



#### Modalités

C'est par une déclaration auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) que toute personne remplissant les conditions peut demander à être affiliée au régime général sur critère de résidence. Les personnes sans domicile fixe doivent préalablement élire domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un Centre Communal d'Action Social (CCAS).

Les documents à fournir et/ou déclaration à faire :

- **Déclarer** ne pas bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie (i.e. ne plus avoir droit à aucune des autres affiliations à la sécurité sociale).
- Fournir un **justificatif de résidence** stable (3 quittances mensuelles successives de loyer, 2 factures de gaz, téléphone ou électricité, ... ou justificatif **de domiciliation**) et régulière (**carte nationale d'identité** ou fiche d'état civil ou livret de famille ou titre de séjour pour les étrangers).
- **Remplir un formulaire** de demande de prise en charge et de déclaration de ressources annuelle.

#### Remarques

Pour les **étrangers**, la carte de séjour peut-être remplacée par le récépissé de la demande de délivrance ou de renouvellement de la dite carte.

La **domiciliation** s'effectue auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé (i.e. toute association ayant reçu une habilitation préfectorale). Ces associations ont également vocation à aider les personnes dans leur démarche : aider à remplir les formulaires, transmettre les dossiers aux organismes, ...

Les **ayants droits** : le caractère universel de la CMU se traduit dans l'extension de la qualité d'ayant droit majeur autonome qui est donné d'office à l'ensemble des majeurs sauf refus de leur part et qui peut être octroyé au mineurs de moins de 16 ans sur leur demande. En droit cette autonomie ne change rien mais en pratique une carte personnelle sera délivrée automatiquement, et les remboursements seront effectués sur un compte bancaire distinct et sans en informer l'assuré.



#### D) Qu'est ce que la CMU ?

La couverture maladie universelle vise à assurer un réel accès aux soins jusqu'à présent très inégalement assuré par l'aide médicale. Elle comprend deux étages :

- garantir l'affiliation au **régime général** de la sécurité sociale **pour tous** les résidents réguliers qui n'ont pas de couverture d'assurance maladie.
- offrir **aux plus défavorisés une couverture complémentaire** (i.e. complément des remboursements de dépenses de soins de la sécurité sociale) gratuite, au nom de la solidarité nationale.

Il est à noter que les bénéficiaires de la CMU n'auront plus à faire l'avance des frais.

#### II) La couverture médicale de base

##### Rappel sur la sécurité sociale

En principe, pour bénéficier de l'assurance maladie, il faut avoir une **activité professionnelle** et cotiser (c'est la notion d'assuré), ou être à la charge d'un assuré (c'est la notion d'ayant droit).

**Si non**, avant le 1er janvier 2000, on pouvait s'inscrire à titre personnel à la sécurité sociale, soit par cotisation directe par l'assuré, soit par la prise en charge des cotisations par un tiers (généralement des associations comme la CNAF – Caisse Nationale des Allocations Familiales).

Maintenant, cette assurance personnelle est supprimée et remplacée par affiliation au régime général sur critère de résidence : c'est ce que l'on appelle la **CMU de base**.

##### Droits et devoirs

La CMU de base offre la **même couverture que le régime général** de la sécurité sociale, c'est une prise en charge partielle de tous les frais médicaux, soit en moyenne 74% des frais.

La cotisation de l'assuré est égale à 8% de la différence entre le revenu fiscal et le seuil de cotisation fixé à 42000 francs (soit 3500F par mois). En conséquence les personnes ayant un revenu de moins de 42000 francs (notamment les **RMistes**) **sont exonérés de cotisation**.

L'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse primaire d'assurance maladie reçoit la déclaration.

##### Conditions à remplir

Il faut résider en France de manière stable et régulière.

*On entend par là résider de manière ininterrompue en France depuis plus de trois mois (voir le paragraphe 'modalité d'affiliations' pour plus de détails) et être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.*

Il ne faut pas bénéficier de l'assurance maladie à un autre titre.

*En particulier il ne faut plus bénéficier de disposition de maintien de droit (i.e. quand une personne cesse de remplir les conditions pour relever d'un régime de sécurité sociale, elle reste inscrite au même titre qu'auparavant pendant la durée du maintien de droit). A ce propos, la législation a été étendue : la durée du maintien de droit aux prestations en nature (i.e. tous les actes médicaux, médicaments, ...) à été portée à 4 ans.*

Dès lors que ces conditions sont remplies, cette affiliation revêt un caractère obligatoire.



Le Sénat, dans son rapport du 24 mai 2000, soulève un certain nombre de difficultés :

- **Le manque d'action en partenariat** : les professionnels sont trop peu impliqués dans la démarche de la CMU, notamment au niveau de la définition du panier de soin, mais également pour le choix des caisses complémentaires. Par exemple, lors du basculement des personnes bénéficiant de l'aide départementale vers la CMU complémentaire, l'information sur le choix de la caisse complémentaire n'est pas passée. Ce point est à retenir pour les **associations dans leur mission d'information**, car l'utilisation d'une **caisse complémentaire privée** peut constituer un véritable outil d'intégration.
- Au niveau des CPAM : la hausse de la fréquentation, la complexité des formulaires mais surtout le travail de fourmis, renouvelable tous les ans, consistant à vérifier les déclarations de ressources rend les missions de la CPAM de plus en plus difficiles à assumer par les employés. Une réflexion au niveau de la réorganisation des CPAM et/ou du recrutement semble indispensable. On peut espérer cependant que la possibilité de coupler directement la CMU au RMI pour les nouveaux bénéficiaires devrait, sur le long terme, simplifier le système.

#### La CMU facteur d'intégration ?

De nombreuses personnes se demandent si, au delà d'une avancée sociale, la CMU constitue un facteur d'intégration ou au contraire d'exclusion.

En effet, pour certain, la dispense d'avance des frais a un côté désresponsabilisant (qui était finalement la raison d'être du ticket modérateur). Ceci est indéniable, mais on peut faire la même remarque pour d'autres couvertures complémentaires (notamment celles accordées via les entreprises), qui pour les personnes n'ayant pas de problème de trésorerie ne sont pas non plus responsabilisantes. Ce point relève donc peut-être plutôt d'une réflexion globale sur les systèmes complémentaires.



#### III a- La protection complémentaire

En raison du **remboursement partiel** des frais médicaux par la sécurité sociale, 84% des français ont recours à une protection complémentaire assurée par une mutuelle ou une compagnie d'assurance. Ce système a fait que beaucoup de personnes **refusaient de se soigner**, soit qu'elles n'avaient pas souscrit à une mutuelle, soit qu'elles ne pouvaient se permettre d'avancer les frais. La couverture complémentaire doit permettre à toutes ces personnes de retrouver un accès aux soins.

#### Droits et devoirs

Sous réserve de satisfaire aux conditions de ressource, les personnes résidant en France de façon stable et régulière ont droit gratuitement à la couverture complémentaire, pour une durée d'au minimum un an.

La CMU complémentaire ouvre droit à :

- La prise en charge complète du ticket modérateur (i.e. différence entre le coût officiel des soins et le remboursement par la sécurité sociale) et du forfait hospitalier.
- Les dépassements de tarifs : pour certaines prestations ou biens médicaux, un remboursement à 100% du tarif sécurité sociale ne suffit pas car les prix sont libres et supérieurs à ce tarif. La loi a prévu que dans ce cas un arrêté fixe le niveau de prise en charge de manière à assurer un remboursement à 100%. Les principales prestations concernées sont les prothèses dentaires et les lunettes. De plus, la facturation par les médecins à honoraires libres de dépassements d'honoraires au-delà des tarifs sécurité sociale pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire est interdite. Les bénéficiaires sont donc assurés de n'avoir aucun frais à leur charge.
- Pour permettre un accès effectif aux soins, les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont dispensés de l'avance de frais pour ces dépenses.

Le bénéficiaire doit systématiquement présenter sa carte d'assurance maladie Vitale.

#### Par exemple :

- Toutes les consultations auprès d'un médecin généraliste et les médicaments sont gratuits.
- Une paire de lunettes par an sera prise en charge pour un tarif allant de 358 francs pour les verres simples à 700 francs pour les verres plus complexes.
- Pour les prothèses dentaires, les dépassements par rapport au tarif sécurité sociale sont pris en charge dans une limite de 2600 francs tous les deux ans (cela représente par exemple 5 couronnes métalliques ou 2 couronnes céramiques).

#### Conditions à remplir

Il faut résider en France de manière stable et régulière (même condition que pour la CMU de base). Il faut avoir des ressources inférieures à un certain seuil : 3500 F par mois pour une personne seule, 5250 F pour un couple, 6300 F pour trois personnes, 7350 F pour quatre personnes. A partir de cinq personnes, il est majoré de 1400 F par personne supplémentaire. Les ressources prises en compte sont celles retenues pour le **RMI**. Il s'agit donc de la totalité des ressources. Toutefois certaines prestations perçues visant à compenser une charge particulière n'entrent pas dans le calcul des ressources (ex : allocation pour jeune enfant...). Les allocations logement et la plupart des prestations familiales ne sont prises en compte qu'à hauteur d'un forfait (300F en moyenne pour des allocations s'élevant à 1000 F).



Le droit à la CMU complémentaire s'apprécie en fonction de critères objectifs, toutefois l'exigence posée par la loi d'ouverture des droits dès le dépôt de la demande conduit à accepter pour ce qui est des conditions de ressources la preuve par la déclaration sur l'honneur de l'intéressé.

#### Modalités

Le bénéficiaire a le choix de l'organisme chargé de lui servir les prestations. Il peut s'agir :

- Soit de sa caisse primaire d'assurance maladie. Celle-ci ne peut lui refuser la prise en charge, l'avantage de ce choix résidant dans l'unité de gestion entre protection sociale et protection complémentaire.
- Soit d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance auprès de laquelle le bénéficiaire souscrit une adhésion ou un contrat. Cette option présente l'avantage pour le bénéficiaire de se voir offrir une année de prolongation auprès du même organisme avec les mêmes prestations et pour une cotisation à tarif privilégié, quand il dépasse le plafond de ressources à l'expiration de son droit à la CMU complémentaire.

Le demandeur doit adresser, pour l'ensemble de son foyer, un formulaire de demande - à sa CPAM- constitué pour l'essentiel d'une déclaration de ressources accompagné des pièces justificatives relatives à la condition de résidence ainsi qu'à la composition et aux revenus de son foyer.

Le **droit** à la protection complémentaire est **attribué par le préfet pour une période de un an renouvelable** à compter de la date de décision et ce quelle que soit l'évolution du revenu de l'intéressé pendant cette période et même s'il dispose au moment de sa demande d'un titre ou document attestant de la régularité de son séjour en France d'une durée inférieure à un an.

Le **renouvellement** de la protection complémentaire doit être demandé **au moins deux mois** avant l'expiration de celle en cours.

#### Cas particulier

Les bénéficiaires du **RMI ont droit de façon automatique**, sans faire de déclaration de ressource, à la CMU complémentaire. D'autre part, pour les personnes qui vont dans l'avenir bénéficier du RMI, la demande de RMI vaudra admission à la CMU de base (pour les personnes déjà RMI elles seront contactées en temps utile pour qu'elles puissent faire valoir leurs droits). Lors de l'établissement du dossier, il sera systématiquement proposé une demande de CMU complémentaire.

#### III b- Et les autres ?

L'**aide médicale de l'Etat** est destinée à permettre, sous conditions de ressource, l'accès aux soins de personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficier de la CMU. Peuvent en particulier en bénéficier les étrangers en situation irrégulière et leurs personnes à charge. L'aide médicale de l'Etat **comprend uniquement les dépenses dans le cadre d'une hospitalisation**, avec dispense d'avance des frais.

Pour en bénéficier, il faut disposer de ressources inférieures à un certain plafond (même seuil que la CMU complémentaire) et résider en France (ce critère, difficile à apprécier, se fait au cas par cas). L'accès à la prise en charge des autres soins est subordonné à une durée de résidence en France de 3 ans (critère encore plus difficile à apprécier que le précédent).

La demande d'aide médicale doit être déposée auprès soit d'une CPAM, soit d'un CCAS, soit d'une association habilitée, ou bien dans certains établissements de santé agréés. Le dossier comporte l'identité, la nationalité et l'adresse du demandeur et de ses ayants droit ainsi que l'examen des conditions de résidence et de ressources. La décision d'attribution de cette aide relève du préfet qui peut déléguer son pouvoir au directeur de la CPAM, et elle est valable pour un an.



#### IV) Points de vue

##### L'effet de seuil

Une des principales critiques sur les modalités de la CMU complémentaire est la notion d'effet de seuil : la subordination de la couverture complémentaire à un plafond de ressource induit des situations difficiles pour les personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au plafond. Cependant, trois dispositifs peuvent permettre de l'atténuer :

- L'aide sociale des départements : les conseils généraux et les CCAS peuvent, s'ils le souhaitent, prendre en charge des dépenses de soins non couvertes par la sécurité sociale.
- Les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses : les CPAM ont des fonds destinés à aider les personnes en difficultés, par exemple pour financer totalement ou partiellement une couverture maladie complémentaire.
- Les fonds d'accompagnement des mutuelles et assureurs : ceux-ci ont la possibilité d'ouvrir un fonds d'accompagnement pour la protection complémentaire de ces personnes. Cependant, rien ne les y obligeant, "une minorité de personnes à bas revenus vont se trouver renvoyées aux aléas d'une action facultative" selon *Médecins du monde*, et de fait en mai 2000 un tel fonds n'était toujours pas créé.

##### La valeur du plafond de ressource

Le seuil de 3500F par mois pour une personne seule se situe en dessous des minima sociaux et du seuil de pauvreté, il fut envisagé de le relever à 3800F -i.e. niveau du seuil de pauvreté fixé par l'INSEE- mais le gouvernement n'a pas assumé la dépense de 2 milliards qui en découlait. Cela constitue une polémique, notamment au niveau purement juridique (cf. la réserve émise par le Conseil Constitutionnel).

##### L'aide départementale

Avant la CMU complémentaire, la prise en charge des soins pour les personnes en difficultés était assurée par les départements. La CMU représente donc un progrès du point de vue de l'égalité des soins pour tous au niveau national. Cependant, on constate deux points difficiles :

- Pour 1/3 des départements, l'aide médicale était plus favorable que la CMU, en particulier dans le domaine des soins dentaires et de l'optique. Cependant, la loi autorise toujours les départements à compléter les prestations offertes par la CMU.
- Certains bénéficiaires de l'aide départementale ne rentrent pas dans les barèmes de la CMU, un désengagement des départements implique donc pour eux une perte de droits. Mais comme précédemment, la loi autorise toujours les départements à aider les personnes en marge du système.

##### Médecine à deux vitesses / Surconsommation

Le panier de soins établi d'un commun accord entre régimes obligatoires et complémentaires risque de contenir une liste de prestations et de matériels au rabais. Il revient donc au gouvernement d'assurer un équilibre délicat entre tous les différents systèmes.

D'un autre côté, il reste un risque de surconsommation médicale, posant un problème de coût et de fréquentation. Ce problème relève essentiellement d'une bonne coopération entre l'état et les professionnels de santé.



Cette loi marque un **progrès pour les plus démunis**, et un changement radical dans les procédures d'accès aux soins, salué par l'ensemble des associations, même si toutes regrettent l'effet de seuil qui engendre une nouvelle source d'exclusion.

D'autre part, des **dysfonctionnements** sont apparus, qu'on espère liés à la mise en place de la CMU :

- Les règlements tardifs des consultations par les CPAM aux professionnels se traduisent par un refus de soin des bénéficiaires de la CMU de la part de nombreux médecins.
- L'engorgement des CPAM
- Le bilan, fait par le parlement, montre la faible implication des élus nationaux et locaux ainsi que l'inaction des départements dans le redéploiement de leurs moyens financiers et humains hier consacrés à l'aide sociale. Mais surtout, il condamne le désengagement de la plupart des CCAS qui se contentent de renvoyer les personnes vers les CPAM. Ce bilan souligne également l'implication encore limitée des associations dans la mise en œuvre de la CMU.
- Autre constat, la mainmise des CPAM sur la couverture complémentaire. Plus de 80% des bénéficiaires de la CMU complémentaire ont choisi leur CPAM comme gestionnaire, par soucis de simplicité, méconnaissance des avantages d'une mutuelle et manque de lisibilité de la liste des organismes complémentaires.
- Enfin, force est de constater la très lente montée en puissance du dispositif, surtout pour la CMU complémentaire. En effet, mis à part les 3,1 millions de personnes qui bénéficiaient de l'aide départementale et qui ont bénéficié automatiquement de la CMU complémentaire, seules 600000 des 3 millions de nouveaux bénéficiaires prévus se sont manifestés. Un vrai travail d'information et d'accompagnement doit donc être mené par tous les partenaires et les associations.



Cette loi marque un **progrès pour les plus démunis**, et un changement radical dans les procédures d'accès aux soins, salué par l'ensemble des associations, même si toutes regrettent l'effet de seuil qui engendre une nouvelle source d'exclusion.

D'autre part, des **dysfonctionnements** sont apparus, qu'on espère liés à la mise en place de la CMU :

- Les règlements tardifs des consultations par les CPAM aux professionnels se traduisent par un refus de soin des bénéficiaires de la CMU de la part de nombreux médecins.
- L'engorgement des CPAM
- Le bilan, fait par le parlement, montre la faible implication des élus nationaux et locaux ainsi que l'inaction des départements dans le redéploiement de leurs moyens financiers et humains hier consacrés à l'aide sociale. Mais surtout, il condamne le désengagement de la plupart des CCAS qui se contentent de renvoyer les personnes vers les CPAM. Ce bilan souligne également l'implication encore limitée des associations dans la mise en œuvre de la CMU.
- Autre constat, la mainmise des CPAM sur la couverture complémentaire. Plus de 80% des bénéficiaires de la CMU complémentaire ont choisi leur CPAM comme gestionnaire, par soucis de simplicité, méconnaissance des avantages d'une mutuelle et manque de lisibilité de la liste des organismes complémentaires.
- Enfin, force est de constater la très lente montée en puissance du dispositif, surtout pour la CMU complémentaire. En effet, mis à part les 3,1 millions de personnes qui bénéficiaient de l'aide départementale et qui ont bénéficié automatiquement de la CMU complémentaire, seules 600000 des 3 millions de nouveaux bénéficiaires prévus se sont manifestés. Un vrai travail d'information et d'accompagnement doit donc être mené par tous les partenaires et les associations.