

Journées du réseau RT6 et du Pacte, Grenoble, 17 et 18 janvier 2008

La légitimité des politiques sociales en question

Brigitte Frotiée, frotiee@isp.ens-cachan.fr

(Version non définitive)

Le dispositif « CMU » entre universalité et mise sous conditions de ressources

« La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Préambule de la Constitution de 1946

« Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais. »,
1^{er} article du texte de loi de la CMU (27 juillet 1999)

La loi de la Couverture maladie universelle, dite la loi « CMU », comprend deux composantes que tout oppose *a priori* puisqu'il s'agit d'énoncer à la fois le principe d'universalité et la mise en œuvre d'un ciblage. En effet, l'orientation prioritaire d'une prestation vers des populations spécifiques se place, par définition, en rupture avec la perspective universaliste (Renard, 2003, p.18). Cependant, la lecture détaillée des deux premiers volets¹ de la loi révèle la complexité du montage des dispositifs et la multiplicité d'enjeux qu'elle recèle. Dès lors, on peut se demander où se situent les points de rupture, entre les deux énoncés ou avec les critères existants d'accès à la couverture maladie. Le premier volet a l'ambition d'atteindre l'universalité de la couverture maladie de base en s'adressant à toute la population résidant en France. Néanmoins, l'ouverture des droits sur la

¹ Le premier et le deuxième volets concernent respectivement la CMU de base et la CMU complémentaire, le troisième volet est relatif à l'aide médicale d'Etat (l'AME) pour les personnes qui ne résident pas en France.

base du critère de résidence reste subsidiaire. Le deuxième volet prévoit, sous conditions de ressources, le droit à la gratuité d'un contrat d'assurance complémentaire géré par les Caisses primaires de l'assurance maladie dans l'objectif de faire sortir de la stigmatisation les personnes démunies relevant jusqu'alors de l'aide médicale départementale gratuite.

Ainsi, cette loi, sur le plan analytique, ouvre de nombreuses perspectives, notamment celles du ciblage, de l'accès aux droits sociaux, des politiques sociales au tournant néolibéral, de la gouvernance de l'assurance maladie, de l'universalisme républicain, des frontières entre assistance et assurance ou encore de la qualification du modèle français entre bismarckien et beveridgien². Par ailleurs, les évolutions du système français de protection sociale montrent un enchevêtrement d'instruments et de logiques qui « rendent difficiles une catégorisation simple des sentiers de réforme empruntés aux différentes époques » (Elbaum, 2007, p. 567). Parmi cette profusion de pistes potentielles qu'il nous faut réduire face à la réalité de la complexité de l'ensemble du système français de protection maladie et de ses transformations, cette communication vise à apporter des éléments³ aux débats sur l'universalisme de la couverture maladie en France.

Pour y parvenir, il semble heuristique de revenir tout d'abord sur le processus d'extension des critères d'éligibilité à la couverture maladie au sein des systèmes assurantiel et assistanciel notamment au tournant charnière des années 1980, du néolibéralisme, marqué par un ensemble de phénomènes : de la nouvelle pauvreté⁴, de la recherche de l'équilibre financier de l'assurance maladie qui s'est concrétisée notamment par le déremboursement des frais à la charge des assurés. La dimension socioprofessionnelle de l'accès à l'assurance maladie montre alors ses limites et de nouvelles réponses politiques apparaissent : l'extension des droits connectée à la prestation RMI ou les réformes de l'aide médicale ne suffisent pas à rendre effective la généralisation de la couverture, qui théoriquement, en terme de droit, est achevée (point 1).

La question de l'universalité de l'accès aux soins est réitérée au début des années 1990 et mise sur agenda politique en des termes renouvelés avec l'entrée sur la scène politique d'acteurs porteurs d'une part de la défense des intérêts des personnes les plus démunies et d'autre part, de la thématique de l'accès aux droits sociaux et de leur effectivité. Deux gouvernements successifs s'emparent de cette question. Les enjeux techniques et politiques s'entremêlent alors non sans brouillages pour aboutir au texte de loi (point 2).

Aujourd'hui, avec le recul, puisque cette loi a été mise en vigueur le 1^{er} janvier 2000, outre les avancées incontestables pour les plus démunis en matière d'amélioration d'accès aux soins, il s'agit de savoir ce que cette loi a concrètement changé dans le système de la protection maladie (point 3).

² Nous pensons ici aux travaux notamment de Barbier et Théret (2004) Borgetto et Lafore (2002), Husson (2003), Nezosi (2005), Palier (2002), Renard (1995, 2003),

³ Les résultats présentés proviennent pour l'essentiel des travaux suivants : B. Frotiée, 2006, « La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie », *Lien social et Politiques-RIAC*, 55, pp. 33-44.

B.Frotiée, 2004, *La fabrique du social, l'exemple de la CMU*, Rapport au Fonds CMU. Les résultats s'appuient sur une analyse qualitative reposant sur des entretiens avec les principaux acteurs du processus de production de la loi, sur l'étude des travaux parlementaires de la CMU ainsi que sur la littérature grise et des documents ministériels provenant d'archives.

B.Frotiée, 2004, en collaboration avec M. Borgetto et M. Chauvière, Les débats sur l'accès aux droits sociaux *entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative*, Dossiers d'études n° 60, CNAF., qui repose sur un état de la littérature sur la question (savante, associative, parlementaire, praticienne, politiques, organismes gestionnaires, ministère...)

⁴ Cf. travaux de Paugam S., Castel R., etc.

Au final, on se demandera si le dispositif CMU, bien loin d'être seulement un dispositif spécifique, peut-être considéré comme un révélateur exemplaire des transformations générales des systèmes de protection sociale.

1. Un long processus d'extension des droits à la couverture maladie

A l'origine, la détermination des conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature à l'assurance maladie est reliée à l'exercice d'une activité professionnelle par le biais de cotisations. Le principe de la généralisation, qui est au fondement du système de sécurité sociale repose sur les conditions socio-démographiques de l'après-guerre : le plein emploi et le modèle familial à un seul apporteur de ressources dominant et vise à étendre la couverture maladie de base aux catégories de populations qui n'y avaient pas directement accès (1.1.). Parallèlement à ce processus, le système assistanciel s'organise. Au tournant de la décennie 1980, un ensemble de phénomènes, de natures diverses, montre les limites de l'ouverture de droits connectés à l'activité. En effet, le système français de protection maladie, 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 (Borgetto, 2004, pp. 6-19), 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. Dans la mesure où ce système visait à traiter la pauvreté en amont et non en aval, il révèle des failles pour affronter la montée du phénomène de la "nouvelle pauvreté" ou de "quart-monde"⁵ (1.2.).

1.1. L'extension des critères d'éligibilité à la couverture de base de l'assurance maladie

Des droits à l'assurance maladie originellement connectés à l'activité professionnelle

A l'origine, Pierre Laroque, fondateur de la Sécurité sociale en 1945, prévoyait la disparition des dispositifs d'assistance - l'assistance médicale gratuite qui remonte à 1893 pour les « indigents » - avec la généralisation progressive des assurances sociales qu'il envisageait en concomitance avec l'harmonisation et l'unification des différentes Caisses existantes – syndicales, mutualistes, confessionnelles, départementales (Palier, 2002 : 108). Les objectifs d'unification et d'harmonisation n'ont pu être atteints⁶, notamment en raison de résistances corporatistes⁷. En revanche, celui de la généralisation de la couverture maladie se poursuit par extensions progressives dans le système assurantiel en direction de catégories de populations restant à protéger avec la création de régimes adossés à des secteurs d'activité et à des catégories professionnelles d'une part, et dans le système assistanciel d'autre part.

⁵ 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 celle de 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.

⁶ Objectifs d'unification et d'harmonisation qui reviendront sur le devant de la scène publique cinquante ans plus tard, avec le projet de l'AMU prévu dans le plan Juppé en 1995.

⁷ Le système français d'assurance maladie est fragmenté en une vingtaine de régimes d'assurance. Les trois principaux sont le régime général de la CNAMTS, la Mutualité sociale agricole et la CNAM pour les non-agricoles et les non-salariés.

Les conditions d'ouverture de droits aux prestations de l'assurance maladie⁸ sont soumises à cotisations, salariales et patronales, assises sur les revenus de l'emploi. Elles reposent alors sur une logique de solidarité professionnelle. Contrairement aux prestations non contributives qui relèvent du système de l'aide et de l'action sociales, cette solidarité professionnelle vise moins à réduire les inégalités sociales qu'à prendre en charge les risques santé.

La protection maladie s'est ainsi étendue aux catégories socioprofessionnelles qui n'en bénéficieraient pas au même titre que les salariés, aux ayants droit (épouse, enfants) de l'affilié (le chef de famille) avec la technique du droit dérivé⁹. De plus, un régime d'assurance volontaire se crée, dans le cadre des réformes de 1967 (dites "réformes Jeanneney"). Il s'adresse principalement à des personnes sans activité professionnelle ou dont l'activité ne suffit pas à leur ouvrir droit à des prestations. Cependant, le montant élevé des cotisations, et parfois des rachats de points correspondant aux cotisations d'années antérieures non effectuées contribuent à écarter les plus faibles revenus de ce nouveau régime.

La création de l'assurance personnelle et l'introduction du critère de résidence

Un nouveau tournant s'opère, amorcé par la loi cadre sur la généralisation et l'harmonisation du 24 décembre 1974, avec la création de l'assurance personnelle, le 2 janvier 1978, qui se substitue à l'assurance volontaire. L'assurance personnelle vise à mener à terme le processus de généralisation du système de sécurité sociale qui montre des limites du fait de sa base professionnelle. Un régime est créé, celui de l'assurance personnelle, auquel peuvent s'affilier des personnes dépourvues d'activité professionnelle ainsi que celles ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Ce nouveau régime est géré par le régime général. Le paiement de cotisations en conditionne l'accès. Pour les personnes dont les ressources se trouvent insuffisantes, la prise en charge des cotisations peut se faire par des organismes tiers¹⁰.

Avec l'assurance personnelle, des déplacements s'opèrent :

- la reconnaissance du droit à l'assurance maladie pour chaque citoyen, soit par affiliation à un régime obligatoire, soit par une assurance personnelle.
- Les bénéficiaires de l'assurance personnelle se trouvent rattachés au régime général à titre volontaire, les droits à prestations s'y trouvent donc « déconnectés » de l'exercice d'une activité professionnelle et peuvent être contributifs ou non.
- L'introduction du critère de résidence dans le système de l'assurance maladie selon lequel « toute personne résidant en France a droit à une couverture maladie ».

Aujourd'hui, ce processus de généralisation de la couverture maladie s'avère ainsi théoriquement achevé. Mais les difficultés croissantes, rencontrées par les personnes sorties des circuits de l'activité professionnelle pour faire valoir leurs droits, engendrent des phénomènes d'exclusion notamment en termes d'accès aux soins. Cette situation est fortement dénoncée par les mouvements associatifs.

⁸ Si le versement préalable de cotisations est commun aux différents régimes pour donner droit à l'ouverture de prestations, les conditions de ces dernières se trouvent fixées en fonction du régime concerné (cf. Palier, 2002, pp. 100-106). Par ailleurs, les prestations ne sont pas uniformes d'un régime professionnel à l'autre.

⁹ Plus tard, les notions d'assuré et d'ayant droit s'étendent aux chômeurs, aux concubins, puis aux personnes à charge au domicile de l'assuré et relèvent alors du régime général.

¹⁰ Pour les bénéficiaires de certaines prestations familiales, prise en charge par la CNAF ; pour les bénéficiaires de certaines prestations vieillesse, prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse ; pour les bénéficiaires de l'aide médicale, prise en charge des collectivités locales ou de l'État.

1.2. L'extension de droits sur critère social

Depuis le tournant des années 1980, d'une part, le système de protection maladie tente de s'adapter aux évolutions sociales et économiques pour réduire les risques d'exclusion des soins de populations en situation de rupture de liens sociaux.

D'autre part, le champ et le niveau de la prise en charge des frais de soins se réduisent avec les plans successifs de redressement des comptes de la Sécurité sociale. Ainsi, l'assurance maladie limite de plus en plus les remboursements en espèces des frais médicaux et pharmaceutiques au fur et à mesure qu'augmentent les montants du ticket modérateur, du forfait hospitalier et des franchises à charge des patients. Le coût réel des soins ne fait que croître. L'avance des frais de soins constitue un frein à l'accès aux soins pour un nombre croissant de personnes en situation de difficultés économiques. Certaines catégories d'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. L'accès à la couverture maladie de base ne suffit plus. La couverture complémentaire devient indispensable pour suppléer aux dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie de base.

Face aux très grandes difficultés d'accès aux soins des plus démunis, les pouvoirs publics tentent d'apporter des réponses avec l'instauration du dispositif RMI et les réformes de l'aide médicale.

Le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), une allocation avec extension de droits

Le dispositif RMI, institué par la loi de 1988, marque une inflexion dans les politiques sociales 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. L'article 2 de la loi indique que toute personne résidente en France, dont les ressources n'atteignent pas un certain seuil, a droit à un revenu minimum d'insertion. De plus, l'une des originalités de ce dispositif tient à l'ensemble de droits auquel il donne accès, posé dans le texte de loi 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 et du logement"]. La loi associe ainsi au versement de l'allocation garantissant des moyens minimaux d'existence un ensemble de droits considérés comme essentiels. Ainsi, les titulaires du RMI bénéficient d'une couverture maladie à 100 % prise en charge par l'aide médicale, relevant du système assistanciel, dont la gestion est confiée aux départements et subsidiairement à l'État pour les personnes sans domicile fixe.

Les réformes de l'aide médicale gratuite (AMG) et les simplifications administratives

Le fonctionnement de l'aide médicale, resté quasiment inchangé pendant plus d'un siècle, connaît des réformes à partir de 1988. Le dispositif apparaît également inadapté au phénomène de précarisation croissante de la population. A cet égard, la loi RMI renforce les obligations des départements qui doivent mettre en place une assurance médicale gratuite¹¹ (AMG) pour les bénéficiaires du RMI. Cependant, les modalités de gestion et de barèmes de l'AMG ne sont pas homogènes sur le territoire et varient d'un département à l'autre. Certains

¹¹ Parmi les bénéficiaires de l'aide médicale : les titulaires du RMI, les jeunes de moins de 25 ans satisfaisant aux conditions de ressources du RMI et les titulaires de l'allocation veuvage. Ils bénéficient automatiquement de la prise en charge de la cotisation à l'assurance personnelle à laquelle ils se trouvent affiliés ainsi que les membres de leur famille.

départements confient la gestion de l'AMG aux CPAM¹² qui couvrent alors à 100 %, sur critères sociaux, les bénéficiaires du dispositif ; d'autres départements distribuent des « bons de soins » gratuits à retirer au coup par coup dans les centres sociaux ou encore fournissent une carte santé permettant un accès gratuit et non limité à l'ensemble des soins. C'est le cas notamment à Paris. D'autres encore confient 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 bénéficiaires. Ces améliorations se heurtent à l'absence d'un barème national qui débouche sur une hétérogénéité de seuils de conditions de ressources d'un département à l'autre, générant ainsi des disparités d'accès aux soins sur le territoire national.

Dans le prolongement de l'aide médicale gratuite, la loi dite Teulade de 1992 assouplit les conditions d'accès au droit en simplifiant la procédure d'admission. Dès lors, 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 et du forfait hospitalier. Elle instaure en quelque sorte un "bloc de couverture de base complémentaire" avec tiers payant. Mais, la mise en place d'une prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle par un tiers n'évite pas les ruptures de droits en raison de la complexité des procédures et des dysfonctionnements administratifs.

Une autre loi, deux ans plus tard, celle du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, simplifie la procédure d'accès au régime général. Dès la demande à ses guichets, la Caisse primaire d'Assurance maladie ouvre un droit d'accès général à l'assurance personnelle et prévoit une affiliation provisoire à ce régime pour une période de trois mois. Ce délai permet de rechercher un rattachement à un régime obligatoire d'Assurance maladie, sans conditions de résidence 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 personnelle¹³.

Au tournant des années 1990, théoriquement, l'ensemble de la population résidant sur le territoire français devait bénéficier, en terme de droit, d'une couverture maladie. Cependant, des inégalités subsistent dans les faits et l'effectivité de l'accès aux soins est mise en cause par les mouvements associatifs de l'humanitaire en raison notamment du caractère discrétionnaire de l'aide médicale départementale et de la complexité des procédures administratives, source de ruptures de droits. Ces mouvements associatifs contribuent à mettre sur la scène publique française la thématique de l'effectivité de l'accès aux droits sociaux.

Pour répondre à la question des inégalités d'accès aux soins des personnes résidant sur le territoire français, il n'y a pas eu un projet mais bien de multiples projets sous la pression des différentes forces en présence : du projet de l'Assurance Maladie Universelle (l'AMU) sous le gouvernement Juppé aux trois scénarii du rapport Boulard sous le gouvernement Jospin, puis

¹² Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

¹³ Il est ensuite procédé à la régularisation de la situation de l'intéressé s'il s'avère qu'il relève d'un autre régime. 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.

le projet CMU sous le même gouvernement ainsi que les différentes contre-propositions pour infléchir son contenu.

2. Du projet de l'AMU à celui de la CMU, une inversion des priorités pour atteindre l'universalité de la couverture maladie

Les revendications des mouvements associatifs militants contre les exclusions et les inégalités sociales trouvent des relais au sein de services ministériels au début de la décennie 1990, avant même le processus d'inscription sur l'agenda politique. Ces services commencent à réfléchir sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Ils analysent l'ensemble des composantes du système français de la protection maladie et l'idée d'une assurance maladie universelle - qui deviendra l'AMU - sur critère de résidence se met en place progressivement avant que le cabinet du Premier ministre Alain Juppé l'inscrive dans le plan éponyme de 1995 qui prévoit de grandes réformes de la protection sociale. Le projet de l'AMU vise l'unification des différents régimes et l'harmonisation des droits, des prestations et des efforts contributifs pour atteindre l'universalité avec l'accès automatique à la couverture maladie sur la base unique du critère de résidence.

L'annonce de la dissolution de l'Assemblée nationale au printemps 1997 coupe court au projet de l'AMU et stoppe les débats parlementaires en cours sur le projet de loi de cohésion sociale. Le gouvernement suivant, celui de Lionel Jospin reprend ces deux dossiers qui sont confiés à Martine Aubry. L'idée de l'unification des régimes se trouve écartée, jugée trop technique, trop complexe, trop longue au profit de la création d'une couverture complémentaire ciblée avec l'inscription du critère de résidence dans l'assurance maladie comme moyen de simplification des règles de droit d'ouverture de dossier. Le 4 mars 1998, Martine Aubry annonce en Conseil des ministres la mise en place, non pas de l'AMU, mais de la CMU¹⁴.

2.1. L'inscription de la CMU dans la lutte contre les exclusions

La loi CMU est annoncée dans le texte de loi relative aux exclusions et à la pauvreté votée en 1998, ainsi dans l'exposé des motifs on peut lire, sur la question de la garantie d'accès aux soins pour tous :

On estime que 100 à 200 000 personnes n'ont pas de droits ouverts, notamment en raison de la complexité des dispositifs. Plus encore, l'existence d'un ticket modérateur, d'un forfait hospitalier et parfois de tarifs de remboursement dissociés du prix des prestations (pour la dentisterie, les appareillages et l'optique) constitue pour beaucoup un obstacle inacceptable à l'accès aux soins.

Face à ce constat, le Gouvernement a décidé de mettre en oeuvre, en concertation avec ses partenaires, une réforme de la protection sociale afin d'assurer la continuité des droits à l'assurance-maladie tout au long de la vie et de garantir l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus modestes.

Cette réforme comprend la création d'une couverture maladie universelle : cela signifie que chacun, à partir de l'âge de 16 ans, pourra avoir une carte permanente d'assuré social et sera affilié au régime général de la sécurité sociale s'il n'est pas pris en charge par un régime obligatoire.

Pour la protection complémentaire, la gratuité effective de la prévention et des soins sera assurée pour les personnes les plus démunies. La prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, obstacles à l'accès aux soins, ainsi que d'une partie de certaines prestations ou de certains appareillages sera réalisée. De même à

¹⁴ L'analyse du processus de production de la loi et des stratégies d'acteurs a été étudié plus précisément dans Frotiée (2004).

leur égard, le principe de la dispense de l'avance de frais pharmaceutiques et médicaux sera inscrit dans les textes régissant l'exercice des professions sanitaires.

Une concertation approfondie va se poursuivre pour la mise au point définitive de ces réformes et du financement par les différents acteurs concernés. Cette mission de concertation et de proposition sera confiée au député Jean-Claude Boulard. Les conclusions de cette mission seront rendues en juin. Le projet de loi sur le droit à un égal accès à la prévention et aux soins sera présenté en même temps que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Le Gouvernement entend faire en sorte que cette réforme entre en vigueur au cours de l'année 1999. »

L'effectivité de l'accès aux soins pour tous s'affiche dès lors comme priorité politique, au même titre que pour l'ensemble des droits fondamentaux comme il l'est précisé dans l'article 1 de la loi de 1998.

Article 1 de la loi relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté

La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes.

Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.

Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides.

Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui oeuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs.

En ce qui concerne la lutte contre l'exclusion des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères.

Les priorités et les orientations politiques maintenant définies, restent à en préciser le contenu et les modalités de mise en oeuvre.

2.2. L'universalité de la CMU, une inscription dans le projet de l'AMU

Le « U », d'universel de la CMU ne peut se comprendre sans un retour sur celui de l'AM « U » et les enjeux qu'ils comportent, ici présentés sous forme de tableaux récapitulatifs (qui sont plus détaillés dans Frotiée, 2004).

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

	Idées développées au sein de la DSS ¹⁵ entre 1993 et 1995	L'Assurance Maladie Universelle dans le plan Juppé	Éléments poursuivis et mis en place	La Couverture Maladie Universelle
--	--	--	-------------------------------------	-----------------------------------

¹⁵ DSS, la Direction de la Sécurité Sociale.

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.
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 décidée en 1995, mise 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 entre droit aux soins et 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.

	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		Prise en charge à 100 % sur critère social

2.3. Des enjeux techniques et politiques étroitement imbriqués

La base du dispositif CMU défini, de nombreuses questions, qui associent étroitement des enjeux techniques et politiques, restent alors en suspens. En voici quelques-unes parmi les plus controversées :

- 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 par le Premier Ministre et le Ministère du Budget 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.
- 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.
- La question des conditions de solvabilité des bénéficiaires de la CMU complémentaire.
- La question des soins pris en charge gratuitement.
- La question des conditions de ressources pour accéder à la gratuité des soins et de l'effet de seuil qui en découle.
- La question des critères d'affiliation et de rattachement.

Entre dimensions techniques et dimensions politiques de la réforme, le contenu se dessine par à-coups¹⁶, parfois à la suite de rebondissements plus ou moins médiatisés.

Le rôle des mouvements associatifs a été déterminant sur les réponses politiques apportées par le cabinet ministériel de Martine Aubry. Nous pensons notamment à la conférence de presse de l'association Médecins Sans Frontières¹⁷ qui se déclare [« pour un véritable droit universel à l'assurance maladie », et [« dénonce la mise en concurrence de l'accès aux soins des plus pauvres et réclame pour ces populations la protection de l'État. »] est décisive dans le choix politique de faire entrer les caisses dans le dispositif. Les tentatives d'accords entre partenaires de l'assurance maladie (CNAMTS, FFSA, FNMF) pour contrecarrer les options ministérielles sur cette question notamment, resteront vaines.

L'importance prise par les associations tout au long du processus de la production de la loi marginalise en quelque sorte les positions des partenaires sociaux de l'assurance maladie ainsi que l'opposition droite/gauche. Plus discrets, mais tout aussi persuasifs sur d'autres enjeux, les hauts fonctionnaires de la sphère politico-administrative maintiennent leur vigilance quant au maintien des frontières entre assurance et assistance. Le ministère des Finances et du Budget, qui depuis le début du processus d'élaboration du projet CMU a déterminé l'enveloppe budgétaire (de l'ordre de 6 milliards au total). Cette décision a pesé fortement sur le choix du plafond de ressources (qui s'estimait au moins à niveau égal à la moyenne pratiquée dans le cadre de l'aide médicale départementale). De ce fait, l'évaluation du nombre potentiel des bénéficiaires, qui a été surestimée à l'époque, a également infléchi le montant du seuil de ressources.

Au final, trois principales caractéristiques du dispositif peuvent être retenues :

a. 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).

b. 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 6.798 euros. 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

¹⁶ A commencer par le temps des auditions réalisées par Jean-Claude Boulard (député PS) après avoir reçu la lettre de mission et celui de la publication de son rapport (cf. Frotié, 2004).

¹⁷ Conférence de presse qui a eu lieu le 28 octobre 1998, suivi d'un encart dans « Le Monde » qui contribue à faire entrer les caisses primaires d'assurance maladie dans le dispositif.

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 %.

c. 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 aux caisses d'Assurance maladie (alors qu'elle dépendait auparavant des services sociaux des collectivités territoriales).

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

De plus, l'aide médicale départementale et l'assurance personnelle sont supprimées.

3. La CMU : des principes à la pratique

Le principe d'une universalité de l'accès aux droits à la santé se définit à partir du critère de résidence - premier titre de la loi CMU. Cette universalité du régime de base, obligatoire, sur critère subsidiaire de résidence, marque la rupture du dernier lien entre droits aux prestations et affiliation sur critère professionnel. Le basculement s'est opéré entre citoyenneté et activité professionnelle, après un long processus marqué au préalable par l'instauration de l'assurance personnelle et par des extensions successives de droits marqués par des temps forts comme celui du RMI en 1978.

Les dispositions prévues par la réforme pour étendre la couverture maladie améliorent l'accès effectif de l'accès aux soins pour les personnes démunies. Il n'en demeure pas moins que l'affichage de l'universalité de la couverture dans l'intitulé même de la loi masque quelques ambiguïtés, notamment celle d'une universalité restreinte avec des remboursements toujours plus réduits, et d'une universalité qui considère tous les bénéficiaires de la CMU comme des assurés comme les autres, brouillant les frontières entre assurance et assistance.

3.1. Les apports : simplification administrative et lutte contre les exclusions

De nouveaux mécanismes de prise en charge de la couverture de base sur critère de résidence

La simplification des règles de droit réclamée par les associations se concrétise par l'introduction du critère de résidence, qui donne lieu à la CMU de base inscrit dans le 1^{er} volet. La loi réaffirme ainsi le principe que toute personne résidant en France en situation régulière et stable a obligatoirement accès aux prestations en nature de l'assurance maladie, s'inscrivant ainsi dans le prolongement de la réforme de l'assurance personnelle, qui se trouve supprimée. Cette extension se réalise par la création d'un régime additionnel, le régime résident, rattaché au régime général. L'affiliation ne se fait au titre de résident que si, et seulement si, les autres critères déjà existants ne peuvent être remplis. Autrement dit, le critère de résidence ne se substitue pas aux autres mais s'y ajoute, c'est donc un critère subsidiaire.

Il s'agit d'un élargissement et d'une simplification des conditions d'accès à la couverture des risques maladie : le droit aux prestations du régime général est ouvert sur la seule justification de la résidence régulière sur le territoire français pendant trois mois.

Cela implique de nouvelles pratiques pour les agents des guichets des caisses gestionnaires. Ces derniers ouvrent d'abord, sur simple déclaration, des droits qui deviennent immédiats. Ensuite, les motifs de justification de ces droits sont apportés, la charge de la preuve s'en trouve ainsi renversée. Avant, c'était à l'usager de produire d'abord toutes les pièces justificatives pour obtenir l'ouverture de ses droits. Désormais, il suffit de deux justificatifs de résidence et de ressources. Cette simplification des procédures représente une avancée certaine, fortement réclamée par les associations, dont l'ensemble des assurés bénéficient, qu'ils le soient à titre contributif ou non-contributif. De plus, l'instauration de la carte vitale initiée par le plan Juppé facilite les procédures de remboursements.

La CMU de base achève la perspective ouverte en 1945 qui visait la généralisation de la sécurité sociale. De plus, après les ordonnances de 1996 du plan Juppé qui instaure le décrochement contributif du système de sécurité sociale avec l'élargissement de la CSG qui s'en suivra, l'introduction du critère de résidence dans l'assurance maladie, même s'il reste subsidiaire, marque une étape supplémentaire dans le processus de déconnexion du droit à la prestation par rapport à l'activité professionnelle. Cependant, la CMU de base se traduit par des ajouts au système existant, sans que les catégories préexistantes (notion 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 peut être exigée de façon résiduelle dans certain cas. La gestion du dispositif de nature universelle est confiée aux caisses qui gardent un caractère professionnel. Au final, on aboutit à une architecture toujours complexe même si les procédures électroniques réduisent les effets du morcellement des régimes sur les ruptures de droit.

L'innovation : l'accès gratuit à une couverture complémentaire ciblée au cœur même des caisses de l'assurance maladie

La CPAM comme guichet unique, une autre simplification administrative

La CMU complémentaire introduit un droit d'accès gratuit à une couverture maladie complémentaire dans le cadre du droit commun, sur une base de droit privé – sous forme de contrat entre le bénéficiaire qui devient alors assuré et un organisme complémentaire, encadré par l'État avec l'aide d'une prestation de solidarité santé. Les CPAM deviennent guichets uniques pour l'ouverture et le suivi des droits des bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire. Ceci instaure de nouvelles procédures et pratiques pour les caisses.

L'examen des conditions de ressources

Dans le cadre de l'ancienne 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. Mais à la différence des CAF¹⁸, la plupart des caisses primaires n'ont pas dans leur tradition de métier de guichet, de recevoir des personnes et de les inscrire en ayant vérifié leurs revenus. De fait, des mécanismes propres à l'aide sociale se trouvent introduits dans la branche maladie de la Sécurité sociale. Ce phénomène marque un tournant, contrairement, à

¹⁸ Les Caisses d'Allocations Familiales.

ce qui se joue dans la branche famille à laquelle les CAF appartiennent, où il existe déjà un grand nombre de prestations soumises à conditions de ressources.

La proposition d'un contrat de couverture complémentaire avec droit d'option

Le droit d'option, prévu dans le deuxième volet de la loi et initié par les associations, permet aux bénéficiaires de la CMU complémentaire de choisir un organisme complémentaire même si leur demande s'effectue aux guichets CPAM¹⁹. Comme pour toute couverture complémentaire, elle se contractualise.

L'introduction de la gestion de contrat introduit une situation inédite et tout à fait novatrice au sein des caisses primaires d'assurance maladie qui se trouvent ainsi placées dans un marché concurrentiel. Mais, avec le recul, d'une part, l'intérêt du droit d'option pour les bénéficiaires se trouve limité du fait que quelque soit l'opérateur, la prestation est identique. D'autre part, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ne constituent pas un marché très porteur et les organismes complémentaires ne se bousculent pas pour se l'approprier. Finalement, les caisses assurent la majorité des contrats.

Au début du dispositif, les financements alloués aux organismes complémentaires et aux caisses pour la solvabilité des bénéficiaires de la CMU étaient différents : forfait pour les uns, remboursement au franc le franc pour les autres. Puis, les règles ont changé. 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. Une telle conception pouvait se traduire par une différence de traitement entre les organismes gestionnaires des dépenses de santé en référence aux dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Il est alors considéré que les caisses assurent un service pour le compte de l'État : la protection complémentaire gratuite pour les plus démunis. En revanche, le bénéficiaire de la CMU complémentaire pris en charge par les organismes complémentaires est un affilié, un client, un adhérent de l'organisme complémentaire. Sa cotisation est prise en charge par l'État, mais c'est l'organisme complémentaire qui supporte le risque financier si le bénéficiaire coûte plus cher que la déduction fiscale, contrairement aux caisses. Puis, l'État est revenu sur ses positions dans le cadre de la loi de finances pour 2004 (votée en 2003) et considère les caisses "de facto" comme des organismes complémentaires. Les caisses sont remboursées au forfait tout comme les organismes complémentaires²⁰. Cette décision peut être la résultante de deux logiques,

¹⁹ Les CPAM, pour appliquer le droit d'option prévu par la loi, doivent présenter une liste d'organismes complémentaires établie par le Préfet de région. 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.

²⁰ Suite à deux saisines de députés, les réponses divergentes du Conseil constitutionnel entre 1999 (la décision n°99-416 DC du 23 juillet 1999) et 2003 (décision n°2003-489 DC du 29 décembre 2003) sur cette question révèlent toute la complexité et le caractère versatile des réponses à une même question. "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'État 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 on 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... »

celle du lobby des assureurs et celle du transfert des charges de l'État vers la Sécurité sociale sous la pression de Bercy.

3.2. Les brouillages induits par la réforme au cœur du système de protection maladie

Les modalités de la CMU complémentaire ainsi que les nouvelles modalités de gestion administrative qu'elles induisent pour les CPAM ont fait l'objet de nombreuses controverses parmi l'ensemble des acteurs en présence notamment, à propos des frontières entre l'assurance et l'assistance.

D'une part, l'étanchéité entre assurance et assistance est proclamée ; d'autre part, les bénéficiaires de la CMU deviennent « des assurés comme les autres » : pour ne plus les stigmatiser, elles sont intégrées dans le droit commun de l'assurance maladie et de l'assurance complémentaire sous critère de ressources. La coexistence de ces deux propositions conduit à des montages techniques dont la lisibilité n'est pas toujours aisée et donne lieu à une universalité des droits à plusieurs dimensions. On reste dans une logique d'extension avec simplification des procédures, mais on n'est pas dans une refonte du système tout en marquant une rupture avec les procédures de l'aide sociale dans le domaine de la santé. L'aide médicale d'État est maintenue pour les personnes sans papiers.

L'intégration de critères jusque là étrangers dans la gestion des caisses de l'assurance maladie

La gratuité généralisée sur critère social vient s'ajouter à celle sur critère médical, jusque là, la seule prise en compte par les caisses. Même si auparavant, certaines caisses avaient en charge la gestion de l'aide médicale, le phénomène restait local. Elle s'inscrit dans le prolongement d'évolutions déjà engagées avec la gestion de l'aide médicale par certaines caisses d'assurance maladie selon le principe d'ouverture immédiate des droits posé par la loi de 1994. Aujourd'hui, cette gestion se fait à l'échelle nationale, organisée selon des procédures identiques sur le territoire français.

De ce fait, coexiste également maintenant au sein des caisses une gestion de prestations contributives et non contributives, alors que la « culture » des caisses reposait essentiellement sur la contributivité. Le principe de contributivité du régime général reste affirmé dans l'article 3 de la loi CMU qui stipule dans le premier alinéa que les personnes affiliées au régime général sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, il côtoie les critères de résidence et de conditions de ressources qui ouvrent droit aux prestations non-contributives.

Le basculement de la logique de l'aide médicale gratuite dans celle de l'assurance maladie

L'objectif de faire sortir du système d'assistance humanitaire, comme cela était le cas avec l'aide médicale gratuite départementale, une catégorie de la population considérée comme stigmatisée conduit à la centralisation²¹ de l'aide médicale et à l'homogénéité du traitement des dossiers avec un barème unique. Dans le même temps, disparaît le dispositif d'aide médicale principalement géré par les collectivités territoriales et qui, à défaut d'autre prise en charge sociale, garantissait l'accès aux soins des plus démunis. Ceci marque une rupture dans l'approche de la politique classique d'aide et d'action sociales de lutte contre l'exclusion dans le domaine de la santé depuis sa mise en place en 1893.

²¹ Ce phénomène apparaît à contre-courant de la territorialisation croissante des politiques sociales. D'ailleurs, à la même époque, l'État renvoie sur les départements la gestion et une partie du financement d'une nouvelle allocation à caractère universel, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.

Ces prestations relèvent de la solidarité nationale mais déjà, la Contribution Sociale Généralisée, élargie avec le plan Juppé, avait un effet de solidarité nationale par son caractère fiscal et redistributif. De plus, l'assiette de l'aide médicale départementale est transférée à l'organisme gestionnaire des fonds, le Fonds CMU, qui reçoit également sous forme de taxe, la contribution des organismes complémentaires au dispositif.

Tout en maintenant l'étanchéité des frontières entre assurance et assistance et entre assurance maladie et assurance complémentaire

Il a été observé précédemment que 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 et donc contributive. Cette nouveauté risque d'introduire des brouillages dans les frontières entre assurance maladie et aide sociale. D'où la nécessité pour certains hauts fonctionnaires de la Direction de la Sécurité sociale de créer des moyens pour assurer l'étanchéité entre assurance maladie et prestation de solidarité santé de la CMU complémentaire.

A ce propos, Martine Aubry 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."].

En effet, outre un financement géré par un Fonds qui isole les circuits entre l'assurance maladie et le dispositif de la CMU, les articles de la loi relatifs à la CMU complémentaire sont codifiés dans les livres 8 du code de la sécurité sociale, qui portent sur les différentes prestations ciblées de lutte contre la pauvreté comme les allocations adultes handicapés ou les allocations logements. De plus, en cas de litige, c'est la Commission départementale d'aide sociale et non le TASS (Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale) qui traite le dossier.

Au final, la CMU complémentaire, une reconfiguration dans la continuité de l'assistanciel

Derrière les énoncés, la CMU complémentaire est un ciblage, qui correspond bien à « sélectionner, au sein d'un ensemble global, une entité plus restreinte (la cible) que, pour des diverses raisons, l'on souhaite voir devenir bénéficiaires prioritaire, voire exclusive, d'une action donnée. » (Borgetto, 2003, p.4). Ici, elle vise des groupes ciblés vivant en dessous d'un seuil de ressources face aux risques sociaux et maladie et s'inscrit dans une logique qui reste assistanciel même si l'aide médicale est supprimée. Cette logique s'inscrit dans la tendance à introduire de manière croissante des dispositifs sous conditions de ressources au cœur même du système de la sécurité sociale. La CMU affecte la configuration générale du système de protection maladie.

La CMU, un révélateur exemplaire des transformations générales des systèmes de protection sociale ?

La loi CMU ne vise pas à modifier des comportements, mais à lutter contre les inégalités d'accès au droit à la santé. Elle introduit un ciblage sous conditions de ressources, même si des tentatives de lisser l'effet de seuil apparaissent avec la réforme de 2004, alors même que d'autres solutions avaient été suggérées comme l'allocation santé dégressive. Ce ciblage

réduit d'autant plus la portée universelle affichée par l'intitulé de la loi qu'elle ne concerne que la couverture de base.

La CMU complémentaire ne remet pas en cause les transformations à l'œuvre à partir des années 1980, elle les entérine : les dépenses de soins prises en charge par le plus grand nombre de résidents en France s'accroissent, alors que les prestations en espèce versées par l'assurance maladie sont réduites, rendant indispensable un contrat d'assurance complémentaire auprès d'organismes privés. De plus, les assurés sociaux subissent régulièrement une réduction du périmètre remboursé bien que leurs contributions financières soient en augmentation permanente (CSG, CRDS, voire le projet d'une TVA sociale). La dégradation des remboursements au titre de la couverture de base déplace la question des inégalités de l'accès aux soins sur l'accès aux couvertures complémentaires. La grande diversité des contrats de couvertures complémentaires, de leur coût, produit des situations très variables d'un individu à l'autre selon le statut socioprofessionnel et le secteur d'activité.

En conclusion, le dispositif CMU, outre les avancées qu'il produit notamment par la simplification administrative des procédures d'ouverture de droits, constitue un filet de sécurité pour les plus démunis. Ce dispositif s'inscrit dans la tendance contemporaine à introduire davantage de dispositifs sous conditions de ressources au cœur même du système de la sécurité sociale, et plus précisément ici, celui de l'assurance maladie qui ne gère pas encore directement, au guichet, des dossiers d'ouverture de droits sous conditions de ressources. Cette tendance se situe en conformité avec les orientations générales définies par l'Union européenne : protéger les plus démunis et réduire les dépenses publiques. La France est tenue à la rigueur contraignante des politiques communautaires économiques et monétaires, qui réduisent sa capacité à financer des dispositifs sociaux extensifs.

Si la thématique de l'accès aux droits sociaux qui sous-tend la réforme de la CMU renouvelle la question des droits fondamentaux et des universaux républicains comme principes d'action idéaux, elle se déploie aussi en relation avec les politiques publiques selon des axes, l'un, sectoriel, sur l'exclusion sociale, l'autre, transversal, sur la réforme de l'État et des services publics avec le processus de modernisation administrative dans les limites des contraintes budgétaires.

Références bibliographiques

- BARBIER J-C., THÉRET B., 2004, *Le nouveau système français de protection sociale*, La Découverte, coll. Repères n°382.
- BORGETTO M., 2003, « Identification, problèmes et enjeux du ciblage. Un état des lieux de la question », *Le ciblage en question (s)*, *Informations sociales*, CNAF, n° 108, pp. 4-16.
- BORGETTO M., LAFORE R., 2002, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Montchrestien, Domat droit public.
- BORGETTO M., 2000, « Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant une CMU », *Dr. soc.*
- CALVÈS G., 2000, « Une Europe des droits sociaux ? », *Le droit à... de l'émergence à l'effectivité*, *Informations sociales*, CNAF, n° 81.
- CASTEL R., 1994, « De l'exclusion comme état à la vulnérabilité comme processus », J. AFFICHARD, J.B. de FOUCAULD (Dir.), *Justice et inégalités*, Ed. Esprit.
- CATRICE-LOREY A., STEFFEN M., 2008, « La protection santé en France : vers quel modèle ? » *Où va la protection sociale ?* A-M. GUILLEMARD (dir.), Lien social, PUF, à paraître.
- CHAUCHARD J.P., MARIÉ R., 2001, « La CMU : résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale ? », *RFAS*, n° 4.

- CHAUVIÈRE M., 2007, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte.
- CONSEIL D'ANALYSE ÉCONOMIQUE, *Pauvreté et exclusion*, la Documentation française, 1998 ;
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - GAULLE-ANTHONIOZ G., de, 1995, *La grande pauvreté : évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*. Paris : Journal officiel.
- DE SCHUTTER O., 2006, « L'équilibre entre l'économique et le social dans les traités européens », Réformes de la protection sociale en Europe, *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.
- DONZELOT J. (Dir.), (1991), *Face à l'exclusion : le modèle français*, Ed. Esprit ;
- DONZELOT J., « Les transformations de l'intervention sociale face à l'exclusion », *L'exclusion, l'état des savoirs, La Découverte*, p. 88, 1996 ;
- DUPEYROUX J.-J., MARIE R., LAFORE R., 2000, « La couverture Maladie Universelle », *Droit social*, n°1, janvier, pp. 4-60 ;
- FROTIÉE B., 2006, « La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie », *Lien social et Politiques-RIAC*, 55, pp. 33-44.
- FROTIÉE B., 2004, *La fabrique du social, l'exemple de la CMU*, Rapport au Fonds CMU.
- FROTIÉE B., 2004, en collaboration avec M. Borgetto et M. Chauvière, Les débats sur l'accès aux droits sociaux *entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative*, Dossiers d'études n° 60, CNAF
- ELBAUM M., 2007, « Protection sociale et solidarité en France ; Evolutions et questions d'avenir », *Revue de l'OFCE*, Eté 2007, pp. 559-621.
- GRIGNON M., 2002, « Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle », *RFAS*, pp.145-172.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2000), *Le panier de biens et services de santé : première approche*, Rapport à la Conférence nationale de santé 2000.
- HUSSON M., 2003, *Les casseurs de l'Etat social. Des retraites à la Sécu : la grande démolition*, La découverte, coll. sur le vif.
- KESTEMAN N., 2000, "Santé et famille : l'accès aux droits", *Inform. soc.*, n° 81, p. 21.
- LAFORE R., 2000, « L'allocation universelle : une fausse bonne idée », *Dr. soc.*, p. 686 ;
- LIGNEAU P., 1993, « La réforme de l'aide médicale », *RDSS*. 1993, p. 99 ; L'aide médicale moribonde, *Mélanges E. Alfandari*, Dalloz, p. 389.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, 1999, *La couverture maladie universelle : une véritable égalité d'accès à des soins de qualité*.
- NEZOSI G. (dir.), 2005, *La gouvernance de la Sécurité sociale*, La documentation Française, coll. Problèmes politiques et sociaux, n°913, juin.
- PALIER B., 2002, *Gouverner la sécurité sociale, les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Le lien social, PUF.
- PAUGAM S., SCHNAPPER D., 1991, Préf. *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Presses universitaires de France.
- PAUGAM S., 1996, *L'exclusion, l'état des savoirs*, (dir.), Paris, La Découverte
- RENARD D., 2003, « Le ciblage et ses visées. Eléments de réflexion historiques et comparés », Le ciblage en question (s), *Informations sociales*, CNAF, n° 108, pp.18-25.
- RENARD D., 1995, « Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale français », *Genèses*, n°18, pp.30-46.
- REVOL J., STROHL H., 1988, *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, IGAS.
- VOLOVITCH P., 2003, « Une couverture santé à visée universelle à l'égard des plus démunis », *Le ciblage en question (s)*, Informations sociales, CNAF, n° 108, pp. 71-75.
- 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.

WUHL S., 1991, *Du chômage à l'exclusion ? L'État des politiques, l'apport des expériences.*
Syros/Alternatives.