats. Mais autant dire les choses clairement : la couverture maladie universelle ne modifie en rien les frontières entre la Sécurité sociale de base et la couverture complémentaire. Aucun Français ne bénéficie aujourd'hui d'une couverture complémentaire par la Sécurité sociale, aucun Français n'a de couverture de base par une complémentaire ! Rien ne changera demain, nous garderons le même dispositif et il n'y aura aucun coût supplémentaire pour la Sécurité sociale puisqu'il s'agit d'un fonds financé par la solidarité. Et même, au-delà de l'objectif majeur que constitue ce projet, il est clair que si nous sommes capables de faire de la prévention et de soigner plus vite et mieux, nous ferons faire, à terme, des économies à la Sécurité sociale."

Mais la nouveauté réside plus dans le brouillage des frontières entre sécurité sociale et action sociale. D'où la nécessité pour certains de la Direction de la Sécurité sociale de créer des moyens pour assurer l'étanchéité entre assurance maladie et prestation de solidarité santé sous conditions de ressources.

Entretien avec un fonctionnaire

"L'administration, relayée par le cabinet, a été de rendre étanche le dispositif de la CMU complémentaire par rapport à la Sécurité sociale de façon à bien garder la frontière entre base et complémentaire. La CMU complémentaire, ce n'est pas de la Sécurité sociale. Concrètement, les articles de la complémentaire sont codifiés dans les livres 8 du code de la Sécurité sociale, qui n'est pas de la Sécurité sociale. C'est dans cette partie que l'on trouve l'AAH, les allocations logement. Cela est très symbolique. Le contentieux de la CMU se porte devant les commissions départementales de l'aide sociale et non pas devant les tribunaux des affaires sociales. C'est un contentieux administratif, c'est à dire commission départementale d'aide sociale et en appel (la commission centrale de l'aide sociale) et en cassation, le Conseil d'État. Ce sont des petites choses microscopiques mais qui marquent la volonté de dire que ce n'est pas de la Sécurité sociale. Et donc un financement spécifique et un fonds qui isole bien les circuits. "

Le débat à l'époque se trouvait fortement influencé par la question de savoir si les complémentaires allaient reprendre la base et si la base faisait de la complémentaire ["C'était un débat politique au plus haut niveau."]

Néanmoins, certains de nos interlocuteurs (appartenant aux champs de la complémentaire et des partenaires sociaux) expriment leur crainte de voir la CMU devenir un "filet de sécurité" et le processus de transfert d'objectifs vers les organismes complémentaires se poursuivre du fait que les populations les plus démunies se trouvent aujourd'hui protégées à 100 % sur critère social.

Pour eux, le risque d'une couverture à minima est bien réel et en craignent les conséquences : privatisation, prise en compte du risque santé...

Entretien mutuelle

"Ce que je mets en cause actuellement, c'est la spécialisation du risque santé, pour que l'on ne puisse pas tarifier des populations. Avec la CMU, c'est un des cliquets que nous avons obtenu. Avec la CMU, vous ne pouvez pas tarifier en fonction de leur risque, de leur état de santé sauf que l'idée c'était de la généraliser à l'ensemble de la population. C'est interdit en France mais autorisé aux États-unis, une tarification en fonction du risque. Le fondement de l'assurance est consubstantiel au risque. Un bon assureur, c'est un bon discriminateur. Les mutuelles ont tendance à faire pareil. Mais les risques ne doivent pas être source de discrimination, exemple le sida."

D'autres craignent l'apparition d'une Sécurité sociale à deux vitesses.

Entretien fonctionnaire

" La CMU reste un dispositif balai, c'est une notion de droit quand les autres droits ne sont pas vérifiés, c'est vraiment une question de subsidiarité. L'inverse de la charge de la preuve, le droit immédiat, cela reste quand même un dispositif balai et surtout il est clair qu'en livrant une notion qui n'était pas celle de l'Assurance maladie universelle et qui est une notion, qui je crois est promise à un grand avenir, qui est la notion de panier de biens services. Elle ouvre la voie à un système de protection sociale à plusieurs vitesses. En revanche, elle permet d'avancer vers une dissociation en fonction des niveaux de revenus entre les droits de chacun, en évitant le reproche d'une médecine à deux vitesses, c'est-à-dire, au fond si on veut dissocier les différents niveaux de remboursements et de prise en charge, des amplitudes de prise en charge différentes, cela se fera nécessairement au détriment des plus pauvres.

En réalité, à partir du moment où il y a une couverture maladie universelle qui assure un panier de biens de services que l'on peut juger comme étant celui nécessaire au maintien en bonne santé d'une partie de nos concitoyens, ce reproche n'est plus rationnel si par ailleurs à d'autre niveau de revenu des degrés de liberté dans l'ampleur de la couverture proposée à chacun. On est dans une approche extrêmement libérale. Vous assurez un socle que vous pensez bien dimensionné pour chacun et vous pouvez ensuite ouvrir aux autres niveaux de revenu des degrés de liberté en associant une classe de cotisations et une ampleur de panier biens de santé. Et en disant, si vous cotisez tant de francs, vous avez tel panier de biens services. Vous cotisez pour tant de francs plus 10, vous avez tant de biens services majorés. Vous pouvez le faire en étant complètement blindé par rapport à cette accusation de médecine à deux vitesses puisque pour la partie la plus pauvre de la population vous avez défini le socle de couverture qui permet de rester en bonne santé. C'est très paradoxal, mais cela vient ouvrir complètement le dispositif de protection sociale."

Mais ils n'oublient pas la prévoyance collective et d'autres scenarii.

"La mutualité fait plus de 80 % de la complémentaire et n'a pas le statut de privé. Tous ceux qui ont signé des accords collectifs dans les entreprises à travers les IP. C'est un article du code de la Sécurité sociale. La prévoyance collective c'est de la Sécurité sociale. Ce n'est même pas le code de la mutualité. Si vous faites une Sécurité sociale seulement pour les 100 % médical et les 100 % social, alors là vous avez une privatisation sur une bonne partie de médecine de ville. En revanche, si vous faites quelque chose de partenarial, il n'y a pas de privatisation."

La coexistence de contributeurs et de non-contributeurs dans l'assurance maladie

De même, d'autres interrogations surgissent du fait de l'introduction au sein de l'Assurance maladie, (qui reste lié à la contributivité), d'un système issu de l'assistance¹¹³ et donc de la non-contributivité. Pour un de nos interlocuteurs syndicalistes, à partir du moment où on met des conditions de ressources, ["on discrimine, on se déplace vers l'assistanciel et on est loin d'une Sécurité sociale solidaire pour tous."].

L'article 3 de la loi CMU affirme le principe de contributivité du régime général et prévoit le seuil d'exonération du paiement de la cotisation¹¹⁴. Le premier alinéa stipule que les personnes affiliées au régime général sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret.

Un témoignage sur les différences du 100 % à critère social et à critère médical,

"La Sécurité sociale par sa culture, par ses prestations en espèces, reste une Sécurité sociale de nature contributive. Or, nous assurons un niveau de protection très supérieur aux non-contributeurs. La deuxième rupture tient au fait que nous expliquons explicitement depuis 1989, 1990 et implicitement depuis plus longtemps que la modulation du taux de prise en charge par l'Assurance maladie en fonction de l'utilité médicale et là tout d'un coup, on a pris la diagonale du fou. C'est-à-dire le taux de prise en charge à 100 %, du vrai 100 % ce n'est pas comme les ALD, du 100 % deux fois, de tout le périmètre, une première fois (comme l'ALD en maladie principale) et une deuxième fois 100 %, tout le périmètre à prix plafonné ; un vrai 100 %.

Donc nous prenons en charge à 100 % non plus en critère d'utilité médicale mais en fonction d'un critère de l'utilité sociale. Ce n'est pas fatalement contradictoire. C'est contradictoire dès lors que la prise en charge à 100 % d'utilité sociale ne s'arrête pas là où s'arrête l'utilité médicale. Le 100 % CMU concerne aussi l'homéopathie... On prend à 100 % l'homéopathie pour les CMUistes quand le remboursement passe de 65 à 35 %. Et le dentaire est remboursé à 33 %. Il n'y a pas eu l'effort de rationalisation."

De même, un autre acteur témoigne

" Les pauvres sont à l'abri, on peut privatiser le reste sans trop de difficultés. Quel est le phénomène majeur aujourd'hui dans l'évolution du système de soins ? Et à travers l'évolution des

¹¹³ Cf. l'article de Michel Lagrave (1996), dans Droit social, N°5, pp. 502-505 dont le titre est "Assurance et solidarité dans la Sécurité sociale".

¹¹⁴ Rappelons que le scénario partenarial prévoyait une cotisation. J-C. Boulard, n'était pas favorable à une gratuité complète, il nous en précise les raisons :

"C'est une erreur de ne pas demander une petite cotisation par rapport aux gens qui payent tout et qui sont très modestes. Il y a d'une part les personnes au SMIC qui payent tout, sans aucune aide, d'autre part, les personnes qui sont totalement pris en charge. Dans le cadre de la solidarité, il pourrait y avoir une petite contribution. Un droit comme les autres même si on est aidé pour l'avoir."

dépenses ? Le problème majeur, il est simple : c'est dans 7 à 10 ans l'Assurance maladie obligatoire ne recouvre plus que 20 % des français. Les 5 millions d'ALD et les 4,5 millions de CMUistes. Les 50 millions autres seront couverts par l'AMC, sans loi, en laissant faire les choses.

Ainsi, selon cet interlocuteur, l'assurance maladie obligatoire se concentrerait sur les ALD et les bénéficiaires de la CMU au titre de la solidarité nationale et les autres personnes progressivement relèveraient d'une assurance privée avec un cahier des charges sans débats parlementaires. Par ailleurs, il distingue parmi les phénomènes d'explosion des dépenses, ceux qui relèvent de l'effet démographique et ceux qui relèvent d'un choix politique. Cet interlocuteur souligne également que, sur cette question, le clivage gauche droite n'est pas véritablement marqué, en particulier du fait que les ministres sont peu nombreux à comprendre les mécanismes de la Sécurité sociale et que bien souvent, ils sont d'abord spécialistes du Travail plutôt que de la Santé.

Un acteur de l'accord du 11 février 1999 s'exprime également sur la différence de traitement des assurés dans le système d'assurance maladie,

"Sur la CMU, j'étais personnellement contre la manière dont cela s'est fait. Parce que l'on a dit : les gens qui sont à la CMU peuvent prendre la complémentaire à l'intérieur de la Sécurité sociale. J'étais violemment contre cela et les faits me donnent raison aujourd'hui, pour deux raisons. Un, une frange de la population, les plus faibles sont enfermés dans un ghetto. Un salarié, un retraité ont leur régime de base et leur complémentaire. Le plus défavorisé, on lui dit : toi tu es ailleurs. Le deuxième point, la Sécurité sociale est une assurance sociale. Tout le monde paye en fonction de ses revenus, CSG ou cotisation. Mais quand il accède au système de soins on ne lui redemande pas sa fiche de paye ou sa déclaration d'impôt. Il n'y a pas de critère de ressource dans le système d'Assurance maladie. On prend des gens à 100 % mais pour des raisons médicales. Que la raison médicale soit pour un pauvre ou pour un riche, la raison médicale est la même. Pour la première fois, une partie de la population, la SS prend en charge à 100 % sur la base de critère financier et non sur des critères médicaux. C'est la transformation d'une Sécurité sociale à deux vitesses, ou cela peut l'être car on a créé le fonds CMU qui rembourse à la Sécurité sociale. Depuis janvier, les caisses ne sont plus remboursées au franc le franc, on est déjà dans la mutualisation dans le salariat et pas sur l'ensemble. Le risque existe où un jour la Sécurité sociale assure à la fois ceux qui ont une pathologie lourde et ceux qui sont très pauvres. C'est un risque, on a été plusieurs à le dire à Martine Aubry."

La CMU, une étape de plus vers le modèle beveridgien ?

Pour la majorité de nos interlocuteurs, tout en marquant des points de rupture dont nous avons rendu compte, la CMU s'inscrit dans des courants déjà préexistants et dont elle représente une sorte d'aboutissement.

L'assurance personnelle déjà fondue dans le régime de base en 1978

Entretien fonctionnaire

"Moi j'ai envie de dire que l'on est dans un mouvement de débismarckisation continu dont l'étape importance de ce mouvement est la loi de 1978 sur l'assurance personnelle. L'idée de créer un régime, encore un régime à part mais géré par le régime général, et financé par l'ensemble des régimes, c'est déjà l'idée que l'on donne de la Sécurité sociale, pour le coup c'est bien de la

Sécurité sociale et non pas de l'aide médicale, à tous les français qui n'ont pas de Sécurité sociale. C'est la Sécurité sociale pour ceux qui n'en ont pas. Après on prévoit un système de cotisations, cela est très bismarckien, et on dit que par définition ces gens ne peuvent pas payer, on va leur faire prendre en charge les cotisations par l'aide médicale. Et là on est déjà sorti. Mais avec une prédominance philosophique, là aussi de principe de la Sécurité sociale, c'est d'abord l'assurance personnelle de la Sécurité sociale et ce que va faire en définitif la CMU de base, c'est casser les murs de l'assurance personnelle, régime identifié, et fondre ce régime dans le régime général. Ce n'est plus qu'un critère du régime général. La CMU de base, c'est ce que j'appelle l'assurance personnelle hors les murs. Mais, sur ce plan là, le grand pivotement, c'est 1978. La CMU termine le chemin. Dans ce sens là, la loi CMU, comme celle de 1978 sont beveridgiennes.

L'achèvement de l'exclusivité de l'affiliation professionnelle

Entretien fonctionnaire

"Un élément fondamental, c'est de dire : qu'est ce que c'est la CMU, c'est de dire qu'il y a des droits qui ne sont pas liés au travail, par rapport au plan Laroque de 1945. On dit il y a des droits sociaux qui ne sont pas liés au travail. La santé en est un à l'évidence. C'est un apport considérable, c'est la construction que l'on a des droits civiques et sociaux. Tout était largement avancé depuis 1945, mais progressivement, cela s'est défait mais là cela s'affirme dans l'article premier de la CMU."

Mais déjà préparé par le financement par l'impôt en 1996

Entretien fonctionnaire

"C'est un projet qui s'est inscrit dans la perspective ouverte en 1945, mais non concrétisé de généralisation en généralisation dans la généralisation de la Sécurité sociale. Il y avait eu des lois de généralisation, qui s'appelaient des lois de généralisation : Simone Veil en 1978 qui visait à élargir les conditions d'ouverture des droit, du régime de base, de manière à ouvrir le plus largement possible l'accès. Le choix de 1945 était un choix bismarckien. On rattachait des droits à une activité professionnelle salariée/non salariée et dérivée d'une activité professionnelle. Une activité d'une personne dans le ménage ouvrait des droits. On n'était pas dans le cadre de choix beveridgien résiduel.

Quand vous lisez le discours de Juppé en 1995, c'est peut-être la première fois au niveau d'un premier ministre que la notion de couverture maladie universelle apparaît. C'était aussi une inspiration, liée en partie par ailleurs de ce qu'on voulait faire de la Sécurité sociale, à savoir trois choses. Entrer dans un processus faisant intervenir le Parlement dans les grands choix de politique financière. C'est la révision constitutionnelle, les lois de financement de la Sécurité sociale. Opérer l'unification du financement de la branche Assurance maladie en la faisant financer par ce qu'appellent les partenaires sociaux une cotisation "multi juridiquement État impôt" qui s'appelle la CSG. À partir du moment où on fait financer l'Assurance maladie par un impôt et que le budget prévisionnel de l'Assurance maladie est arrêté par la représentation nationale. Le taux de la CSG est fixé par le Parlement ce qui n'est pas le cas du taux des cotisations.

Entrer dans une logique d'ouverture de droits sous critère de résidence. La logique de cette transformation, que certains ont appelé étatisation de la Sécurité sociale, était que l'on coupe le lien, de ce qui restait du lien entre activité professionnelle et ouverture de droits. Donc, sans ressusciter des débats philosophiques, le basculement, c'est 95-96 avec trois dimensions. Le Parlement vote les lois de financements de la Sécurité sociale. L'Assurance maladie tend à être financée par l'impôt sur les ménages. Il était logique dans ces conditions que plutôt de persévérer dans la voie d'une généralisation et de ce que les mauvaises langues disaient on va généraliser la généralisation. Au lieu de procéder sur un mode dérivé, essayons de contourner les conséquences indésirables d'un principe qui était un principe professionnel, essayons d'opérer le basculement philosophique, épistémologique et juridique. L'arrivée du chômage a perturbé le mode Laroquien initial avec le développement du chômage de masse. On voit bien que notre système, même si on avait pris un tas de mesures d'exception pour rattraper, n'était plus en phase avec ce qu'était la société à la fin des années 90.

L'option de principe, c'était une rupture forte que le Parlement s'en mêle et que le financement vienne de l'impôt. Pour éviter de traîner en permanence ces questions de rattraper ceux qui passaient à travers les mailles du filet construit sur une logique professionnelle. C'est une longue histoire, pour l'Assurance maladie de base, cette volonté de clore les différents chapitres de la généralisation de la généralisation qui est ouvert depuis 1945, et en même temps d'ouvrir, ce qui n'a jamais été fait en temps que tel, de reconnaître le droit à l'Assurance maladie dans notre pays sur une condition autre que professionnelle, non dérivée de l'activité professionnelle, qui était la condition de résidence.

Et l'aide médicale, ce n'est pas de la Sécurité sociale, c'est de l'assistance. C'est reconnaître objectivement des droits que l'on peut faire valoir devant des tribunaux. A savoir du fait d'une résidence régulière et stable donne droit à l'Assurance maladie.

On est à la française, ambiguë. On conserve les apparences d'un régime bismarckien, mais on veut les deux à la fois. Les deux systèmes coexistent, ils ont une reconnaissance (assurance, assistance). Il y a eu des tentations de sortir les plus démunis de l'Assurance maladie ordinaire, d'isoler les charges. C'est une forme de segmentation de la population. Aujourd'hui, dans les comptes de la CNAM, il n'y a pas de dissociation de gestion Assurance maladie universelle. Les assurés à titre de la condition de résidence sont des assurés comme les autres, mais assurés sur une base juridique différente des autres, leurs dépenses et leurs recettes font masse. On peut les aider à acquérir des droits complémentaires mais pas à les isoler ou les stigmatiser.

L'universalité est atteinte sur le principe. De ce point de vue là, c'est une belle réussite accompagnée d'un long processus."

Avec néanmoins le maintien de l'architecture bismarckienne

["Mais la CMU de base maintient les frontières socio-professionnelles et dans ce sens là on reste bismarckien. On est toujours sous le régime de la mixité."], précise un de nos interlocuteurs fonctionnaires. Mais souligne une autre personne interviewée : ["Derrière la façade bismarckienne, on a une construction complètement moderne. Au fond les esprits sont beveridgiens. On a droit à la protection sociale, du risque maladie du seul fait d'exister. Cela est beveridgien. Ce n'est pas parce que je suis travailleur, que je paye des cotisations que j'ai droit à une couverture. J'existe donc j'ai droit à être couvert. Et toute la mécanique de gestion est bismarckienne. Avec cette façade de répartition encore en régime qui reste très forte dans la vie socio-politique. Mais l'esprit est beveridgien."]

L'aboutissement d'un processus avec toutefois une rupture symbolique

Entretien fonctionnaire

"Ce n'est pas la CMU qui marque la rupture, c'est une tendance lourde qui marque tout le système. Elle est symbolique, on déconnecte l'assurance de l'activité professionnelle. C'est une déconnexion juridique et symbolique beaucoup plus que pratique. Le grand apport c'est que cela comporte vraiment une restructuration du système de santé, si on veut s'en servir. Cela va au-delà des soins aux plus démunis, à travers les éléments structurants tarifs opposables, le tiers payant. Il y a des enjeux derrière qui resteront peut-être lettre morte, qui resteront peut-être circonscrits à la CMU."

Un autre témoignage d'un fonctionnaire

"Pour moi, il n'y a pas de rupture. C'est plutôt l'achèvement d'un processus. La logique n'a pas été totalement bismarckienne, elle l'est effectivement par l'affiliation professionnelle mais depuis très longtemps il n'y avait plus la pureté bismarckienne, car il y avait les notions de maintien de droits pour les chômeurs. On voyait bien que le système visait à couvrir l'ensemble de la population. Son vrai objectif, sa finalité à travers la multiplication de critères d'affiliation superposées était de réussir à couvrir l'ensemble de la population et c'était l'achèvement de ce processus."

Ou encore,

"Il y a une rupture intellectuelle, de principe très fort mais elle n'est pas donnée dès le départ. La loi CMU va reprendre quelque chose de l'inspiration de l'AMU avec le principe de critère de résidence, cela est bien emprunté à l'AMU, mais on voit bien que cet article est un peu fondu dans la masse et quand aujourd'hui on parle de CMU, ce n'est pas à cela que l'on pense. Donc, c'est important de montrer le basculement opéré, au crédit de la gauche. Les travaux techniques avaient sûrement donné une sorte de culture latente qui faisait que la question de la couverture complémentaire était posée. L'AMU est une autre logique, c'est une logique d'une grande simplification de l'Assurance maladie. En terme de philosophie sociale, l'AMU est un grand projet de réécriture de 1945, c'est quand même une assurance généralisée sous la condition de résidence, le critère socio-professionnel devient secondaire. L'idée était de le garder uniquement pour classer les gens dans les caisses de gestion, et non plus d'affiliation, on n'imaginait pas supprimer le régime des agriculteurs, le régime des travailleurs indépendants et les régimes spéciaux. Et que l'on se sentait obligé derrière le critère de résidence des critères de répartition administrative de la population. Ce qui permettait que les gens qui étaient couverts au titre de la résidence de dire qu'ils avaient droit aux mêmes prestations, ce qui permettait l'harmonisation des prestations, avec un financement commun qui était la CSG et à partir du moment où il y avait la CSG on pouvait mettre à bas les mécanismes de compensation démographiques qui rendent le dispositif extrêmement complexe. C'était un schéma extrêmement pensé, très ambitieux. La gauche, d'une certaine façon va faire l'AMU, mais dans le désordre. Ils vont créer la CSG maladie, sans chercher à avoir le substrat philosophique de l'unicité du critère d'affiliation. Ils vont aligner les prestations un peu plus tard des travailleurs du régime indépendants sur le régime général. Ils vont faire l'AMU dans le désordre. Sans chercher à le dire. C'est une forme de contre-pied historique, qui fait qu'au final on arrive au résultat car on voit bien qu'il y a une ligne de force. On y arrive mais pas avec la démarche presque à la française de l'AMU, la grande réforme, sans avoir la condition de résidence pour tout le monde mais c'est encore bricolé mais le résultat est là, et c'est peut-être l'essentiel."

Conclusion

L'analyse des conditions d'élaboration de la loi instituant une couverture maladie universelle met en évidence un certain nombre d'éléments caractéristique des processus de réforme dans le champ de la protection sociale.

En premier lieu, les acteurs sociaux entendus au sens large, puisque dans le cas de la couverture maladie universelle (CMU) ils incluent les partenaires sociaux aussi bien que les associations et les différents organismes d'assurance maladie de base ou complémentaires, y jouent un rôle déterminant. Le projet de la loi est le fruit d'une concertation extrêmement approfondie pilotée par le Cabinet de la ministre de l'emploi et de la solidarité. Les modifications apportées par le Parlement ont eu un caractère limité par rapport à un projet de loi.

En second lieu, la réforme apparaît comme le résultat d'interactions entre les positions des différents acteurs qui évoluent, d'ailleurs, tout au long du processus d'élaboration de la réforme. Le projet initié à l'origine par l'administration en vue de créer une assurance maladie universelle et qui aboutissait à une refonte d'ensemble du système de couverture maladie est abandonné. Le rôle des associations à l'origine de la demande sociale qui justifie la réforme ainsi que celui des mutuelles qui se proposent comme parties prenantes du dispositif paraissent avoir été déterminants dans l'évolution du projet vers ce que sera la couverture maladie universelle.

Dans la définition du dispositif les choix se cristallisent autour de trois grandes questions qui contribueront à structurer les positions des acteurs, et dont le traitement ne sera pas exempt de tensions, par exemple entre le mouvement associatif et la mutualité, au sein du mouvement associatif lui-même, entre le président du conseil d'administration de la CNAMTS et certains directeurs des caisses, entre les partenaires sociaux participant à ce conseil d'administration, entre le cabinet de la ministre Martine Aubry et la mutualité... :

- La question du champ des bénéficiaires. Le choix du plafond de ressources et la mise en place d'un dispositif comportant un important effet de seuil semble résulter

essentiellement de contraintes techniques. Il fallait, en effet, concilier l'enveloppe budgétaire fixée pour le financement du projet avec la nécessité de prévoir une condition de ressources supérieure ou égale au niveau pratiqué dans le cadre de l'aide médicale, dans la plupart des départements. L'évaluation très élevée faite à l'époque du nombre potentiel des bénéficiaires a, sans doute, également pesé sur les choix.

- La question de savoir qui gère les divers volets du dispositif : aide médicale (réformée) ou assurance maladie, CPAM ou CAF pour le contrôle des ressources, caisses d'assurance maladie ou assureurs complémentaires pour la gratuité des soins. Sur cette question les positions prises par les différents acteurs renvoient à des positionnements stratégiques, en partie motivés par des considérations extérieures au dossier de la CMU, ce qui a pu conduire certains à des positions paradoxales.

- La question du panier de soins remboursés dans le cadre de la CMU complémentaire : Le rôle des associations a été ici déterminant. Le sujet était, d'ailleurs, autant le périmètre du remboursement que le niveau des tarifs rendus opposables à certains professionnels de santé, qui sera, source de conflits. L'association tardive des professionnels de santé au chantier de la CMU aura certainement pesé sur cet aspect du dossier.

L'opposition entre gauche et droite sur le dossier, même si elle est exprimée avec force, notamment lors du débat parlementaire, paraît, en revanche, plus formelle que réelle. L'accord semble assez large, en réalité, quelles que soient les majorités au gouvernement sur l'orientation visant à achever la généralisation de l'assurance maladie, à financer celle-ci en grande partie par l'impôt, et assurer aux plus démunis un accès simple et gratuit aux soins. Les clivages semblent davantage traverser majorités de droite et de gauche que les opposer. Ils s'expriment sur des choix qui combinent considérations politiques et techniques, ce qui n'en facilite pas l'analyse. Ils portent ainsi sur la gestion d'une condition de ressources par les caisses d'assurance maladie, sur la prise en charge à 100% pour les seuls plus démunis, réalisation de cette prise en charge par l'intermédiaire des assureurs complémentaires... Sur ces différents points, les divergences de vues entre les principales organisations syndicales sont notables. Le processus de centralisation de l'aide médicale et ses implications dans le système de protection sociale est probablement illustratif de ce qu'on pourrait qualifier de brouillage droite-gauche. En fait, les clivages politiques tendent à se fondre plus ou moins partiellement dans ce qui serait une tendance lourde, long terme, représentée par

une rupture progressive dans l'approche de la politique d'aide et d'action sociale classique de lutte contre l'exclusion telle qu'elle avait été inaugurée en 1893 (loi du 15 juillet sur l'assistance médicale gratuite).

Enfin, la réforme se traduit par des ajouts au système existant, sans que les catégories préexistantes (notions d'assuré social et notion d'ayant droit, principe de contributivité...) soient remises en cause. Le critère de résidence fonctionne de façon subsidiaire par rapport aux critères traditionnels d'affiliation. Même si tous les résidents contribuent au financement de l'assurance maladie par la CSG prélevée sur l'ensemble des revenus, une contribution d'assurance personnelle reste exigée de façon résiduelle. La gestion du dispositif de nature universelle est confiée aux caisses qui gardent un caractère professionnel. Au total, on aboutit à un édifice complexe dont la nature est difficile à analyser. Dans les prolongements d'une évolution engagée dès le milieu des années 1990, le caractère mixte du système d'assurance maladie français, intermédiaire entre modèle bismarckien et modèle beveridgien, s'accroît encore.

L'analyse de la première phase de mise en œuvre de la Couverture maladie universelle est également nécessaire pour caractériser la réforme. Il était, en effet, difficile de savoir par avance si les changements de pratique gestionnaire qui étaient visés s'agissant de l'ouverture des droits se réaliseraient effectivement. Les évolutions ont, par ailleurs été sensibles par rapport au scénario que suggérait l'ouverture d'une possibilité de choix par le bénéficiaire de la CMU de son assureur complémentaire.

Même si elle s'inscrit dans le prolongement d'évolutions déjà engagées avec la gestion de l'aide médicale par certaines caisses d'assurance maladie puis avec le principe d'ouverture immédiate des droits posé par la loi de 1994, la CMU semble avoir introduit une réelle rupture dans les pratiques gestionnaires des caisses. La gestion de conditions de ressources et de l'accès aux droits des plus démunis est désormais intégrée par les caisses d'assurance maladie.

Le scénario retenu par la loi avec la possibilité pour les bénéficiaires de la CMU de choisir leur assureur complémentaire semble, en revanche, quant à lui peu à peu se vider de son contenu. De manière très massive, les bénéficiaires de la CMU choisissent les CPAM pour assurer leur couverture complémentaire. Dans les faits, on aboutit ainsi à une situation dans laquelle l'assurance maladie gère un double système de

remboursement : à 100% pour les bénéficiaires de la CMU et de droit commun pour les autres.

La différence existant dans le mode et le niveau de couverture des bénéficiaires de la CMU et du reste de la population est cependant plus complexe qu'il n'y paraît. Les premiers bénéficient, en effet, d'une prise en charge à 100% s'appliquant à un périmètre de remboursement qui est celui de la sécurité sociale et sur des bases déterminées par les textes. Les seconds bénéficient sur le périmètre considéré d'une prise en charge qui dépend du contrat de couverture complémentaire auquel ils ont, le cas échéant, souscrit. L'évolution respective des uns et des autres qui pose de délicats problèmes de gestion sera déterminante pour l'avenir.

L'architecture résultant de la mise en place de la CMU paraît ainsi aujourd'hui loin d'être stabilisée. Elle est marquée par un fort brouillage de frontières entre assistance et assurances sociales, entre couverture de base obligatoire et couverture facultative. Le point d'équilibre est susceptible de varier en fonction de l'évolution d'ensemble des dépenses de santé et de niveau de prise en charge assuré par les régimes obligatoires depuis le désistement de l'État en soumettant les caisses au remboursement de la prime par forfait tout comme les assureurs complémentaires et non plus au franc le franc, comme d'ailleurs, que des capacités financières des uns et des autres.

BIBLIOGRAPHIE

Accès aux soins, CMU

- AMALRIC J., "Instauration d'un régime universel d'assurance maladie : pour une harmonie avec les régimes actuels de protection obligatoire contre le risque maladie", *Revue française des affaires sociales*, n°3, vol.50, 1996 ;
- BALLAND V., "L'accès aux soins des plus démunis", *ASH*, supplément au n° 2171, 2000 ;
- BEAU P., "Le vrai bilan de la CMU", *Espace Social Européen*, n° 527, 2000, pp.11-18 ;
- BELANGER M., "L'accès aux soins de santé en France des étrangers ressortissants non communautaires", *RDSS*, 1994, p. 422 ;
- BORDELOUP J., "Réflexions sur les conditions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité", *Droit social*, 1988, p. 340 ;
- BORGETTO M., "Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant une CMU", *Dr. soc.*, 2000, p. 30 ;
- BOULARD J.C., *CMU : mode d'emploi*, Rapport d'information AN n° 1787, 1999 ;
- BOULARD J.C., Rapport sur la couverture maladie universelle, *Liaisons sociales*, n°102 ;
- CANIARD E., MOREAU B., YENI I., LASNES N., "Une loi négociée, la CMU : le point de vue des acteurs", *Projet*, n°268, 2001-2002, pp. 55-64 ;
- CAYLA J.S., "L'accès aux soins et la politique de santé publique", *RDSS*, 1999, p. 409 ;
- CHAUCHARD J.P., MARIE R., "La CMU : résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale ?", *RFAS*, n° 4, 2001, p. 139 ;
- COUR DES COMPTES (2001), "La mise en place de la couverture maladie universelle", *La Sécurité sociale : rapport de septembre 2001*, Documentation française, pp 358-371, 569-581.
- De Kervasdoué J., *Le carnet de santé de la France en 2000*, Mutualité Française, 2000 ;
- DESSAINT L., FOURNIER C., "Egalité des droits, égalité des chances : l'accès aux soins", *RFAS*, n° 2, 1998, p. 43 ;
- DEVERS A., "La protection de la santé de l'étranger en situation irrégulière", *RDSS*, 2001, p. 241 ;
- DIVERS, "CMU : éviter le bogues social (Dossier)", *JAS*, 1999, n° 42, p. 19 ;
- DIVERS, *Les nouveaux enjeux des politiques de santé* (ENA), 1995, La Doc. fr. ; Santé et démocratie, *Inform. soc.*, 1993, n° 26, (n° spécial) ;
- DUPEYROUX J.J., "La fin et les moyens", *Droit social*, 2000, p. 4 ;
- DUPEYROUX J.-J., MARIE R., LAFORE R., "La couverture Maladie Universelle", *Droit social*, n°1, janvier 2000, pp. 4-60 ;
- EL HAYEK C. (Dir.), *Santé et apprentissages*, 1994, La Doc. fr. ; *Santé, savoirs et insertion*, 1995, La Doc. fr. ;
- ESPER C., La coopération entre acteurs de santé : le droit est-il à la hauteur de la pratique ?, *Rapport public du Conseil d'Etat*, 1998, p. 441 ;
- FLOREAL N., Les généralisations inachevées, *Dr. soc.*, 1981, p. 35 ;
- GRANIER A., Précarité et demande de santé, *Projet*, n° 263, 2000, p. 43 ;
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (2000), *Le panier de biens et services de santé : première approche*, Rapport à la Conférence nationale de santé 2000 ;

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé* (Rapport), Ed. ENSP, 1998 ;

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* (Rapport), Ed. ENSP, 1998 ;

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La santé en France* (Rapport), La Doc. fr. 1996 ;

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Le panier de biens et de services*, Rapport, ED. ENSP, 2000 ;

HELARY-OLIVIER C., "La CMU : impact sur les mutuelles et sur l'organisation de la protection sociale en France", *Dr. soc.*, 2000, p. 41 ;

JOËL M.E., "Des soins à la santé publique", *Projet*, n° 263, 2000, p. 35 ;

JOHANNET G., "L'égalité d'accès aux soins", *Rapport public du Conseil d'Etat*, 1998, p. 429 ;

KESTEMAN N., "Santé et famille : l'accès aux droits", *Inform. soc.*, n° 81, 2000, p. 88 ;

KOUBI G., "Réflexions sur la gratuité dans le droit de la santé", *RDSS* 1999, p. 1 ;

LABOURDETTE A., "La prévention dans le domaine de la santé", *RFAS*, 1996, n° 2, p. 141 ;

LAFORE R., "La CMU, un nouvel îlot dans l'archipel de l'assurance maladie", *Dr. soc.*, 2000, p. 21 ;

LE ROUX S. (Rapport), *Les inégalités devant la santé*, Rapport, 1985, La Doc. fr. ;

LEFEVRE C., "Couverture maladie et RMI : perceptions et réalités. Des résultats d'enquête", *RFAS*, n° 2, 1999, p. 77 ;

LEGOUHY M.M., "La CMU", *RPDS*, n° 662, 2000, p. 167 ;

LIGNEAU P., "La réforme de l'aide médicale", *RDSS*. 1993, p. 99 ; L'aide médicale moribonde, *Mélanges E. Alfandari*, p. 389, 1999, Dalloz ;

LONG M., "La mise en place de la "couverture maladie universelle", *Semaine juridique*, n° 49, 8 décembre 1999, pp.2187-2192 ;

MARIE R., "La CMU", *Dr. soc.*, 2000, p. 7 ;

MARROT B., *L'administration de la santé en France*, 1995, L'Harmattan ;

MEINES A., "CMU et refus de soins : retour sur la circulaire ministérielle", *Lettre ordre national des chirurgiens-dentistes*, décembre 2001, p. 23 ;

MILLOT R., RUDELLE WATERNAUX A., *L'assurance santé : acteurs et garanties*, ARGUS, 2001 ;

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *La couverture maladie universelle : une véritable égalité d'accès à des soins de qualité*, 1999 ;

MOREAU J., "Le droit à la santé", *AJDA* (juil/août, n° spécial), 1998, p. 185 ;

MOUGEOT M., *Régulation du système de santé*, Cons. anal. écon., 1999, La Doc. fr. ;

LOUDIN J., Avis sur le projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle, Rapport au Sénat, 1999 ;

PEDROT P., "L'accès aux soins des personnes les plus démunies", *RDSS*, 1995, p. 394 ;

Pontier J-M., "La CMU et les collectivités territoriales", *Revue administrative*, n° 314, 2000, pp.175-183 ;

REMY P.L., "Points de repère pour une réflexion sur notre système de soins", *Dr. soc.*, 1999, p. 362 ;

REVOL J., STROHL H., *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, 1988, IGAS ;

ROCHEFORT R. (Dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Commissariat général du Plan, 1993, La Doc. fr. ;

SCHNEIDER-BUNNER C., *Santé et justice sociale*, 1997, Economica ;

STROHL H., "Le mythe de l'accès aux soins", *Dr. soc.*, 1995, p. 789 ;

- TABUTEAU D., "Le droit à la santé : quelques éléments d'actualité", *Dr. soc.*, 1991, p. 332 ;
- VERKINDT P.Y., "La santé des personnes les plus démunies et le rôle des organismes sociaux", *RDSS*, 1999, p. 416 ;
- VOLOVITCH P., "Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie ?", *Revue de l'IREES*, n° 30, 1999, p. 149.
- ZAIMAN C., "Le régime universel : les objectifs et les difficultés de sa mise en place", *Dr. soc.*, 1996, p. 333.

L'exclusion et pauvreté

- AFFICHARD J., FOUCAULD J.B. DE (Dir.), *Justice sociale et inégalités*, Ed. Esprit, 1994 ;
- ARNSPERGER C., "Le lien travail-revenu, problème d'interprétation", *Projet*, n° 259, 1999, p.77 ;
- ATKINSON T. et alii, *Pauvreté et exclusion*, Cons. anal. écon., La Doc. fr., 1998 ;
- BARRAT C-F. *La pauvreté*. Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? ; 3408, 1998 ;
- BERGHMAN J., "La résurgence de la pauvreté et la lutte contre l'exclusion", *Rev. int. séc. soc.*, 1997/1, p. 3 ;
- BIHR A., PFEFFERKORN R., *Déchiffrer les inégalités*, Syros, 1999 ;
- BIHR A., PFEFFERKORN R., "Exclusion, les enjeux idéologiques et théoriques d'un "nouveau paradigme" sociologique", *Revue des sciences sociales*, n° 21, 2001, p. 123 ;
- BORGETTO M., "Le rôle des associations dans la politique de lutte contre les exclusions", *L'Association*, Pub. Fac. Droit Poitiers, T. 42, PUF, 2002, p. 101 ;
- CASTEL R., "De l'exclusion comme état à la vulnérabilité comme processus", J. AFFICHARD, J.B. de FOUCAULD (Dir.), *Justice et inégalités*, Ed. Esprit; 1994.
- CHASSARD Y., "Assistance sociale et emploi : les leçons de l'expérience britannique", *Dr. soc.*, 1998, p. 269 ;
- CHOPART J.N., "Le classement des pauvres, traitement social et postures scientifiques", *RFAS*, n° 2, 1991 ;
- CHOPART J.N., ROY S. (Dir.), "Y a-t-il vraiment des exclus, l'exclusion en débat", *Lien social et politiques*, n° 34, 1995 ;
- CLAVEL G., BELORGEY J.-M., Préf. *La société d'exclusion : comprendre pour en sortir*, l'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1998 ;
- CONSEIL D'ANALYSE ECONOMIQUE, *Pauvreté et exclusion*, la Documentation française, 1998 ;
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - GAULLE-ANTHONIOZ (Geneviève de) / *La grande pauvreté : évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*. Paris : Journal officiel, 1995 ;
- DION-LOYE (Sophie) - MALAURIE (Philippe). Préf. / *Les pauvres et le droit*. Paris : Presses universitaires de France, 1997, (Que sais-je ? ; 3254).
- DONZELOT J., "Les transformations de l'intervention sociale face à l'exclusion", *L'exclusion, l'état des savoirs, La Découverte*, p. 88, 1996 ;
- EAPN (European Anti Poverty Network). Réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion - FELTESSE (Hugues). Préf. / *Lutter contre la pauvreté et l'exclusion en Europe : guide d'action et description des politiques sociales*. Paris : Syros, 1996 ;
- ELIAS N., SCOTSON J.-L., WIEVIORKA M., Préf. / *Logiques de l'exclusion : enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté*, Fayard, 1997 ;

- FOUQUET A., "Le rapport Belorgey", *Dr. soc.*, 2000, p. 677 ;
- GREFFE X., *L'impôt des pauvres : nouvelle stratégie de la politique sociale*, Dunod, 1978,
- LAFORE R., "L'allocation universelle : une fausse bonne idée", *Dr. soc.*, 2000, p. 686 ;
- LATTES G., "La protection sociale : entre partage des risques et partage des revenus", *Econ. et stat.*, 1996, n° 291-292, p. 13 ;
- OUTIN J. L., *Contribution à un rapport national sur la pauvreté et la lutte contre la pauvreté.*, Paris : Séminaire d'économie du travail, 1979 ;
- PAUGAM S., SCHNAPPER D., Préf. *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Presses universitaires de France, 1991 ;
- PAUGAM S., SCHNAPPER D., Préf., *La société française et ses pauvres : l'expérience du revenu minimum d'insertion*, Presses universitaires de France, 1993 ;
- SECOURS CATHOLIQUE, *Contribution à la préparation de la loi programme gouvernementale contre l'exclusion (septembre 1995) : analyse des 681 625 situations de pauvretés rencontrées en 1994 et propositions*, Secours catholique, 1995 ;
- SIMMEL G., PAUGAM S., Préf. SCHULTHEIS F., *Les pauvres*, Presses universitaires de France, 1998 ;

Politique sociale, protection sociale

- AUVERGNON P., MARTIN P. et alii (Dir.), *L'Etat à l'épreuve du social*, Ed. Syllepse, 1998 ;
- BEC C., *L'assistance en démocratie*, 1998, Belin ; "Les politiques d'assistance : de l'intégration à la relégation", *Revue de l'IREs*, n° 30, 1999, p. 71 ;
- BORGETTO M., LAFORE R., *La République sociale*, 2000, PUF ;
- CHEVALLIER J., "La résurgence du thème de la solidarité", CURAPP, *La solidarité : un sentiment républicain ?*, PUF, p.131, 1992.
- CHEVALLIER J., "Réflexions sur l'idéologie de l'intérêt général", *Variations autour de l'idéologie de l'idéologie de l'intérêt général*, CURAPP, PUF, 1978 ;
- COMMAILLE J., *Les nouveaux enjeux de la question sociale*, Hachette, 1997 ;
- CONCIALDI P., Pour une économie politique de la protection sociale, *Revue de l'IREs*, n° 30, 1999 ;
- De MONTALEMBERT M., *La protection sociale en France*, Centre national de la fonction publique territoriale, La Documentation française, 2001 ;
- DONZELOT J., ESTEBE P., l'État animateur, Éditions Esprit, 1994 ; Duran P., Thoenig J-C., "L'État et la gestion publique territoriale", *Revue française de science politique*, vol.46, n°4, 1996 ;
- FRAGONARD B., Éléments pour un débat sur le critère de ressources dans la législation des prestations familiales, *Dr. soc.*, 1984, p. 308 ;
- FRAGONARD B., Quelques réflexions à propos de la complexité du système de prestations familiales, *Dr. soc.*, 1995, p. 765 ;
- JACQUIER (Jean-Paul) / *Le paysage social français : acteurs, enjeux et fonctionnement de la régulation sociale*. Paris : Vuibert, 1995,
- LAROQUE P. (Dir.), *La politique familiale en France depuis 1945*, 1986, La Doc. fr. ;
- LE GALES P., "Régulation, gouvernance et territoire", *Les métamorphoses de la régulation politique*, Commaille J., Jobert B. (dir.), LGDJ, 1998 ;
- MATH A., Les prestations sous condition de ressources, *Rev. belge séc. soc.*, 1995, p. 119 ;
- MESSU (Michel) / *Les assistés sociaux : analyse identitaire d'un groupe social*. Toulouse : Privat, 1991, 172 p., 21 cm (Pratiques sociales).

- MESSU M., *Les politiques familiales : du natalisme à la solidarité*, 1992, Ed. Ouvrières ;
- MESSU M., Politique familiale et politique sociale des revenus, *Rev. int. séc. soc.*, 1993, n° 3 ;
- MOREL , "De l'assurance chômage à l'assistance chômage, *Revue de l'IREs*, n°30, 1990 ;
- OUTIN J-L., "Familles et droits sociaux. Les modalités d'accès aux prestations familiales", rapport de recherche pour la CNAF, 1979.
- PALIER B., "La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales", *Politiques et management Public*, vol. 16, n°3, 1998 ;
- PALIER B., *Gouverner la sécurité sociale, les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, 2002 ;
- PONTIER J-M., "la décentralisation est-elle une idée dépassée ?", *Revue Administrative*, janvier 2002 ;
- RENARD D., "Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale français", *Genèses*, N°18, pp.30-46, 1995 ;
- ROSANVALLON P., *L'Etat en France*, Seuil, 1990 ; THERET B. (Dir.), *L'Etat, la finance, le social*, 1995, La Découverte.
- STECK P., "Les prestations légales de la branche Famille de la Sécurité sociale à l'orée du siècle", *La branche famille de la Sécurité sociale. Rétrospectives et prospectives*, Recherches et Prévisions, CNAF, Juin/septembre, 2002 ;
- STECK P., La branche famille de la sécurité sociale : état des lieux, *Dr. soc.*, 1994, p. 56;
- STECK P., *Les prestations familiales*, 1993, PUF ; *Droit et famille*, 1997, Economica ;
- TEULADE R., Rapport de la Commission "Protection sociale" du Xè Plan, Commissariat général du Plan, 1990 ;
- THELOT C., VILLAC M., *Politique familiale. Bilan et perspectives* (Rapport), 1998, La Doc. Fr ;
- THERY H. (Rapport), *La place et le rôle du secteur associatif dans le développement de la politique d'action éducative, sanitaire et sociale*, Cons. écon. et soc., 1986
- THOENIG J-C., DURAN P., "l'État et la gestion publique territoriale", *Revue française des sciences politiques*, août, 1996 ;
- VOLOVITCH P., Faut-il cibler la protection sociale sur « ceux-qui-en-ont-réellement-besoin »?, *Dr. soc.*, 1995, p. 739 ; Qui doit rémunérer le travail ?, *Dr. soc.*, 1999 ;
- WUHL (Simon) / *Insertion : les politiques en crise*. - 2e éd. mise à jour et augm. - Paris : Presses universitaires de France, 1998 ;

Les systèmes de protection sociale en Europe et normes internationales

- BURDILLAT M., DANIEL C., "Les réformes des systèmes de protection sociale : convergences et diversités", (dir.) *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, 1999 ;
- CALVES G., "une Europe des droits sociaux ?", Le droit à... de l'émergence à l'effectivité, *Informations sociales*, CNAF, n° 81, p. 122, 2000 ;
- COMITE EUROPEEN POUR LA COHESION SOCIALE (CDCS), 12 mai 2000. Extraits dans le numéro 1 de *Cohésion sociale : développements*, novembre 2000 (publication DG III, Conseil de l'Europe) ;
- COMMISSION EUROPEENNE, *Le Livre Vert sur la politique sociale européenne*, p.21, 1993 ;
- CONSEIL D'ETAT, La norme internationale en droit français, La Doc. fr., 2000 ;
- DANIEL C., PALIER B. (Dir.), *La protection sociale en Europe*, DREES-MIRE, La Doc. fr., 2001 ;

- ESPING-ANDERSEN G., Quel Etat-providence pour le 21^e siècle ? Convergences et divergences des pays européens, *Esprit*, n° 2, 2001, p. 122 ;
- LAROQUE M., "L'impact du droit communautaire sur les concepts de la protection sociale française", *Droit social*, 11 novembre 1997 ;
- LEIBFRIED S., PIERSON P. (Dir.), Politiques sociales européennes. Entre intégration et fragmentation, 1998, MIRE/L'Harmattan ;
- LENOIR D., L'Europe sociale, 1994, La Découverte ; MAGLIULO B., L'Europe sociale, 1991, Nathan ;
- MALLET A., M.C. MILLIAT, Introduction à l'Europe sociale, 1997, ENSP ;
- MARTIN C., Comparer les questions familiales en Europe, *Recherches et Prévisions*, n° 55, 1999, p. 21 ;
- MERRIEN F.-X., L'Etat-providence, PUF, coll. "Que sais-je ?", 1^{ère} éd., 1997 ;
- Mire, Comparer les systèmes de protection sociale en Europe
- MULLER P., "L'EUROPEANISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES", POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC, VOL.15, n°1, pp.3-9 ; 1997 ;
- PALIER B., Les évolutions des systèmes de protection sociale en France et en Europe, *Pouvoirs*, 1997, n° 82, p. 147 ;
- PRETOT X., La sécurité sociale et l'Europe, *Dr. soc.*, 1987, p. 70 ; Le droit social européen, 2^e éd., 1993, PUF ;
- QUINTIN O., FAVAREL-DAPAS B., L'Europe sociale. Enjeux et réalités, 1999, La Doc. fr. ;
- ROBIN-OLIVIER S., "La référence aux droits sociaux fondamentaux dans le Traité d'Amsterdam", *Droit social*, p.609, 1999.
- RODIERE P., Droit social de l'Union européenne, 1998, LGDJ.

La théorie des élites

- BIRNBAUM P., *La haute administration et la politique*, PUF, 1986 ;
- BIRNBAUM P., *Les sommets de l'Etat. Essai sur l'élite du pouvoir en France*, Seuil, 1977 ;
- BOURDIEU P., *La noblesse d'Etat. Grandes écoles et esprit de corps*, Minuit, 1989 ;
- CASTEL R., « Savoirs d'expertise et production des normes », communication aux journées Annuelles de la Société Française de Sociologie, Normes sociales et normes juridiques. *Sociologie du droit, sociologie et droit*, Bordeaux, novembre 1987 ;
- CHEVALLIER J., « L'élite politico-administrative : une interprétation discutée », *Pouvoirs*, n° 80, pp. 89-100, 1997 ;
- CHEVALLIER J., « La gauche et la haute administration sous la V République », CURAPP, *La Haute Administration sous la Ve République*, PUF, pp 9-48, 1986 ;
- SCOTT J. (1995), "Les élites dans la sociologie anglo-saxonne", Mendras H., Suleiman E. (dir.), *Le recrutement des élites en Europe*, La Découverte, p.9.
- Mills C.W. (1956), *L'Elite du pouvoir (The Power Elite)*, Oxford University Press.

Ouvrages et articles généraux

- COMMAILLE J. *L'esprit sociologique des lois*, PUF, 1994 ;
- FAURE A., POLLET G., WARIN P., *La construction du sens dans les politiques publiques, débats autour de la notion de référentiel*, L'Harmattan, 1995 ;
- JOBERT B., MULLER P., *L'Etat en action. Politique publique et corporatisme*, PUF, 1987 ;
- JOBERT B., représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques, *Revue française de science politique*, vil. 42, n° 2 ;
- JOBERT B., *Le tournant néo-libéral en Europe*, L'Harmattan, 1994 ;

LACASSE F., THOENING J.-C., *L'action publique*, L'Harmattan, (éd.), 1996 ;
MULLER P., *Les politiques publiques*, PUF, coll. "Que sais-je ?"
MULLER P., SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, coll. "Cleps
politiques", 1998 ;
PALIER B., SUREL Y., "Le politique au prisme de l'analyse des politiques publiques",
Espace temps, 76/77, pp. 52-67.

ANNEXE : LES ENTRETIENS, CONDITIONS ET DEROULEMENT

Les personnes contactées ont tous participé au processus de production de la loi à un titre ou à un autre, notamment des fonctionnaires (administrateurs, membres du cabinet du Ministre en charge du dossier, Martine Aubry, directeurs ou sous-directeurs au ministère des Affaires sociales, au plan, à l'IGAS), des directeurs de caisses ; des responsables des principales fédérations de mutuelles et d'assurances ; des représentants des partenaires sociaux complétés par des entretiens avec une association humanitaire et un syndicat professionnel de la santé.

Au total 24 entretiens se sont déroulés dont deux en présence de deux personnes soit au final 26 personnes nous ont fait part de leur regard rétrospectif sur leur mission et sur le processus de production de la loi.

Liste des personnes qui nous ont reçu ainsi que leurs fonctions ou missions¹¹⁵ durant la période concernée par cette investigation :

- Boulard Jean-Claude (député PS de la Sarthe, rapporteur du rapport du même nom et rapporteur de la Commission spéciale à l'Assemblée nationale)
- Bras Pierre-Louis (membre du cabinet Aubry)
- Briet Raoul (Direction Sécurité sociale)
- Davant Jean-Pierre (FNMF)
- Debeaupuis Jean (IGAS)
- Décisier Dona (CGT)
- Durrleman Antoine (promoteur des cartes santé Paris, membre du cabinet Juppé)
- Fragonard Bertrand (membre du cabinet Veil, délégué au RMI, Direction de la CNAMTS)
- George Philippe (membre du cabinet de Jacques Barrot, Direction Sécurité sociale)
- Johanet Gilles (CNAMTS)
- Le Scornet Daniel (FMF)
- Lenoir Daniel (MSA)
- Libault Dominique (Direction Sécurité sociale)
- Loth André (Direction Sécurité Sociale)
- Mallet Jean-Claude (FO)
- Marchandon Gilles (FNIM)
- Meyer Christine (FNMF)

¹¹⁵ A titre indicatif et non exhaustif.

- Moreau Bernadette (CNAMTS)
- Polton Dominique (Direction Sécurité sociale)
- Reignault (CNPS, CNSD)
- Rouché Alain (FFSA)
- Simonot Nathalie (Médecins du Monde)
- Spaeth Jean-Marie (CNAMTS-CFDT)
- Tabuteau Didier (membre du cabinet Aubry)
- Yéni Isabelle (membre du cabinet Aubry)
- Zaidman Catherine (Commissariat au Plan)

Nous n'avons rencontré aucune difficulté majeure à prendre contact directement avec nos interlocuteurs. Un accueil favorable à l'objet de la recherche nous a été manifesté. D'ailleurs, tous, sans exception, nous ont confirmé leur disponibilité pour poursuivre nos échanges, soit lors d'un autre rendez-vous, soit téléphoniquement. Nous les remercions d'autant plus que nombre d'entre eux assument aujourd'hui des fonctions qui les éloignent de celles qu'ils occupaient lors du processus de production de la loi CMU.

Tous acceptent l'enregistrement de l'entretien. Afin de respecter leur confiance et leur liberté de parole, nous avons privilégié de maintenir l'anonymat de nos interlocuteurs.

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés sur la forme d'échanges, qui visaient à mieux comprendre, à mieux cerner tout à la fois, les différents enjeux au cours des diverses phases du processus, les configurations d'acteurs ainsi que rôle joué par notre interlocuteur dans le processus (fonctions, implications, modalités, arguments). Ainsi, ils ont contribué à nous aider à repérer les enchaînements des questions politiques et techniques, fortement imbriquées dans le cas de la CMU.