



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002-2003

**La mobilisation des acteurs de la
Couverture Maladie Universelle dans la
garantie d'une protection sociale pour
tous en Loire-Atlantique**

Anne DEUFF

« La plus grande menace pour la santé est la pauvreté »

Organisation Mondiale de la Santé

Sommet de DJAKARTA

21-25 juillet 1997

Remerciements

Je tiens à remercier personnellement :

Monsieur DOSIÈRE, inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, chef du service protection sociale à la DRASS des Pays de la Loire et maître de stage, pour son soutien au cours de mes recherches.

Monsieur LÉVÊQUE, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, responsable de la CMU au service protection sociale de la DRASS des Pays de la Loire, pour ses conseils et ses remarques tout au long de mon mémoire.

Je remercie également toutes les personnes que j'ai sollicitées pour leur disponibilité et leurs réflexions.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA FIN DE L'AIDE MÉDICALE DÉPARTEMENTALE AU PROFIT DE LA CMU EN LOIRE-ATLANTIQUE : DE NOUVELLES COMPÉTENCES À DÉFINIR.....	6
1.1 La disparition de l'aide médicale départementale en Loire-Atlantique	6
1.1.1 La fin d'un système généreux.....	6
1.1.2 La fin d'une étroite collaboration entre le Conseil Général et le Centre Communal d'Action Sociale.....	6
1.1.3 La fin d'un système insatisfaisant.....	7
1.2 La naissance de la CMU : la loi du 27 juillet 1999	8
1.2.1 La genèse de la loi	8
1.2.2 Les conditions législatives d'accès à la CMU.....	10
1.2.3 La création du fonds CMU.....	16
1.3 Les acteurs de la CMU : de nouvelles compétences à définir	18
1.3.1 Le transfert de compétence de gestion du Conseil Général vers les caisses d'assurance maladie	18
1.3.2 L'émergence de nouveaux partenaires	20
1.3.3 Les prérogatives des services déconcentrés de l'État dans l'accès à la CMU.....	23
2 LA MOBILISATION DES ACTEURS DE LA CMU EN LOIRE-ATLANTIQUE : UNE EFFICACITÉ MISE À MAL PAR DES OBSTACLES PERSISTANTS.....	27
2.1 Un partenariat efficace.....	27
2.1.1 L'accès à la CMU facilité	27
2.1.2 Un accès aux soins effectif.....	34
2.2 Un partenariat confronté à des difficultés	38
2.2.1 Des difficultés propres au système de la CMU.....	38
2.2.2 Des difficultés liées au public concerné.....	41
2.2.3 Des difficultés dues au comportement des acteurs.....	43

3 L'INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE, ACTEUR PRIVILÉGIÉ DE LA MOBILISATION DES PROFESSIONNELS ENGAGÉS DANS LA CMU.....	47
3.1 Soutenir les acteurs dans leur action.....	47
3.1.1 Pour une appréciation approfondie du service rendu par les caisses au nom de la tutelle.....	47
3.1.2 Pour une action de sensibilisation des professionnels de santé sur l'aspect préventif de la CMU.....	50
3.1.3 Pour un soutien financier des acteurs	51
3.2 Renforcer l'information sur la CMU	53
3.2.1 Identifier la DRASS comme un relais d'information et d'instance de dialogue.....	53
3.2.2 Encourager les acteurs vers des modes d'information accessibles aux plus démunis.....	54
CONCLUSION	56
Bibliographie.....	59
Liste des annexes.....	66

Liste des sigles utilisés

A.A.H.	: allocation adulte handicapé
A.C.O.S.S.	: agence centrale des organismes de sécurité sociale
A.E.S.	: allocation d'éducation spécialisée
A.L.D.	: affection de longue durée
A.M.D.	: aide médicale départementale
A.R.H.	: agence régionale d'hospitalisation
A.R.S.	: allocation de rentrée scolaire
A.S.E.	: aide sociale à l'enfance
A.S.S.E.D.I.C.	: association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
C.A.F.	: caisse d'allocations familiales
C.C.A.S.	: centre communal d'action sociale
C.D.A.S.	: commission départementale d'action sociale
C.G.	: conseil général
C.H.	: centre hospitalier
C.H.R.S.	: centre d'hébergement et de réinsertion sociale
C.H.U.	: centre hospitalier universitaire
C.M.R.	: caisse maladie régionale des travailleurs indépendants
C.M.U.	: couverture maladie universelle
C.N.A.M.	: caisse nationale d'assurance maladie
C.O.G.	: convention d'objectifs et de moyens
C.P.A.M.	: caisse primaire d'assurance maladie
C.R.A.M.	: caisse régionale d'assurance maladie
C.R.E.D.E.S.	: centre de recherche, d'études et documentation en économie de la santé
D.D.A.S.S.	: direction départementale des affaires sanitaires et sociales
D.I.S.S.	: direction d'intervention sanitaire et sociale
D.R.A.S.S.	: direction régionale des affaires sanitaires et sociales
D.R.E.E.S.	: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
D.S.S.	: direction de la sécurité sociale
E.N.S.P.	: école nationale de la santé publique

I.A.S.S.	: inspecteur de l'action sanitaire et sociale
M.L.A.	: mutuelles de Loire-Atlantique
M.S.A.	: mutualité sociale agricole
O.C.	: organisme complémentaire
O.M.S.	: organisation mondiale de la santé
P.A.S.S.	: permanence d'accès aux soins de santé
P.D.A.P.S.	: programme départemental pour l'accès à la prévention et aux soins
P.J.J.	: protection judiciaire de la jeunesse
P.R.A.P.S.	: programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
R.M.I.	: revenu minimum d'insertion
S.M.I.C.	: salaire minimum interprofessionnel de croissance
S.P.S.	: service protection sociale
U.R.C.A.M.	: union régionale des caisses d'assurance maladie
U.R.S.S.A.F.	: unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiale

INTRODUCTION

« L'inégalité devant la prévention et les soins est l'une des injustices les plus criantes. Il n'est pas acceptable que certains ne puissent bénéficier ou faire bénéficier leurs enfants des soins dont ils ont besoin. Devant la maladie et la douleur le niveau de revenu ne doit pas introduire de discrimination ». Ainsi commence l'exposé des motifs du projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle.¹

La loi du 27 juillet 1999² relative à la couverture maladie universelle (CMU) s'inscrit dans le programme triennal d'action pour la prévention et la lutte contre les exclusions en venant compléter les dispositions déjà adoptées par la loi d'orientation du 29 juillet 1998³. Cette loi portant création de la CMU vise d'une part, à généraliser de manière effective la couverture sociale de base et d'autre part, à assurer une couverture complémentaire aux individus qui ont renoncé, faute de ressources suffisantes, à solliciter notre système de soins.

L'article 1 dispose qu'il est instauré « 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 ». **Le droit à la santé fait partie des droits fondamentaux** consacrés par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, droit que les populations en situation de précarité ont généralement du mal à exercer normalement. Cette loi a ainsi pour objectif de garantir l'accès aux droits existants, et non d'en instituer de nouveaux, en levant les obstacles juridiques et financiers qui empêchent les plus démunis d'avoir une consommation médicale conforme à leurs besoins de soins.

Les dispositions de cette loi apparaissent comme l'aboutissement du principe de généralisation de l'assurance maladie, de garantie du droit à une protection sociale pour tous contenue dans l'ordonnance du 04 octobre 1945.

En effet, depuis l'après-guerre, un processus de généralisation de la sécurité sociale s'est organisé en intégrant de façon successive des catégories de personnes définies.

¹ Projet de loi portant création d'une CMU. Doc.Parl.Ass.nat, 3 mars 1999, n°1419

² JO du 28 juillet 1999, pp.11229 et suivantes

³ JO du 31 juillet 1998, pp.11679 et suivantes

Ce processus d'intégration catégorielle débute en 1948⁴, par la création d'un régime particulier destiné à accueillir les étudiants, pour prendre fin en 1994, par l'assujettissement des détenus au régime général. Cette extension du périmètre de l'assurance maladie s'est établie en plusieurs étapes.

Tout d'abord, elle fut menée dans le respect du modèle professionnel, qui avait vocation à protéger le travailleur et les membres de sa famille, en procédant au rapprochement du statut de certaines personnes de celui des salariés et en élargissant au-delà du cercle familial classique la notion d'ayant-droit. Mais le recours à cette technique d'assimilation s'est révélé être insuffisant pour intégrer les individus en situation de rupture familiale ou qui n'avaient jamais exercé la moindre activité professionnelle.

Le bénéfice de l'assurance maladie fut alors accordé à ceux dont l'absence d'activité professionnelle était légitimée, par un handicap physique ou social, partiellement compensée par le versement d'un revenu minimum.

La pauvreté a finalement constitué, à titre exclusivement subsidiaire, le dernier critère d'affiliation retenu pour généraliser l'assurance maladie. L'assurance personnelle devait venir à la marge compléter ces différents mécanismes en permettant aux populations qui ne remplissaient pas les conditions pour entrer dans l'un de ces cadres, d'obtenir la qualité d'assuré social.

Bien que ces multiples mesures aient offert une couverture maladie exhaustive en droit, la complexité des circuits instaurés pour assurer la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle par des tiers a laissé, selon l'exposé des motifs du projet de loi, près de 150 000 personnes sans aucune protection sociale.

Ainsi, la loi portant création de la CMU s'inscrit dans un mouvement de solidarité nationale vis-à-vis des personnes exclues des soins.

Ce mouvement a pris forme à la suite du rapport de monsieur REVOL et madame STROHL⁵ qui relevait en 1987 l'ampleur des difficultés rencontrées par les plus démunis pour obtenir la qualité d'assuré social. Dès lors, les lois du 29 juillet 1992 et du 1^{er} décembre 1998 relative au RMI ont institué le renforcement du caractère obligatoire de l'assurance personnelle. De

⁴ loi 23 sept 1948, JO du 24 sept 1948 pp.9400 et suivantes.

⁵ REVOL J., STROHL H., Rapport général : groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Ministère des affaires sociales et de l'Emploi, novembre 1987, 45p.

même, la loi du 25 juillet 1994 offre aux personnes, pour lesquelles toute appartenance à un régime d'assurance maladie ne pouvait être immédiatement établie, la possibilité d'être provisoirement rattachée à l'assurance personnelle.

Enfin, c'est avec le projet d'assurance maladie universelle posé par le Premier ministre de 1996, Alain Juppé, que cet état d'esprit solidaire dans l'accès aux soins a pris toute son ampleur. En effet, le plan Juppé préconisait une Allocation Maladie Universelle (AMU)⁶ où les régimes salariés seraient unifiés. Mais cette réforme n'a pas vu le jour.

La CMU en visant l'accès aux soins des plus démunis pose le principe d'une prise en charge globale des exclus où la frontière entre le sanitaire et le social tend à disparaître.

L'intérêt de ce sujet pour un futur inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) repose sur son aspect transversal, tant sanitaire que social.

Ainsi, j'ai eu l'occasion, en traitant le thème de la CMU, d'étudier le système de protection sociale lors de mon stage effectué au sein du service protection sociale de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) des Pays de la Loire. En outre, je me suis intéressée au système d'aide mis en place dans le cadre de la lutte contre les exclus et à son financement notamment par le Plan Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Enfin, de façon plus large, le thème d'une protection sociale accessible à tous recouvre des valeurs propres au service public auquel un IASS doit répondre. Ces valeurs sont la solidarité, la cohésion sociale, la citoyenneté.

Afin de lier le thème de la CMU avec les compétences de l'IASS, j'ai décidé de cibler mon sujet sur la mobilisation des acteurs de la CMU. En effet, la pleine réussite de ce système de 1999 dépend aujourd'hui de la mobilisation de l'ensemble des acteurs de terrain : organismes de protection sociale et complémentaire, personnels des services sociaux et des associations qui accompagnent les personnes, professionnels de santé qui intègrent ces nouvelles possibilités dans la délivrance des soins tout en maintenant les exigences de la qualité, services de l'État qui jouent un rôle fondamental dans la diffusion de l'information auprès des bénéficiaires potentiels et dans la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés.

⁶ BLONDEL M. L'étatisation, antichambre de la privatisation. *Droit social*, mars 1996, n°3, pp.241-245.

L'IASS, en tant que cadre chargé d'appliquer les mesures gouvernementales, se doit de garantir la bonne mise en œuvre du dispositif législatif, la CMU, en veillant à mobiliser ses acteurs dans le but de garantir une protection sociale pour tous.

Sur un tel sujet « la mobilisation des acteurs de la CMU », la question de départ est la suivante : comment renforcer la mobilisation des acteurs de la CMU dans la garantie d'une protection sociale pour tous ? En d'autres termes, quels sont les moyens donnés à l'IASS pour améliorer la coordination des acteurs engagés dans la CMU au niveau du département de la Loire-Atlantique ?

De cette question se dégage une hypothèse : la coordination, la mobilisation des partenaires dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle est insuffisante, perfectible.

En effet, il s'avère que les acteurs du système de la CMU déplorent en règle générale l'effet de seuil qui conduit à toujours exclure une partie de la population de l'accès aux soins, la complexité du système, lourd à gérer ainsi que le manque d'information des acteurs et des bénéficiaires.

Ces constats ont été recueillis à la suite d'une méthode d'investigation qu'il reste à préciser. Pour une vision d'abord nationale de la mise en place de la CMU, monsieur ANDRÉ, responsable du module protection sociale du département POLITISS de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) a été rencontré, ainsi que monsieur GODILLET à la Direction de la Sécurité Sociale et monsieur LARCHER à la Direction générale de l'Action Sociale.

Ensuite, des recherches bibliographiques sur le thème de la CMU ont été réalisées afin de cerner les enjeux nationaux de ce système d'accès aux soins pour les plus démunis ainsi que les problèmes soulevés par les auteurs.

Enfin, lors de mon stage d'exercice professionnel, j'ai tenu à rencontrer les principaux acteurs de la CMU sur le département de la Loire-Atlantique. Il s'agit des membres des Centres Communaux d'action sociale (CCAS), des Organismes Complémentaires (O.C), des associations en contact avec les bénéficiaires de la CMU, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) étant donné que 73% des bénéficiaires de la CMU complémentaire sont affiliés au régime de l'assurance maladie, de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), de la Direction d'Intervention Sanitaire et Sociale (DISS), de missions locales et enfin des inspecteurs à la DRASS et à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) dont les missions sont rattachées à la CMU.

En outre, afin de recueillir les ressentis des usagers sur leur droit à une protection sociale gratuite, un stage d'une semaine a été effectué dans un Centre d'Hébergement et de

Réinsertion Sociale (CHRS) situé à Nantes, au contact de personnes démunies, bénéficiaires de la CMU. Lors d'un repas du soir, nous avons pu évoquer de manière informelle leur vision de la CMU et leurs critiques. De même, j'ai passé une demi-journée à un guichet d'accueil de la CPAM de Saint-Nazaire afin d'observer les modalités d'accueil d'un demandeur ou d'un bénéficiaire de la CMU.

Enfin, j'ai eu l'occasion d'assister à une réunion du Conseil d'administration de l'URCAM des Pays de la Loire qui s'est tenue le 10 avril à Laval où a notamment été évoqué le rapport CHADELAT qui propose au sein d'une « couverture maladie généralisée » une nouvelle articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire dite de base. A priori, cette réforme ne remettrait pas en cause la CMU.

Mis à part mon stage au CHRS « le trajet » et au guichet d'accueil de la CPAM, tous deux basés sur une méthode dite d'observation directe qui a consisté à recueillir directement l'information par la vue et l'écoute, mon recueil d'informations s'est fondé uniquement sur le mode d'entretiens.

Ma démarche a consisté à réaliser au préalable des grilles d'entretiens (cf. annexe 1) qui ne constituaient qu'un support pour un entretien de type semi-directif. En effet, je me suis attachée à évoquer certains thèmes par des questions ouvertes de manière libre, sans ordre défini à l'avance pour laisser le plus possible la parole libre à la personne interviewée et la laisser évoquer des points éventuellement non-prévus.

De cette manière, j'ai réalisé vingt-six entretiens dont deux ont été effectués par contact téléphonique, les autres se sont déroulés sur le lieu de travail des personnes. La durée moyenne des entretiens était d'une heure. Ils ont tous été réalisés par prise de note uniquement. A la suite de chaque entretien, j'ai adopté une analyse dite thématique. Ainsi, dans chaque discours retenu, j'ai isolé des thèmes et résumé l'opinion de chaque intervenant afin d'obtenir la vision des différents acteurs sur les points positifs et négatifs du système de la CMU établi en Loire-Atlantique.

A partir de cette analyse, j'ai pu dégager une idée fondamentale : la mobilisation des acteurs de la CMU en Loire-Atlantique est efficace mais est mise à mal par des obstacles persistants (2). Face à ces difficultés et au regard des nouvelles compétences apparues avec la fin de l'aide médicale départementale et la naissance de la CMU (1), l'IASS se révèle être un acteur privilégié dans la mobilisation des professionnels engagés dans la CMU (3).

1 LA FIN DE L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE AU PROFIT DE LA CMU EN LOIRE-ATLANTIQUE : DE NOUVELLES COMPETENCES A DEFINIR

La naissance de la CMU, officialisée par la loi du 27 juillet 1999, fait suite à la disparition de l'Aide Médicale Départementale (AMD). Ce nouveau dispositif de protection sociale a amené les acteurs de la CMU en Loire-Atlantique à se positionner, à définir leur nouvelle compétence.

1.1 La disparition de l'aide médicale départementale en Loire-Atlantique

L'AMD en Loire-Atlantique était considérée comme un système généreux d'aide aux soins pour les plus démunis en comparaison avec d'autres systèmes d'aide aux soins accordés dans d'autres départements. Le premier janvier 2000, l'AMD disparaît et avec elle prend fin une étroite collaboration entre le Conseil Général (C.G) et le C.C.A.S., ainsi qu'un système malgré tout insatisfaisant.

1.1.1 La fin d'un système généreux

Jusqu'au premier janvier 2000, l'aide à l'accès aux soins pour les plus démunis relevait de la compétence du Conseil Général. Le barème des revenus pour prétendre à l'aide médicale départementale était fixé librement par chaque Conseil Général. En Loire-Atlantique, le plafond s'élevait à 125% du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), soit environ trois cent vingt-sept euros.

Au regard des conditions de ressources de la CMU, l'Aide Médicale Départementale apparaît comme un système généreux qui n'excluait ni les personnes bénéficiaires de l'allocation minimum vieillesse, ni ceux de l'allocation adulte handicapé, à l'inverse de la CMU. En outre, le Conseil Général ne prenait pas en compte le forfait d'aide au logement pour calculer le niveau de ressources, ce qui n'est plus le cas dans le cadre de la CMU.

1.1.2 La fin d'une étroite collaboration entre le Conseil Général et le Centre Communal d'Action Sociale

L'AMD reposait sur une étroite collaboration entre le CG et le CCAS. Ainsi, la demande de dossier s'effectuait auprès du CCAS le plus proche, elle était ensuite soumise pour approbation au C.G. En cas d'acceptation, le dossier était renvoyé au CCAS, autorisé alors à

donner aux personnes, le plus souvent des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), des plaquettes de huit vignettes qui donnaient un accès gratuit aux soins. Ainsi, lorsque le bénéficiaire de l'AMD se rendait chez son médecin, celui-ci collait les vignettes sur la feuille d'assurance maladie et se faisait rembourser par la CPAM.

Avec l'apparition de la CMU, cette collaboration entre le département et la commune a pris fin. Désormais l'accès aux soins apparaît comme un sujet tabou pour le Conseil Général, qui ne joue plus aucun rôle dans ce domaine. De même, le CCAS qui était rémunéré par le C.G au titre de 145 francs par dossier traité, ne reçoit plus de fonds pour assurer sa nouvelle mission. En effet, d'après les textes, pour continuer à jouer un rôle dans le système de la CMU, le CCAS devrait instruire les dossiers à titre gratuit. Cette disposition a été refusée par la commune.

1.1.3 La fin d'un système insatisfaisant

Bien que plus généreux que la CMU en matière de personnes couvertes, l'AMD s'est avérée critiquable et insuffisante sur certains points. Le système constituait une charge importante pour le CCAS. Pas moins de cinquante personnes se rendaient tous les jours au « bureau de délivrance des étiquettes » du CCAS de Saint-Nazaire pour effectuer leur demande. Un nombre important du personnel était consacré à cette activité.

Par ailleurs, cette démarche de « course aux étiquettes » semblait être mal vécue par les bénéficiaires. Environ trois mille personnes sur le département de la Loire-Atlantique devaient, après avoir reçu huit actes de soin, retourner demander au bureau compétent une nouvelle plaquette de vignettes. L'aide apportée dans l'accès aux soins revêtait alors un caractère d'assistance très fort pour les personnes concernées.

Face aux différentes critiques de ce système d'Aide Médicale Départementale, la Couverture Maladie Universelle a été mise en œuvre. Ce système marque la volonté du monde politique en place de mettre fin à un système décentralisé. Les conditions d'accès à la CMU sont fixées législativement, au nom d'une protection sociale égale pour tous.

1.2 La naissance de la CMU : la loi du 27 juillet 1999

La CMU est une couverture sociale d'origine législative, qui a vu le jour après l'élaboration de divers scénarios et selon des conditions précises. Ainsi, en vue de poser le cadre législatif de la CMU, il convient d'étudier la genèse de la loi du 27 juillet 1998, ses conditions législatives d'accès, ainsi que les missions confiées au fonds CMU.

1.2.1 La genèse de la loi

La préparation de la loi du 27 juillet 1998 créant la couverture maladie universelle se distingue par sa **nécessaire rencontre entre d'une part les organismes sociaux, les associations et d'autre part le politique.**

La loi CMU qui s'intègre pleinement dans le discours de politique générale du Premier Ministre de l'époque, Lionel Jospin, selon lequel « toute personne résidant à titre légal en France doit être couverte par l'assurance maladie », a vu le jour après plusieurs étapes.

Dans un premier temps, de l'été 1997 au printemps 1998, la problématique de l'accès aux soins pour les plus démunis s'est dégagée et a permis de définir le cadre de la réforme dont les principes ont été inscrits dans le programme de lutte contre les exclusions de mars 1998.

Ensuite, le Premier Ministre et Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, ont demandé à Jean-Claude Boulard, député du Parti Socialiste de la Sarthe d'examiner les modalités de mise en œuvre de la réforme. Sa mission s'est déroulée en deux temps : la construction de plusieurs scénarios soumis à la Ministre, puis la concertation sur la mise en œuvre des scénarios retenus à ce stade de la réforme. J-C Boulard a précisé que « chaque scénario est assorti de l'avis de tous les partenaires consultés » (assurance maladie, mutualistes, assureurs, institutions de prévoyance).

Le premier scénario envisageait les moyens d'étendre à tous les Français une couverture maladie. Le deuxième explorait les possibilités de centraliser le système de protection sociale actuel. Enfin, le dernier scénario développait les « partenariats » possibles avec les régimes complémentaires appelés à un effort de solidarité.

Les associations telles qu'ATD Quart-Monde, le Secours catholique ou encore la Croix Rouge ont été sollicitées pour se prononcer sur les différents scénarios élaborés. De leurs remarques se distinguaient trois hypothèses : soit on étatisait la prestation tout en demandant aux caisses de sécurité sociale de la gérer, soit on demandait au monde de la

protection complémentaire de prendre en charge cette prestation, ou soit on réformait l'Aide Médicale Départementale en la rendant plus homogène sur le territoire.

J-C Boulard a ensuite consulté les organismes de protection complémentaire (mutuelles, assureurs et les institutions de prévoyance) qui ont donné un avis favorable au scénario dans lequel ils avaient la responsabilité de la CMU complémentaire. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) était aussi associée au projet. Son président, Jean-Marie Spaeth⁷ avait deux soucis, l'un de gestion de sa branche dont l'informatisation permettait d'envisager de nouvelles tâches, l'autre de maintien du principe fondamental que les remboursements maladie resteraient indépendants des niveaux de revenu. Les autres partenaires sociaux partageaient ce même souci.

Pendant ce temps, les associations émettaient des doutes sur la capacité des organismes de protection complémentaire à permettre aux plus pauvres d'accéder aux soins et sur leur volonté de respecter le cahier des charges. Elles auraient préféré un scénario « tout caisses primaires »⁸.

Devant cette difficulté, la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité a proposé d'adopter une solution mixte qui a été évoquée par certaines associations : pour leur complémentaire, les individus auraient le choix entre une prestation d'État gérée par la sécurité sociale et un contrat souscrit auprès des organismes de protection complémentaire. Cette solution permettait de privilégier la solution de droit commun : la sécurité sociale pour la CMU de base et un organisme complémentaire pour le reste.

A partir de ce choix, J-C Boulard a négocié la mise en œuvre de la solution, et l'administration a rédigé le projet de loi.

⁷ YENI I., LASNE N., CANIARD E., MOREAU B. Une loi négociée, la CMU. Le point de vue des acteurs. *Projet*, 2001, n°268, pp.55-64.

⁸ Ibid.

1.2.2 Les conditions législatives d'accès à la CMU

La CMU se compose d'une CMU de base et d'une CMU complémentaire dont l'accès est soumis à conditions. Par ailleurs, ce système législatif se trouve rationalisé par la loi de finances 2003.

a) Les conditions d'affiliation à la CMU de base

Le 1^{er} janvier 2000, la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU permet l'affiliation au régime général à toute personne résidant en France ou dans un Département d'Outre-Mer sur le seul critère de résidence. Il s'agit d'une « résidence stable et régulière ». Le caractère stable de la résidence, prévu par l'article R.380-1 du Code de la Sécurité Sociale, est défini comme le fait de résider en France de « manière ininterrompue depuis plus de trois mois ». Les personnes de nationalité étrangère peuvent également prétendre à la CMU sous certaines conditions. Ainsi, outre le fait d'avoir une résidence stable en France, les étrangers doivent justifier, par la présentation d'un titre ou d'un document attestant la régularité de leur situation, de leur séjour en France à la date de leur affiliation. Cette condition n'est pas opposable aux ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen⁹.

Le bénéficiaire de la CMU ne doit avoir aucun droit aux prestations en nature d'un autre régime d'assurance et de maternité.

Les jeunes de seize ans peuvent obtenir à leur demande, le statut d'ayant droit autonome. Grâce à ce statut, ils peuvent être personnellement remboursés de leurs dépenses de santé sans passer par le compte de l'assuré dont ils sont ayants droits.

b) La procédure d'accès à la CMU de base

Il incombe aux demandeurs de la CMU de faire une déclaration de ressources. Celle-ci doit être retournée en principe avant le 15 septembre de chaque année. Toutefois, pour les personnes nouvellement affiliées, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie doit leur « adresser sans délai » la déclaration des ressources, qui doit lui être retournée dans un délai d'un mois. Mais, si l'assuré ne fournit pas les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable, « celle-ci est fixée d'office par la CPAM sur la base

⁹ Décret n°99-1012 du 2 décembre 1999

d'éléments dont elle dispose ou, à défaut, sur la base d'une assiette ne pouvant excéder cinq fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale »¹⁰.

La cotisation, quant à elle, est due à compter « du premier jour du trimestre civil suivant la date de l'affiliation ou de la fin du droit à la protection complémentaire ». En cas de retard de paiement, des majorations de retard sont exigibles. L'assuré est informé du montant de cette contribution par lettre de mise en demeure de l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF).

La cotisation se calcule à partir d'un plafond fixé à l'époque à 42 000 francs par an et pour une personne seule. Toute personne, dont les revenus se situent en dessous de ce plafond, est exonérée de cotisation et bénéficie gratuitement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Le plafond est revalorisé chaque année, par arrêté, conformément à l'évolution des prix hors tabac.

Les bénéficiaires de la CMU, dont les ressources sont supérieures au plafond, sont donc redevables d'une cotisation annuelle. Celle-ci, proportionnelle aux revenus, est établie à 8% des revenus annuels. Elle est assise sur les revenus perçus au cours de l'année précédente, après application d'un abattement de 6505 euros par an pour une personne (depuis le 1^{er} septembre 2001)¹¹. Les revenus pris en compte sont ceux de l'assuré et de ses ayants droits. On peut rajouter que la cotisation fait l'objet d'un paiement trimestriel, au plus tard, le dernier jour de chaque trimestre civil.¹²

Les ressources prises en compte pour la protection de base comprennent notamment, les traitements et salaires nets, les allocations chômage. Par contre, l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), le minimum vieillesse, les prestations familiales, le RMI ne doivent pas être déclarés pour la protection de base.

Le non-paiement de la cotisation peut entraîner la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie, notamment, lorsque « la mauvaise foi est établie par des

¹⁰ Décret n°99-1012 du 2 décembre 1999

¹¹ CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX. La C.M.U.en 2002. *Communiqué de presse*, septembre 2002

¹² Circulaire DSS/5A/5B n°2000-21 du 12 janvier 2000

faits caractérisant l'intention de ne pas payer les cotisations obligatoires d'assurance maladie ».

La décision de suspendre le versement des prestations appartient au Directeur de la caisse d'assurance maladie. Toutefois, ce dernier doit prendre en considération « l'ancienneté et l'importance de la dette de l'assuré en matière de cotisation, le défaut de non-réponse aux courriers de la caisse et l'existence d'une capacité contributive. »

On peut noter que la CMU ne modifie pas le système de remboursement à 100% des dépenses liées aux Affections de Longue Durée (ALD). Les personnes continueront à bénéficier de la prise en charge à 100% dans le cadre des affections de longue durée liées au handicap.

B) Le droit à une couverture complémentaire en matière de santé

La loi ouvre droit à une couverture complémentaire gratuite et à la dispense d'avance de frais (Tiers Payant) pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, en prenant en compte la composition du foyer et le nombre de personnes à charge, toujours sur le seul critère de résidence. Elles sont également exonérées de cotisations au régime de base.

a) *Les conditions d'affiliation à la CMU complémentaire*

Les demandeurs de la couverture complémentaire santé doivent remplir la condition de résidence exigée pour bénéficier du rattachement au régime général (résidence ininterrompue depuis plus de trois mois).

De surcroît, les personnes doivent disposer de ressources inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer. Le foyer se compose de l'auteur de la demande, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint soumis à une imposition commune ou de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité et des personnes considérées comme étant à charge de manière réelle et continue. Les enfants sont pris en compte dès lors qu'ils sont âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt.

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé comprennent l'ensemble des ressources, de quelque nature qu'elles soient. Il s'agit notamment des ressources imposables et non imposables, de la plupart des prestations familiales, des revenus censés être procurés par certains biens immobiliers et mobiliers lorsqu'ils sont ni exploités, ni placés ou encore de l'allocation adulte

handicapé. Les aides personnelles au logement sont incluses dans les ressources également sur la base d'un forfait.

En revanche, un certain nombre de revenus sont exclus¹³. Il s'agit notamment de certaines prestations sociales à objet spécialisé, mais également de certaines prestations dont l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) et ses compléments ou de l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS). On peut rappeler que les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) obtiendront automatiquement la CMU complémentaire.

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédents la demande, à l'exception toutefois des revenus professionnels non salariés qui font l'objet de dispositions spécifiques.

LE NIVEAU DE RESSOURCES QUI CONDITIONNE L’AFFILIATION À LA CMU COMPLÉMENTAIRE

Niveau de ressources maximum mensuel	Composition du foyer
562 €	1 personne
843€	2 personnes
1011€	3 personnes
1180€	4 personnes
224€	A partir de 5 personnes et par personne supplémentaire

b) La procédure d'affiliation à la CMU complémentaire

Les demandeurs de la CMU complémentaire adressent à la Caisse dont ils relèvent, un dossier comprenant un formulaire de demande, ainsi que les renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer. Toutefois, si le demandeur ne peut produire les éléments d'appréciation relatifs aux revenus du foyer, il atteste sur l'honneur que ces revenus ne dépassent pas le plafond de ressources prévu : 562 euros pour une personne, 843 pour deux personnes, jusqu'à 224 euros à partir de cinq personnes et par personne supplémentaire.

Ce type de formulaire est disponible auprès des caisses d'assurance maladie, d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), d'une Association agréée, d'un hôpital.

¹³ Décret n°99-1004 Art 2 du 1^{er} décembre 1999

Lors de sa demande, le bénéficiaire indique l'organisme complémentaire de son choix : la CPAM ou une mutuelle, une institution de prévoyance, une entreprise d'assurance.

Ensuite, la décision est notifiée à l'intéressé dans les deux mois maximum suivant la réception du dossier complet.

La décision d'attribution de la protection complémentaire est prise par le Préfet du Département. Par arrêté, celui-ci a la possibilité de déléguer sa compétence aux Directeurs de la Caisse d'Assurance Maladie du Département. Lorsqu'un organisme complémentaire sera choisi, la caisse lui transmettra « sans délai » les renseignements relatifs aux bénéficiaires et aux personnes à charge.

Le droit à la protection complémentaire est attribué pour une période d'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.

Pour participer à la protection complémentaire, les O.C doivent demander à être inscrits sur une liste établie par le Préfet de Région. Il est à noter que les prestations sont identiques quel que soit l'organisme retenu.

Les personnes déjà couvertes par un organisme complémentaire, lorsque leur droit à bénéficier de la CMU est reconnu, ont le droit, soit d'obtenir la modification de leur contrat ou affiliation pour que leur soient appliqués les règles et le contenu de la couverture complémentaire CMU, soit de résilier la garantie initialement souscrite si l'organisme complémentaire concerné ne fait pas partie de la liste de ceux qui participent à la CMU. Dans les deux cas, les personnes ont droit au remboursement par ces organismes, des primes ou des cotisations versées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Enfin, toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir le bénéfice de la protection complémentaire est passible d'une peine de trois ans d'emprisonnement et de 46 155 euros d'amende.

c) Le bénéfice de la couverture complémentaire santé

Selon le législateur, la couverture complémentaire santé comprend la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier et des dépassements tarifaires en matière de prothèses dentaires et optiques dans la limite fixée par arrêté. Dès lors, les lunettes, les

prothèses dentaires ou auditives qui représentent des coûts importants deviennent accessibles aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Pour les soins dentaires, le forfait de 396,37 euros (2600 francs), valable sur deux ans a été supprimé, les soins sont pris en charge dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire. Par ailleurs, il est possible d'avoir une paire de lunettes par an, voire une deuxième en cas de changement de correction visuelle, à 54,58 euros (358 francs) pour une correction simple et à 137,20 euros (900 francs) pour une correction complexe. La monture est prise en charge à 100% si son prix ne dépasse pas 22,87 euros (150 francs). Enfin, pour les difficultés d'audition, un forfait d'un montant de 199,71 euros est alloué sur deux ans. Ce forfait est renouvelable.

Le décret n°99-1079 du 21 décembre 1999 définit les conditions d'avance de frais pour la protection complémentaire. Pour bénéficier de cette dispense d'avance de frais, l'intéressé doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance maladie électronique. Ce décret précise que le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé des prestations effectuées est garanti sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes considérés.

C) Des mesures de rationalisation du dispositif : la loi de finance pour 2003¹⁴

Au-delà des dispositions portant sur la fiscalité des ménages, la loi de finances consacre plusieurs articles à la CMU.

Ainsi, la date d'ouverture des droits au volet complémentaire de la CMU est modifiée. Pour le cas général, cette date sera désormais celle « du premier jour du mois qui suit la décision » et non plus le jour de la décision.¹⁵ Cette mesure est très critiquée par les associations. Celles-ci craignent que cet allongement d'ouverture des droits ne génère des délais de carence « inutiles et dangereux pour l'accès aux soins des personnes malades ».

En cas d'urgence, le bénéfice de la protection complémentaire sera attribué dès le premier jour du mois de dépôt de la demande¹⁶. Il s'agit du cas du demandeur de CMU complémentaire séjournant dans un établissement de santé sans avoir été en mesure de

¹⁴ Loi n°2002-1575 du 30 décembre 2002

¹⁵ CSS, art. L.861-6 et L.861-8 modifiés.

¹⁶ CSS.art.L.861-5 modifié

déposer sa demande, ou ayant besoin de soins immédiats ou programmés, ou encore dans une situation sociale difficile.

Par ailleurs, la loi de finances 2003 instaure des modalités de révision du plafond d'octroi de la CMU complémentaire. La révision des plafonds de ressources prendra effet chaque année au 1^{er} juillet et tiendra compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours¹⁷. Un correctif est institué en cas de décalage entre le taux d'évolution du plafond fixé pour une année et le taux d'évolution des prix de cette même année.

Enfin, la loi prévoit de nouvelles possibilités de contrôle des ressources des demandeurs. Les organismes d'assurance maladie pouvaient déjà demander des informations aux organismes d'indemnisation du chômage. Ils peuvent dorénavant faire de même auprès de l'administration des impôts¹⁸ et des organismes de sécurité sociale¹⁹.

L'objectif poursuivi est de « réduire les ouvertures indues de droits à la CMU complémentaire ». ²⁰

1.2.3 La création du fonds CMU

La loi du 27 juillet 1999 est à l'origine de la création du fonds CMU, établissement public administratif de l'État, soumis à la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il finance le volet complémentaire de la CMU.

A) Son organisation structurelle

Le fonds est une structure légère de huit personnes, composée d'un directeur et de personnels de la fonction publique ou mis à disposition par les caisses de sécurité sociale.

Outre le directeur, le fonds regroupe un directeur adjoint, l'agent comptable et le fondé de pouvoir, deux chargés de mission et deux secrétaires.

Le fonds est administré par un Conseil.

Le Conseil de surveillance placé auprès de lui, se réunit deux fois par an. Cette instance est composée de quatre collègues : des parlementaires, des associations œuvrant dans la lutte

¹⁷ CSS, art.L.861-1 modifié

¹⁸ livre des procédures fiscales, art.L.152 modifié

¹⁹ CSS, art.L861-9 modifié

contre les exclusions, les grands régimes d'assurance maladie et les Fédérations d'Organismes Complémentaires.

Les ressources du fonds sont constituées d'une subvention de l'État et du produit d'une contribution due par les Organismes complémentaires, assise sur les contrats d'assurance santé (taxe de 1,75% sur le chiffre d'affaires), recouvrée par les URSAFF.

B) Ses missions

En premier lieu, le fonds assure le financement des dépenses de soins de santé restant à la charge, après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie, des personnes titulaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A cette fin, il prend en charge deux catégories de dépenses.

Il rembourse les C.N.A.M. des sommes engagées par les régimes. Des conventions entre le fonds et ces régimes organisent les flux financiers.

Le cas échéant, il rembourse aux organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies d'assurance), la somme qui leur est due quand le montant de leur contribution est inférieur au montant de la déduction calculée pour chaque personne couverte par un contrat CMU souscrit auprès de l'organisme, soit deux cent vingt euros par bénéficiaire.

En deuxième lieu, le fonds concourt à l'analyse et à l'évaluation de l'application de la loi dans ses aspects sanitaires et sociaux.

En troisième lieu, le fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance. Il peut recevoir délégation de l'Agence Centrale des Organismes de la Sécurité Sociale (ACOSS) pour contrôler l'application par les O.C de la déduction qu'ils peuvent opérer sur le montant de leur contribution.

Dans un entretien, l'ancien directeur Philippe Georges ²¹ affirme sa certitude de la pérennité du fonds CMU. Il voit dans cette structure dédiée au financement de la complémentaire CMU, en l'absence de structure de remplacement, « le seul dispositif concret vraiment opérationnel ».

²⁰ Rap.Sén.n°68, novembre 2002, Marini, tome III, annexe 36, page 113

²¹ ARCEGA G., LUSTIG I., BOULET C. Interview Philippe GEORGES, directeur du fonds CMU. La complexité de l'universalité, *Elan social*, 4^{ème} trimestre 2001, pp.6-13.

1.3 Les acteurs de la CMU : de nouvelles compétences à définir

La mise en place de la CMU en Loire-Atlantique a bouleversé le système de coopération établi entre les acteurs de l'accès aux soins pour les plus démunis. Un partenariat s'est avéré ainsi nécessaire pour soutenir et légitimer les caisses d'assurance maladie dans leur nouveau rôle de gestionnaire de la CMU. La satisfaction des usagers et des acteurs de cette couverture vis-à-vis de la gestion des caisses souligne l'efficacité des nouveaux liens partenariaux tissés.

1.3.1 Le transfert de compétence de gestion du Conseil Général vers les caisses d'assurance maladie

En passant de l'AMD à la CMU, le gestionnaire du système d'accès aux soins pour les plus démunis a changé. Il y a donc eu transfert de compétence de gestion entre le C.G et les caisses d'assurance maladie. Lors de ce transfert, deux constats ont pu être établis : les caisses ont bénéficié du soutien du C.G, au contraire des CCAS, qui jouent désormais un rôle amoindri dans l'accès aux soins.

A) Le soutien du Conseil Général envers les caisses dans le transfert de gestion

La CMU confie un nouveau rôle aux caisses de sécurité sociale : instruire et gérer l'accès aux soins pour les plus démunis. Ainsi, toute l'organisation de la CPAM a été à revoir, il a fallu former le personnel à ce nouveau système de couverture sociale, mettre en place une procédure d'accueil des bénéficiaires propre à chaque caisse : un guichet unique (CPAM d'Angers), des consultations sur rendez-vous (CPAM de La Roche sur Yon) ou encore sans procédure spécifique, en consultation libre (CPAM de Saint-Nazaire).

Dans leur nouvelle démarche, les caisses de sécurité sociale ont reçu l'appui du C.G. qui, par une convention du 21 mai 1999, leur a délégué la gestion de l'ensemble des opérations de l'AMD, de son instruction à la gestion des paiements des tickets modérateurs des soins de ville et de frais d'hospitalisation en établissements privés.

Cette convention relative au « transfert de l'AMD aux caisses d'Assurance Maladie » a été signée par le Conseil Général, les Caisses primaires d'assurance maladie de Saint-Nazaire et de Nantes, la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) et la Caisse Maladie Régionale des travailleurs indépendants (CMR). Un partenariat obligatoire y est établi.

Ainsi, d'après l'article 26 de ladite convention, la norme NOËMIE 929, support informatique, est mise à la disposition du Président du Conseil Général par les caisses, pour un contrôle de l'évolution des droits qu'il a ouverts et qui sont désormais sous l'autorité des caisses ainsi que pour informer sur le montant des règlements restants à la charge du département.

En retour, le C.G s'engage selon l'article 31 à apporter un soutien technique aux caisses, en désignant à cette fin un correspondant.

Enfin, les partenaires s'engagent dans cette convention à informer les bénéficiaires sur les contrôles et les échanges d'information dont ils peuvent faire l'objet, à notifier aux communes et aux CCAS leurs obligations et enfin à informer les professionnels de santé sur la procédure de mise en œuvre. Un comité de suivi, composé de représentants de chaque partie signataire, est institué pour examiner les problèmes particuliers soulevés par l'application de cette convention.

Ainsi, spécifiquement en Loire-Atlantique, six mois avant la mise en place de la CMU au plan national, le CG a transmis aux caisses, en juin 1999, la compétence des dossiers de l'AMD. Cette période difficile pour les caisses, où elles ont dû s'organiser, fut aussi un temps d'adaptation à leur nouveau rôle de gestionnaire de dossier d'accès aux soins et l'occasion d'instaurer des contacts : à la CPAM de Saint-Nazaire, un service promotion de la santé a été créé.

B) Le rôle amoindri du Centre communal d'Action Sociale dans l'accès aux soins

La charge de travail de la CPAM s'est vue alourdie par le retrait des CCAS de l'instruction des dossiers de demande d'aide aux soins. En effet, à partir de juin 1999, une « petite révolution » a eu lieu avec la fermeture des bureaux de délivrance des étiquettes et le refus des CCAS de continuer à instruire les dossiers CMU, dorénavant à titre gratuit.

Dans le département de Loire-Atlantique, les CCAS de Saint-Nazaire et de Nantes ont adopté deux positions distinctes envers les caisses d'assurance maladie. La première s'est engagée à informer, conseiller les personnes sur la CMU. Le CCAS de Saint-Nazaire reçoit de la CPAM des imprimés de demande de CMU qu'il peut aider à remplir. Toutefois, pour tout point soulevant trop de difficultés, auxquelles le personnel du CCAS n'est pas formé, le dossier est renvoyé à la CPAM pour être rempli.

A côté de cette fonction d'information et de soutien dans l'accès à une protection sociale, le CCAS de Saint-Nazaire souhaite que soit officialisée sa plus grande implication envers les demandeurs de CMU qui touchent le RMI. En effet, depuis novembre 2001, le service communal a souhaité s'investir dans la constitution des dossiers CMU pour les Rmistes. Sa fonction d'instructeur des dossiers du RMI lui confère une place privilégiée dans l'ouverture des droits des mille cinquante-six bénéficiaires en 2001.

Ainsi, courant 2003, une convention entre la CPAM et le CCAS de Saint-Nazaire va être signée afin d'instaurer une transmission directe des dossiers et une formation du personnel du CCAS pour répondre plus facilement aux personnes RMIstes. La signature est toujours en attente, du fait de l'opposition du CCAS à s'impliquer davantage dans l'instruction des dossiers CMU, selon les vœux de la CPAM.

Dans le même sens, le CCAS de Nantes n'a pas pris part à la mise en place du dispositif de la CMU. La philosophie de ce service communal est de ne pas discriminer les publics concernés, en faisant transiter leur demande d'adhésion par un lieu distinct de celui qui accueille les publics de droit commun.

Le CCAS de Nantes oriente donc les usagers qui souhaitent bénéficier de la CMU vers leur centre de Sécurité Sociale et éventuellement établit une élection de domicile pour les personnes qui le demandent.

L'élection de domicile est l'une des principales fonctions remplie par le CCAS dans le cadre de l'accès à la CMU.

1.3.2 L'émergence de nouveaux partenaires

Alliés des caisses de Sécurité Sociale, de nouveaux partenaires se sont engagés dans le dispositif CMU. Il s'agit de l'hôpital, avec son rôle traditionnel d'accueil pour les plus démunis et des O.C, dans le cadre de la CMU complémentaire.

A) L'hôpital, partenaire privilégié dans l'accès à la CMU

Dans le cadre de la lutte contre les exclusions, l'hôpital constitue un acteur privilégié. Sa fonction d'accueil et de soins permanents pour tous le met en relation directe avec les plus exclus du système d'accès aux soins de droit commun.

De ce fait, la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, ajoute un septième alinéa à l'article L.711-3 du code de la santé publique selon lequel le service public hospitalier se doit de participer « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseaux ».

Cet engagement de l'hôpital a pris corps avec la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), préconisée dans la circulaire de la Direction des hôpitaux n°736 du 17 décembre 1998.

Les PASS sont des permanences d'accès aux soins au sein des hôpitaux qui ont pour objectif d'offrir aux personnes en situation précaire des dispositifs visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, et de soins. Ces cellules de prise en charge médico-sociale doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux dispositifs institutionnels de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Ainsi, les rencontres avec les assistantes sociales des quatre PASS de Loire-Atlantique sont le moyen d'examiner les droits sociaux des patients, de leur ouvrir ou de renouveler leur droit à la CMU le cas échéant, pour assurer à l'avenir une prise en charge de droit commun.

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, le dispositif PASS s'articule autour d'une libre consultation Médico-Sociale à visée généraliste. Au contraire, au centre hospitalier d'Ancenis, canton rural de la Loire-Atlantique, la prise en charge médico-sociale de la PASS est conditionnée par l'admission au service des urgences et se poursuit dans les services d'hospitalisation, lorsque le patient y est transféré.

Par ailleurs l'hôpital, en tant qu'instructeur, a les moyens de rassembler les pièces d'un dossier pour l'ouverture d'une CMU complémentaire au profit d'un hospitalisé qui n'a pas souscrit de mutuelle. L'hôpital constitue donc un partenaire engagé dans l'accès à la CMU. Cet engagement se situe pour le Centre hospitalier (CH) de Saint-Nazaire dans sa rencontre mensuelle avec la CPAM pour faire le point sur leur coopération et dans sa mise à disposition, depuis la mise en place de la CMU, de deux emplois jeunes qui s'attachent à aider les patients à remplir leur dossier d'ouverture de leurs droits. Ce soutien administratif cessera en 2004.

Derrière la façade de l'hôpital et de sa PASS se trouve l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et ses moyens financiers pour soutenir l'hôpital dans sa démarche d'accès aux soins pour les plus démunis.

Ainsi, un budget supplémentaire de l'ARH vient d'être accordé aux PASS pour résorber les dépenses dues au fait que la première consultation de la PASS, si elle ne donne pas lieu à une hospitalisation, n'est pas couverte par la CMU. En effet, en cas d'hospitalisation, la couverture sociale prend effet au jour de l'hospitalisation. En revanche, en cas de consultation aux urgences, le droit à la CMU est acquis lors de la date de constitution du dossier. Ainsi, la première consultation s'effectue à titre gratuit, aux frais de l'hôpital.

B) Les organismes complémentaires de protection sociale : un nouveau partenaire dans l'accès aux soins pour les plus démunis

L'idée première des fondateurs de la CMU était de confier la gestion de la CMU dite complémentaire aux organismes complémentaires privés. Un large appel à participation a été envoyé vers la Fédération Nationale de la Mutualité par le ministère.

Mais, les Mutuelles de Loire-Atlantique (MLA) se sont refusées comme d'autres à gérer cette nouvelle couverture sociale. La raison principale du refus est le coût élevé de cette démarche. En effet, la CMU complémentaire aurait alors été financée par les fonds des mutuelles et non pas par des fonds publics.

Dès lors, un autre système de participation des organismes complémentaires a été adopté. Ainsi, chaque O.C, qu'il participe ou non à la CMU, se doit de verser à l'URSAFF 1,75 % de l'ensemble de son chiffre d'affaires pour financer le fonds CMU. En outre, lors de la première année de mise en place du dispositif, l'État remboursait les O.C de leur contribution sur la base de 1500 francs par adhérents. Dès lors, si l'affilié dépensait plus de 1500 francs de soins, la différence était à la charge de l'O.C. Face à ce coût de participation, les O.C ont menacé de se retirer et une revalorisation a eu lieu en 2002²². A l'heure actuelle, la contribution est de 283 euros par bénéficiaire.

Mais une inégalité de traitement persiste entre le financement de la participation des CPAM et des O.C. En effet, les CPAM sont intégralement remboursées par des budgets nationaux.

²² Loi n°2002-1575 du 30 décembre 2002

Dès lors face à ces obstacles financiers, la principale motivation des O.C repose sur la volonté de soutenir le mouvement de solidarité nationale. Tel est l'état d'esprit de la compagnie d'assurance Suravenir, filiale du Crédit Mutuel à Nantes, qui s'est inscrite sur la liste des organismes complémentaires de la CMU. Cette entreprise se dit mutualiste.

De même, les Mutuelles de Loire-Atlantique, entreprise sans but lucratif, dont les deux principales activités sont l'offre d'une complémentaire santé et un réseau sanitaire et social, se sont engagées au 1^{er} janvier 2000 dans le dispositif de la CMU complémentaire. Cet engagement correspond à leur vocation première : permettre à chacun d'accéder aux soins. En outre, la CMU recouvre à elle seule les trois valeurs des MLA qui sont la proximité, la solidarité, et la dimension humaine.

Le choix de l'organisme complémentaire s'effectue concrètement, lorsque le dossier de demande de CMU complémentaire est accepté. La caisse d'assurance maladie propose alors une liste d'organismes complémentaires susceptibles de prendre en charge sa couverture sociale. Ce choix doit se faire librement, même si dans un souci de simplification, la plupart des bénéficiaires choisissent la caisse, instructeur de leur dossier, unique interlocuteur de leur situation sociale. Mais lorsque les personnes ont déjà souscrit une mutuelle chez un organisme participant à la CMU, elles sont obligatoirement affiliées à celui-ci dans le cadre de la CMU complémentaire pendant un an.

1.3.3 Les prérogatives des services déconcentrés de l'État dans l'accès à la CMU

Il existe d'autres acteurs de la CMU, les services déconcentrés de l'État en charge du contrôle de l'activité des caisses, ainsi que d'une mission d'accès aux soins dans le cadre du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

- A) Le droit de regard de la Direction Régionale et Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS) sur l'activité des caisses.

Au sein de la DRASS des Pays de la Loire, le service protection sociale est chargé d'observer, d'évaluer, de contrôler et de garantir aux assurés sociaux la qualité de mise en œuvre des politiques de protection sociale par les organismes de sécurité sociale.

Ce service réalise, à travers le travail de l'inspecteur chargé de la CMU, un bilan annuel régional afin de suivre l'activité des caisses en la matière.

Ainsi, en avril 2003, le service protection sociale a édité un bilan de l'année 2002. Celui-ci a été dressé à partir du dépouillement d'un questionnaire envoyé aux caisses de sécurité sociale. Le questionnaire portait sur la façon dont s'organisaient les caisses pour accueillir les bénéficiaires, pour les informer sur les O.C à choisir.

Outre leurs relations avec les usagers, le questionnaire vise la relation des caisses avec leurs partenaires extérieurs. Le service de la tutelle s'intéresse aux relations des caisses avec les O.C., aux difficultés rencontrées, aux manquements concernant notamment la gestion des contrats CMU complémentaire et le prolongement des droits. De même, le service protection sociale s'informe sur les plaintes de refus de soins relevées le cas échéant par les O.C. Le comportement des professionnels de santé vis-à-vis de la CMU fait ainsi l'objet d'étude par la DRASS.

Ce bilan s'intègre dans la mission de relais d'information de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) confiée à la DRASS. En effet, en tant que représentant à l'échelon régional de l'organisme national de tutelle, le service protection sociale se doit de tenir informer la DSS de la gestion et de la qualité du service rendu à l'utilisateur par les organismes de sécurité sociale. Par ailleurs, la DRASS informe régulièrement la DSS sur l'évolution du nombre d'affiliés à la CMU, du flux d'entrée, de sortie du système, du nombre de renouvellement, de recours engagés contre une décision de refus.

La DDASS dispose quant à elle de prérogatives en matière de contentieux de la CMU. En effet, la Commission Départementale d'Aide Sociale (CDAS) est compétente pour confirmer ou infirmer la décision de rejet d'attribution de la CMU rendue par les caisses de sécurité sociale.

Cette commission est composée pour les dossiers CMU d'un président, le président du Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui, et de six personnes. Il s'agit de trois élus du Conseil Général désignés en assemblée plénière et de trois représentants de différentes administrations telles que la DDASS, les services de la trésorerie générale et les services fiscaux.

Le quorum exigé est de quatre personnes sur sept pour cette formation de droit commun.

En pratique, la DDASS assure le secrétariat de la CDAS. Elle se charge d'envoyer les convocations et de notifier les décisions. Lors d'une séance, le rapporteur présente le dossier de demande d'infirmer la décision de la caisse de sécurité sociale. Le requérant ou un tiers est ensuite entendu s'il en a fait la demande. Il peut en outre être assisté d'un avocat. En principe, un commissaire du gouvernement devrait alors présenter

ses conclusions. Mais dans les faits, en Loire-Atlantique comme dans la quasi-totalité des départements, personne n'a été désigné pour assurer cette fonction.

La décision est rendue après délibération. Elle donne lieu souvent à un consensus. A défaut, un vote est organisé auquel participe le rapporteur. En cas d'égalité, la voix du président compte double.

La CDAS se réunit une fois par mois, le lundi, où environ cinquante dossiers sont traités. Dans 99% des cas, la CDAS confirme la décision de la caisse en recalculant les ressources du requérant avec l'aide de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF). Un dossier est traité dans les quatre mois environ. Lorsqu'il s'agit de demande de CMU pour évolution des ressources pendant l'année, alors le délai de traitement est plus rapide.

B) L'engagement des DRASS et DDASS dans l'accès aux soins

L'article 71 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a prévu la mise en place des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Ces PRAPS définissent pour trois ans les actions prioritaires à mettre en œuvre pour améliorer l'accès à la santé d'une population en situation précaire sur une région donnée.

Ainsi, le PRAPS des Pays de la Loire a été validé par le comité régional des politiques de santé le 9 février 2000. Il fait suite à la première conférence régionale de santé du 18 décembre 1995. Lors de cette conférence, il a été décidé d'adresser en priorité des actions de santé vers un groupe de personnes identifié en situation de précarité. Cette réflexion a donné lieu à l'élaboration dès 1997, d'un programme régional de « Santé-Précarité ». Ce document a servi de base pour la rédaction du PRAPS 2000-2002.

Parmi les objectifs du PRAPS 2000-2002 figure celui de faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies. Ainsi le programme inscrit l'optimisation de la mise en œuvre de la CMU comme une action prioritaire. Il encourage à sensibiliser le public concerné sur ses droits, les acteurs sociaux et les organismes engagés sur leur rôle de relais pour aller au-devant de la population. Il incite en outre à favoriser les conditions de sortie du dispositif pour éviter les risques de rupture des droits. Enfin, le PRAPS veille à ce que la situation consécutive aux effets de seuil soit analysée.

Les promoteurs de cette action prioritaire sont la DDASS et les organismes de protection sociale que sont la CPAM, la MSA et la CMR. Elle repose sur le partenariat des acteurs sociaux, des professionnels de santé et des établissements de soins.

Au niveau départemental, en Loire-Atlantique, la lutte contre l'exclusion a débuté dès 1998, avec la mise en œuvre d'un Plan Départemental pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PDAPS) en mai. Des groupes de travail se sont constitués sous l'égide d'un chef de projet avec la volonté d'une large participation des acteurs du champ sanitaire et social. L'animation de ces différents groupes de travail a donné lieu de 1998 à 2000 à une bonne connaissance des acteurs du terrain et a permis de dresser précisément un état des lieux de la situation de l'accès aux soins pour les plus démunis en Loire-Atlantique en 2001.

Le PDAPS 2002-2004 a notamment retenu la thématique relative aux exclus de la CMU. Un groupe de travail co-piloté par la CPAM de Nantes et les Mutuelles de Loire-Atlantique s'est constitué à la suite du constat suivant : en dépit des avancées significatives en termes d'accès aux soins liées à la mise en place de la CMU, il persiste des difficultés concernant l'accès aux droits des personnes les plus défavorisées. Des axes de travail ont alors été définis : caractériser les exclus de la CMU complémentaire afin de cibler les actions en leur faveur, préciser les moyens à mettre en œuvre et les partenariats à développer. Des projets de dispositif pour aide à la mutualisation des jeunes, des personnes âgées en maison de retraite ont vu le jour grâce à un partenariat avec la DDASS, le Conseil Général et les Mutuelles de l'Atlantique. Ainsi, la garantie « accès santé jeune » repose sur la délivrance d'une attestation de la mission locale qui précise que les revenus du jeune en formation s'élève à 80% du SMIC. Au vue de ce document le jeune payera 50% de sa cotisation aux MLA et le reste sera pris en charge par le Conseil Général.

Mais tous ces dispositifs mis en place localement ont perdu de leur raison d'être avec la décision en 2001 du Ministre madame Guigou de créer un système national d'aide à la mutualisation pour les revenus des personnes dont le montant ne dépasse pas plus de 10% du seuil de la CMU complémentaire. Dès lors, le groupe PDAPS existe toujours même si aucune réunion n'a eu lieu depuis la circulaire du 12 août 2002 instituant l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et depuis qu'une convention a été signée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et toutes les CPAM pour que chacune d'entre elles organise un partenariat avec les mutuelles et assurances sur l'aide à la mutualisation.

Ainsi, la loi de lutte contre les exclusions suppose une nécessaire mobilisation des acteurs de la CMU pour garantir une protection sociale pour tous. En Loire-Atlantique, les nouveaux partenaires de la protection sociale pour les plus démunis que sont les caisses de sécurité sociale et les O.C se sont joints à des acteurs déjà engagés dans cette cause, la DDASS, la DRASS, l'hôpital, pour permettre à toute personne en situation de précarité de faire valoir ses droits et d'accéder aux soins.

Cette mobilisation partenariale a donné des résultats positifs même si des difficultés persistent et font encore obstacles à l'accès aux soins pour les plus démunis.

2 LA MOBILISATION DES ACTEURS DE LA CMU EN LOIRE-ATLANTIQUE : UNE EFFICACITE MISE A MAL PAR DES OBSTACLES PERSISTANTS

Les acteurs s'organisent de manière efficace pour faire accéder les demandeurs de la CMU à leurs droits et aux soins. Toutefois, il s'avère que le partenariat mis en place s'oppose à des obstacles persistants.

2.1 Un partenariat efficace

L'efficacité du partenariat mis en place se mesure aux dispositions prises pour faciliter l'accès à la CMU et à l'effectivité de l'accès aux soins.

2.1.1 L'accès à la CMU facilité

Parmi les acteurs de la CMU, la CPAM s'est attachée à faciliter l'accès à la Couverture Maladie Universelle en mettant en place des procédures respectueuses de l'intérêt des bénéficiaires. De même, plusieurs autres partenaires soutiennent les caisses de sécurité sociale dans le souci de faciliter l'accès à la CMU mais aussi dans le souci de garantir une aide à la mutualisation.

A) Des procédures respectueuses de l'intérêt des bénéficiaires

Afin d'informer sur la CMU et les droits qui en découlent, la CPAM de Nantes dispose de nombreux points d'accueil et d'une trentaine de maisons de sécurité sociale. Par ailleurs, sur demande, des séances d'information sont organisées auprès des services sociaux qui sont en contact avec les bénéficiaires potentiels de la CMU. Ainsi, la CPAM est intervenue au CCAS de Nantes, au service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) pour tenir une réunion d'information, une permanence est en outre tenue à la mission locale pour jeunes de Nantes.

En ce qui concerne l'accueil des demandeurs de la CMU dans les caisses, l'enjeu consiste à trouver un équilibre entre sa nécessaire spécificité puisqu'il s'adresse à un public précis et le risque de discrimination vis-à-vis des demandeurs.

Dans cette optique, la CPAM de Saint-Nazaire n'a pas jugé bon de mettre en place un accueil différencié pour les demandeurs ou les bénéficiaires de la CMU. Toutefois, un accueil sur rendez-vous est possible compte tenu de la durée de l'entretien. La même disposition a été retenue par la MSA de Loire-Atlantique.

Pour la CPAM de Nantes, le contact a d'abord lieu par téléphone où un agent annonce au demandeur de la CMU les pièces à rapporter et lui propose un rendez-vous pour constituer son dossier. Ce qui prime avant tout dans l'accueil des demandeurs, c'est **l'instauration d'une relation personnalisée**.

En effet, les bénéficiaires sont des personnes fragilisées par leur condition de vie précaire. Ils ont souvent une mauvaise image d'eux-mêmes et ont des difficultés pour entrer en communication avec l'extérieur. Dès lors, faciliter leur accès aux droits constitue une priorité pour les acteurs de la CMU. Ainsi, la CMR reçoit les bénéficiaires dans un bureau fermé.

En vue de garantir des procédures d'accueil respectueuses de l'intérêt des bénéficiaires, les caisses ont organisé des formations pour leur personnel. Ainsi, le personnel de la CPAM de Saint-Nazaire a été formé pendant quatre mois au service santé sociale, le service instructeur des dossiers CMU, pour apprendre à constituer un dossier et pour pouvoir répondre aux questions des bénéficiaires.

En outre, une formation de la CNAM a été organisée par les caisses sous forme de séances d'information et d'envoi d'imprimés.

Une fois le dossier constitué, c'est au service instructeur, le service santé sociale de la CPAM de Saint-Nazaire ou encore le service d'action sanitaire et sociale de la CPAM de Nantes, de traiter la demande. Sur le dossier, la mention « première demande » ou « renouvellement » doit être précisée, de même que doit être notifié si le demandeur est ou non bénéficiaire du RMI. Enfin, lorsque le dossier parvenu au service instructeur a été rejeté, la demande est alors traitée en priorité, afin que la personne puisse contester le plus rapidement possible cette décision auprès de la DDASS, dans les deux mois suivant sa notification.

Lorsque le dossier doit être traité en urgence pour des raisons de santé, le technicien du service a la possibilité d'émettre une attestation d'admission d'urgence établie pour un mois à condition que l'assuré ait déposé un dossier complet. Cette procédure d'urgence tend à éviter le délai existant entre le dépôt du dossier CMU et sa notification.

Le dossier CMU se constitue sur la base de revenus perçus les douze mois civils précédents la demande. Lorsque la personne est au chômage, la moyenne du salaire est réalisée sur douze mois et ce sont les 30% de cette moyenne qui sont pris en compte pour déterminer le

niveau de ressources par rapport au seuil de la CMU. Le dispositif mis en place par les caisses permet au demandeur de recourir à la déclaration sur l'honneur en cas de perte de justificatif de ressources.

Cette admission de la déclaration sur l'honneur alimente l'idée d'un accès au droit facilité mais qui induit aussi une inégalité. En effet, lors de la constitution du dossier CMU, le demandeur qui atteste sur l'honneur le fait qu'il a demandé à percevoir le RMI, sera affilié pour un an à la CMU. Même si après examen de ses revenus par la CAF, le RMI lui est refusé. Cette situation apparaît injuste pour les personnes à qui la CMU est refusée de prime abord en raison du dépassement du seuil par leur revenu.

B) Un partenariat soucieux de faciliter l'accès à la CMU

Dans cette procédure d'accès à la CMU, la mobilisation des acteurs se mesure clairement. Ainsi, pour être affilié à la CMU de base, le montant des revenus perçus annuellement ne doit pas dépasser 6 609 euros. Pour toute différence relevée entre ce seuil et le montant perçu, la cotisation s'élèvera à 8% de cette différence. En partenaire impliqué, l'URSAFF donne un avis de cotisation tous les trimestres.

Il existe un autre soutien : la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) qui a mis au point un logiciel dénommé « CAFPRO ». Cet outil informatique permet aux CPAM, en possession du numéro d'allocataire, d'accéder aux revenus versés par la CAF.

Parallèlement à cette procédure d'accès à la CMU, les acteurs du dispositif se sont mobilisés pour aider les personnes non-bénéficiaires de la CMU à accéder à une complémentaire santé.

Étant donné qu'au 1^{er} janvier 2000, les CPAM ont bénéficié de fonds importants en raison des transferts de budget du CCAS vers les caisses d'assurance maladie, ces dernières ont pu utiliser ces fonds au titre de l'aide à la mutualisation.

A Nantes, la CPAM a alors privilégié l'aide financière pour payer le ticket modérateur. Les crédits individualisés couvraient les dépenses qui auraient été prises en charge par un O.C telles que les frais d'optique, d'hospitalisation journée ou encore de frais dentaires.

Les budgets attribués pour l'aide à la mutualisation sont des budgets non-utilisés dans le contrat pluriannuel de gestion. Il s'agit d'un budget important puisqu'il représentait en 2001 30% du budget total et 25% en 2002.

Mais depuis le 1^{er} avril, un système national de mutualisation est en place (cf. paragraphe suivant). Concrètement, la personne, à qui la demande de CMU est rejetée, sera informée par un agent d'accueil sur son droit à bénéficier ou non de l'aide à la mutualisation. Si c'est le cas, l'agent propose une liste des organismes qui participent à ce système. Elle lui permet d'apprécier les différents tarifs proposés. Une fois le dossier de demande d'aide à la mutualisation parvenu au service social de la caisse, le bénéficiaire reçoit une notification d'accord ainsi qu'une attestation qui va lui permettre d'effectuer sa démarche de mutualisation auprès de l'O.C de son choix.

Il appartient ainsi à l'O.C d'établir un document qui atteste du fait que le bénéficiaire a payé sa part d'adhésion et que l'O.C prendra dès lors en charge toutes les dépenses. Dans un souci de partenariat, l'O.C adresse à la CPAM concernée un bordereau trimestriel qui comptabilisera tous les assurés qui ont adhéré et pour lesquels l'O.C doit verser une cotisation.

A partir de ce constat, la CPAM vérifiera le montant de l'aide apportée et règlera directement à l'organisme concerné.

Par ailleurs, l'accès aux droits est aussi facilité pour les mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Avant la mise en place de la CMU, la protection sociale de ces enfants étaient de la compétence de la DISS. Désormais, il appartient à la CPAM de gérer la protection sociale complémentaire des jeunes confiés à l'ASE. L'institution fait une demande écrite d'immatriculation pour chaque enfant. La CMU complémentaire vaut pour un an et est renouvelée automatiquement jusqu'à 18 ans. Ensuite, les jeunes domiciliés à l'ASE, font la demande eux-mêmes.

En ce qui concerne les mineurs délinquants confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), la domiciliation est effectuée au foyer éducatif du jeune. A Saint-Nazaire, les gens du voyage sont domiciliés à l'association "Le Relais".

Ainsi, le partenariat mis en place tend à faciliter l'entrée dans le droit commun pour tous. Cette entrée dans le droit commun, liée à l'accès à la CMU, constitue pour certains **un véritable accès à la citoyenneté**. En effet, d'après l'assistante sociale du CHRS, la carte vitale est associée pour un bénéficiaire de la CMU à la carte d'identité, recevoir cette carte de droit commun est pour lui synonyme de l'acquisition d'un droit civique.

C) Un partenariat engagé dans l'aide à la mutualisation

Dans la démarche d'accès à la CMU, les partenaires se sont engagés dans un dispositif d'aide à la mutualisation. Ce dispositif vise les personnes dont les revenus se situent au-dessus du seuil fixé par la loi CMU.

Avant le dispositif du 7 mars 2002²³ qui institue une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, l'aide à la mutualisation relevait des aides du CCAS ou du fonds social des MLA. Elle consistait à verser de l'argent aux adhérents d'un O.C en vue de les aider à payer leurs prestations.

Avec la loi CMU et le seuil qui limite son accès, des personnes ont été exclues du système. La CDAS a reçu de nombreux témoignages où des personnes souffrant de pathologies graves n'étaient pas remboursées à 100% (soin du kiné, traitement des douleurs rhumatismales, asthme...).

Au vu de ce phénomène d'exclusion, des acteurs du système CMU se sont associés pour mettre en œuvre des dispositifs d'aide à la mutualisation comme la garantie « accès santé jeune », en attendant l'adoption d'un système national d'aide prévu par la circulaire du 12 août 2002.

Depuis cette date, un système d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé s'adresse « aux victimes de l'effet de seuil CMU »²⁴ en particulier les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation supplémentaire vieillesse, de l'allocation spéciale invalidité, ainsi qu'aux chômeurs de plus d'un an et aux jeunes de 16 à 25 ans.

Cette aide consiste en une prise en charge partielle, par la caisse d'assurance maladie, de la cotisation des bénéficiaires du dispositif à un contrat de frais de santé, dont les prestations sont identiques à celle de la CMU complémentaire. Afin de réduire le montant de cotisation des bénéficiaires, les caisses d'assurances maladie sont invitées à rechercher le concours financier d'autres partenaires, au niveau local ou départemental.

²³ Avenant du 7 mars 2002 à la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM\ DDRI\ DAR\ AC n°12/2002 du 12 août 2002

²⁴ Actualités sociales Hebdomadaire, 7 mars 2003, n°2301

L'aide s'adresse aux personnes ou foyers, qui ne peuvent pas bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire au motif que leurs ressources excèdent de 10% au plus le plafond en vigueur au moment de l'instruction de leur dossier.

BARÈME DES RESSOURCES ANNUELLES SELON LES SITUATIONS FAMILIALES

En euros		Tranche A Plafond C.M.U + 5%		Tranche B Plafond C.M.U.+ 10%	
Nombre de personnes au foyer	de			de	à
		de	à		
1		6744	7081	7082	7418
2		10116	10622	10623	11128
3		12139	12746	12747	13353
4		14162	14870	14871	15578
5		16872	17716	17717	18559
6		19558	20536	20537	21514
7		22255	23368	23369	24480
8		24952	26200	26201	27447
9		27650	29032	29033	30415
10		30348	31865	31866	33383

BARÈME DES AIDES VERSÉES

Nombre de personnes au foyer	Tranche A	Tranche B
1 ^{ère} personne	130€	100€
2 ^{ème} personne âgée de 18 ans au plus	117€	90€
2 ^{ème} personne âgée de moins de 18 ans	65€	50€
Par personne supplémentaire	65€	50€

Tout opérateur de couverture maladie complémentaire peut proposer un contrat couverture santé, s'il respecte un cahier des charges. Ce dernier doit prévoir, notamment, que le contrat couvre les mêmes prestations que la CMU complémentaire, et que l'organisme s'engage à n'imposer aux bénéficiaires aucune limite d'âge, de période probatoire, d'examen ou de questionnaire médical. Il faut, de plus, que l'organisme complémentaire signe une

convention, valable jusqu'au 31 décembre 2003, avec la caisse primaire pour formaliser sa participation au dispositif.

Concrètement, la caisse d'assurance maladie verse directement sa participation à l'organisme complémentaire. Ce versement n'est effectué qu'une fois que l'intéressé a effectivement adhéré ou souscrit au contrat santé et que l'organisme lui a présenté un justificatif attestant du règlement effectif de sa part de cotisation.

Dans un souci de partenariat efficace, les O.C engagés dans ce dispositif sont recensés par la caisse d'assurance maladie qui en dresse la liste (valable jusqu'au 31 décembre 2003). Dans le même sens, les caisses mettent à la disposition des assurés, des fiches d'information préalablement réalisées par les organismes complémentaires, afin que les assurés choisissent en connaissance de cause.

Ces fiches comprennent les éléments de leur identification, les prestations servies et la tarification proposée.

L'assuré doit effectuer lui-même son adhésion ou la souscription au contrat. Il est alors informé du versement de la part de cotisation qui reste à sa charge et de la nécessité pour lui de présenter sa carte ou son attestation en cours de validité au professionnel pour bénéficier du tiers payant sur les prestations couvertes. L'aide vaut pour un an. Elle peut être reconduite tant que les conditions de ressources sont remplies.

En Loire-Atlantique, les MLA proposent cette complémentaire intitulée « AMUT 100%» avec six autres organismes sur le département. Le partenariat entre les caisses et l'O.C repose sur la maîtrise du système des flux NOËMIE.

Ainsi, à l'ouverture des droits, l'organisme complémentaire du département utilise le système des flux NOËMIE pour adresser à la caisse les éléments d'informations de création des assurés, selon la référence 408. Les organismes se sont engagés à mettre en œuvre les dispositions d'échanges permettant de supprimer les procédures papiers. Le Tiers Payant prend effet le premier jour suivant l'information de la caisse par l'O.C.

En cas de non-paiement de la cotisation par le bénéficiaire et à l'issue de la durée de validité de l'attestation permettant de bénéficier du Tiers Payant, l'organisme complémentaire peut mettre fin au contrat et doit en aviser la caisse.

2.1.2 Un accès aux soins effectif

Les bénéficiaires de la CMU, un public peu habitué à consommer des soins, ont peu à peu pris conscience de leur droit à accéder aux soins de ville.

A) Les bénéficiaires de la CMU : un public peu habitué à consommer du soin

D'après un diagnostic local réalisé en septembre 2001 sur Nantes et ses alentours, les personnes en situation de précarité subissent de prime abord une souffrance psychosociale, viennent ensuite la dépendance à l'alcool, les maladies physiques de type aigu, chronique, les handicaps et enfin les maladies psychiatriques.

Une faible majorité des personnes interrogées estime leur état de santé bon (40%) ou très bon (13%) comparativement à la population générale de Loire-Atlantique qui, en avril 2001, jugeait à 43% son état de santé très bon et à 51% assez bon.

Ainsi, l'accès aux soins des personnes en situation précaire a toujours été l'objet d'étude et de projet dans le but d'analyser le comportement de cette population vis à vis du soin.

Le projet Précar,²⁵ lancé au plan national en 2001, s'attache notamment à reconstituer les itinéraires de soins des patients en situation précaire, à analyser les déterminants sociaux individuels (situation sociale, condition de vie) de l'état de santé perçu et de l'accès (ou du renoncement) aux soins.

De cette étude, il ressort que la population en situation précaire fréquente les centres de soins de manière ponctuelle.

En effet, des personnes très déstructurées socialement, moralement ou psychologiquement éprouvent parfois des difficultés à se stabiliser au sein d'une structure et ne parviennent pas à respecter les contraintes institutionnelles qui leur permettraient d'entrer de manière régulière dans la sphère de l'assistance.

Le plus souvent, les situations de crise et de rupture vécues, privent ce public de tout suivi social et médical régulier.

²⁵ CHAUVIN P., FACY F., JOUBERT M., RINGA V. *Précarisation, risque et santé*. Paris, INSERM 2001. 474p. Questions en Santé publique.

Ainsi, les personnes en situation de précarité font appel dans le moyen terme aux différents dispositifs, mais de façon désordonnée.

Au cours de l'étude lancée par le projet Précar, la fréquentation ponctuelle des centres de soins relève de deux types d'expériences vécues. Le premier est relatif à l'expérience de la distanciation. Celle-ci résulte de la honte ressentie lorsqu'une personne doit demander une prise en charge gratuite. Dès lors, afin de minimiser le bénéfice de l'aide reçue, son recours est souvent retardé, sa fréquence en est limitée et restreinte au seul domaine médical.

Parallèlement, les personnes sensibles à cet état de demande font preuve de réserve dans leurs échanges avec les équipes, comme un moyen de prendre de la distance vis-à-vis d'une expérience mal supportée et de préserver leur dignité en affirmant leur refus d'une situation dévalorisante. Il est essentiel de noter que la distanciation existe aussi bien dans une structure de droit commun que dans un centre associatif. En effet, ce n'est pas la composition de la clientèle qui est stigmatisant, mais l'incapacité de « s'en sortir » sans faire appel à une aide institutionnelle. Ainsi, la plupart des patients affirment être indifférents au fait que les autres malades paient ou ne paient pas leurs consultations : d'après les résultats de l'étude menée en 2001, c'est le cas de 44,4% des personnes interrogées à Médecins du Monde et de 51,6% des personnes interrogées à l'hôpital.

Les patients qui font l'expérience du pragmatisme, quant à eux, ne ressentent pas d'humiliation à s'inscrire dans des dispositifs médico-sociaux. Ils ont élaboré un système de rationalisation de l'assistance et peuvent donc utiliser les services proposés de façon pragmatique. Ils font ainsi appel aux travailleurs sociaux des structures, dès qu'ils en ressentent le besoin. Il est à noter que les personnes déjà installées dans le circuit de l'assistance sont en mesure de savoir ce que elles peuvent demander à un assistant social et cherchent à tirer le meilleur profit de ce que le dispositif peut leur offrir.

Toutefois, tant que la fréquentation est ponctuelle, l'objet des recours reste essentiellement médical.

Face à ce comportement vis-à-vis des soins, propre au public visé par la loi de lutte contre les exclusions, la CMU est le moyen d'un engagement au long terme de la part de ces personnes dans le dispositif sanitaire.

B) L'accès effectif aux soins d'après les statistiques relevées

L'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a permis de lancer une enquête auprès des

bénéficiaires de la CMU au troisième trimestre 2000. Cette évaluation a été réalisée en concertation avec différents partenaires : les caisses nationales des trois régimes d'assurance maladie (la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Indépendants, et la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole), le Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la Délégation Interministérielle sur le Revenu Minimum d'Insertion.

Les objectifs de cette enquête sont d'établir une typologie des bénéficiaires de la CMU à partir de caractéristiques socio-démographiques, d'analyser leur situation antérieure en matière de protection maladie, leurs modalités d'accès au dispositif lui-même ainsi que leur satisfaction ou difficultés en liaison avec l'accès aux soins et la consommation médicale.

De cette étude, il ressort que la population concernée est plutôt jeune, féminine et de milieux ouvriers et employés. De plus, la moitié des ménages concernés avaient renoncé à des soins avant la mise en place de la CMU et parmi eux les deux tiers ont enfin pu commencer à se soigner dès lors qu'ils y ont eu accès. Le type de soin auquel ils ont recouru est symptomatique des renoncements antérieurs. Il s'agit tout d'abord de la consultation du généraliste, puis de l'achat de médicaments et enfin le rendez-vous chez un dentiste et celui avec un spécialiste.

Si l'on suit la comparaison établie par la DRESS²⁶ entre les dépenses de soins de ville des bénéficiaires de la CMU et celles des patients du régime général entre 2000 et 2001, le fait constaté est le suivant : les premiers bénéficiaires de la CMU ont accru leur consommation de 8,4% en moyenne alors que durant cette même période la dépense individuelle des autres patients du régime général a augmenté de 6,7%.

Les bénéficiaires de la CMU se sont orientés en 2001 un peu plus fréquemment vers des soins spécialisés. La consommation individuelle moyenne des soins dentaires augmente par ailleurs de 37,2%. Il s'agit probablement de soins commencés vers la fin de l'année car l'augmentation du nombre de consommateurs se fait sentir dès l'année 2000, alors que celle des consommations n'intervient qu'en 2001. S'agissant des prescriptions, les dépenses

²⁶ Point STAT n°36 août 2002

d'auxiliaires médicaux et d'analyses médicales sont aussi en nette augmentation. Au contraire, la consommation en pharmacie déjà forte en 2000 s'est stabilisée en 2001 de la même façon que les soins dispensés par les généralistes.

Ainsi, étudier le comportement de patients entre 1999 et 2001 face aux services médicaux, permet de mieux caractériser les effets propres à la mise en place d'une meilleure protection sociale auprès d'une population en situation de grande exclusion. Lors de l'année d'instauration, les bénéficiaires de la CMU ont eu d'abord recours à des soins de première nécessité. Cette population a ensuite, au cours de l'année 2001, élargi ses consommations à des soins plus spécialisés sans pour autant que la fréquence de ces consommations spécifiques rejoigne celle des autres patients du régime général.

Plus spécifiquement en Loire-Atlantique, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) des Pays de la Loire s'est attachée en décembre 2002 à mesurer l'impact de la CMU sur l'évaluation des soins de ville remboursables et couvrant le champ du régime général.

Dans le souci de comparer de façon pertinente la consommation des bénéficiaires, l'URCAM a procédé à une neutralisation des effets liés à leur profil. Ainsi, la consommation de la CMU est étudiée en mesurant l'influence de l'âge, du sexe, de l'affection de longue durée des bénéficiaires (ALD). Il apparaît que leur jeunesse influence à la baisse leur consommation de soins (-29,50%), tandis que leur ALD majore leur niveau de consommation de soins de 8,5% par rapport à celle des personnes qui ne profitent pas de la CMU.

En neutralisant ces facteurs, plusieurs éléments au niveau départemental sont apparus. Ainsi, à l'instar du niveau national, la population des bénéficiaires de la CMU de Loire-Atlantique compte une proportion plus élevée de jeunes et de personnes atteintes d'une affection de longue durée que le reste de la population. En outre, la consommation moyenne des soins de ville d'un bénéficiaire de la CMU est supérieure de 5 points à celle d'une personne non-bénéficiaire : 841 euros contre 801.

Enfin, la dépense moyenne en soin d'un bénéficiaire de la CMU progresse cependant moins vite que celle d'un non-CMU (+4,7% contre +6% pour une personne non-bénéficiaire de la CMU entre 2001 et 2002).

Du point de vue des MLA, la dérive de la consommation des soins constatée en 2001 s'explique par un processus d'intégration du système pendant la première année de mise en place de la CMU, suivi d'une consommation importante lors de la deuxième année. Il a fallu

du temps au bénéficiaire pour se réhabituer à se soigner. A l'heure actuelle, il n'y a pas d'évolution importante de la consommation de la population CMU.

Par ailleurs, cet accès effectif aux soins se constate aussi dans la nette baisse des consultations de Médecins du Monde.

Ainsi, en 1999, l'association avait reçu en consultation 2062 personnes, 1200 pendant l'année 2000, pour constater en 2001, 824 consultations, et en 2003 596 personnes, la plupart des nigériennes.

2.2 Un partenariat confronté à des difficultés

Certes, la mobilisation des acteurs de la CMU existe. Elle permet aux demandeurs de la couverture maladie universelle d'accéder plus facilement aux droits à une protection sociale et aux soins gratuits.

Mais dans leurs actions les acteurs se voient confrontés à des difficultés de plusieurs ordres. Il s'agit de difficultés propres au système de la CMU, liées au public concerné et enfin dues aux comportements des acteurs.

2.2.1 Des difficultés propres au système de la CMU

A propos du système de la CMU, les acteurs soulignent leurs difficultés à gérer un système complexe, lourd. De même, l'effet de seuil inhérent au système de la CMU, ne donne pas toujours satisfaction aux acteurs engagés dans la garantie d'une protection sociale pour tous.

A) Un système lourd à gérer pour les acteurs

La gestion des dossiers CMU a été jugée difficile par les acteurs qui les ont en charge. Si les CPAM ont exprimé leur difficulté d'appropriation du système lors du transfert des dossiers du C.G, les organismes complémentaires (O.C) pour leur part, ont souligné les obstacles auxquels ils sont quotidiennement confrontés.

Tout d'abord, les O.C, mis à part les MLA, qui recensent aujourd'hui 7500 affiliés à la CMU complémentaire, gèrent en général un faible nombre de dossiers CMU par rapport à l'ensemble de leur activité. Ainsi, le Crédit Mutuel, recensait fin 2002 2 469 bénéficiaires de la CMU sur 100 000 clients. De ce fait, la plupart des O.C tel que le Crédit Mutuel n'ont pas

de gestion informatisée des contrats. La création d'un fichier informatique à cet usage engendrerait un coût financier trop important par rapport au nombre de dossiers à traiter.

Ainsi, la gestion des contrats de la compagnie d'assurance Suravenir, filiale du Crédit Mutuel à Nantes, s'effectue manuellement. L'O.C subit alors une perte de temps et donc un coût financier et en personnel important.

Le système de la CMU s'avère donc difficile en raison de sa gestion des prestations des assurés au cas par cas.

Par ailleurs, la spécificité du dispositif CMU résulte de sa validité annuelle. Alors que la gestion des autres dossiers est automatisée, les dossiers CMU, avec leur logique d'échéance particulière, nécessitent un traitement individuel.

Le directeur des assurances aux MLA souligne à ce propos "l'absurdité économique et technique de ce contrat". Au sein de la mutuelle, six à sept postes sont intégralement dédiés à la gestion de la CMU complémentaire en raison de sa complexité technique et administrative. Ce coût de gestion s'élève à environ 230 000 euros, montant payé par les cotisations des clients.

Au vu des ressentis exprimés par les O.C, la CMU apparaît comme le "résultat d'une volonté sociale de technocrates", éloignés du terrain, dénués de toute conscience des difficultés pratiques. Face à ces difficultés de gestion, les O.C se retirent les uns après les autres du système de la CMU complémentaire.

Autre spécificité propre au système CMU et contesté par les O.C : la concurrence mise en place entre d'un côté l'assurance maladie, organisme privé assurant une mission de service public et les O.C, organismes privés de l'Assurance santé. Le bénéficiaire de la CMU choisit librement le gestionnaire de sa complémentaire santé entre ces deux instances.

La filiale du Crédit Mutuel, Suravenir, identifie clairement la CPAM de Nantes comme une rivale et pose la question d'une possible inversion des rôles. Si la CPAM a la possibilité de gérer une complémentaire, les assurances ne pourraient-elles pas en retour gérer des régimes de base ? En permettant à l'assurance maladie d'intervenir dans le champ de la complémentaire santé, la loi CMU a brisé un tabou.

B) Un effet de seuil toujours insatisfaisant

L'accès aux soins pour tous, principe de la loi de lutte contre les exclusions, se voit contrarié par l'effet de seuil de la CMU. En effet, à l'exception des titulaires du RMI et des membres de leur foyer qui ont automatiquement accès à la CMU, l'ouverture des droits à la CMU complémentaire nécessite d'avoir des ressources inférieures au seuil fixé à 548 euros par mois, pour une personne seule. Au-dessus de ce fatidique plafond, la prise en charge à 100% disparaît brutalement.

Lors de sa mise en œuvre, le seuil est apparu comme un « **seuil couperet** », générateur de graves inégalités. Au-dessous des 548 euros, à l'origine 3500 francs, une personne qui remplit les conditions légales bénéficie, outre de l'affiliation gratuite à un régime de base, d'une complémentaire entièrement gratuite.

Au-dessus de ce seuil, elle doit acquitter, outre une cotisation proportionnelle à ses revenus pour bénéficier des prestations en espèces de l'Assurance Maladie et Maternité du régime de base, une cotisation volontaire à un organisme de protection complémentaire.

Pour remédier à cet effet pervers du seuil, l'avenant du 7 mars 2002 à la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) de la CNAM, permet aux personnes dont le revenu excède 10% au plus le plafond de la couverture maladie universelle de bénéficier d'une aide de leur caisse pour acquérir, à moindre coût, un contrat de frais de santé dont les prestataires sont identiques à la CMU complémentaire.

Mais la difficulté réside dans le fait que les professionnels de santé ne sont pas tenus de pratiquer les honoraires CMU. Ils peuvent donc dépasser les tarifs conventionnels et, dans ce cas, le complément reste à la charge de l'assuré. Ensuite, comme les contrats sont négociés par chaque caisse primaire auprès des divers organismes complémentaires, leur tarification n'est pas uniforme. En outre, les caisses peuvent décider du montant de l'aide qu'elles accordent aux bénéficiaires, modulé en fonction de l'âge des intéressés.

Enfin, cette décision déplace le problème plutôt que de le résoudre. Les mêmes difficultés continuent à se poser pour les personnes situées juste au-dessus de ce nouveau seuil. Les personnes dont les ressources excèdent de 10% le plafond de la CMU complémentaire sont exclues du dispositif tout comme les bénéficiaires d'un contrat de couverture complémentaire collectif obligatoire. Aussi, pour éviter en toute hypothèse l'effet de seuil, la solution la plus radicale réside dans celle qui avait été envisagée par le rapporteur du projet, J.C BOULARD, dans la première version de son rapport et qui fut reprise par la suite par les membres de l'opposition, en particulier par les sénateurs. La solution consistait à instaurer une

« allocation personnalisée santé » dégressive afin de permettre la solvabilisation de l'adhésion à un régime complémentaire. La majorité en place n'a pas cru possible de retenir cette idée jugée contraire au grand principe de gratuité de l'aide médicale. En outre, ce principe d'allocation se heurtait aux réticences très fortes des organismes complémentaires et supposait une réelle confiance entre ces derniers et les associations,

En tout état de cause, le problème du seuil reste toujours d'actualité, il est constamment évoqué par les acteurs rencontrés à propos des critiques à porter sur la CMU.

Si l'établissement d'un seuil pose des problèmes d'accès au dispositif, il en est de même pour la sortie du système. La sortie du système CMU apparaît comme "un casse-tête juridique et social" aux yeux des acteurs. L'absence de connexion entre le fichier CMU financé par le fonds CMU et le fichier de la sécurité sociale provoque un délai d'attente de trois mois entre la sortie du dispositif et l'affiliation au régime général.

Lors de la sortie, seuls les O.C, ont l'obligation de proposer aux personnes sortant du système de la CMU une complémentaire qui garantit les mêmes droits que le dispositif antérieur avec un tarif imposé. Celui-ci s'élève à 230 euros par personne pour la première année puis avec un tarif dégressif.

Le Crédit Mutuel a clairement exprimé son impossibilité financière de garantir 100% des remboursements pour les sortants et déplore cette mesure qui ne s'adresse qu'aux O.C. En effet, les caisses d'assurance maladie ignorent ce type de prise en charge de sortie.

2.2.2 Des difficultés liées au public concerné

Le public concerné par la CMU est un public fragilisé par une vie précaire, par des situations difficiles à gérer qui les empêchent de s'engager à long terme dans un système institutionnel. Dès lors, face à ce public, les travailleurs sociaux éprouvent des difficultés pour suivre et inciter les bénéficiaires de la CMU à jouir de façon stable de leur protection sociale. En outre, si ce public doit être encouragé à user de ses droits, il convient de veiller à éviter qu'il en abuse.

A) Les difficultés pour un public fragilisé de s'engager dans un système institutionnel

Les bénéficiaires de la CMU constituent un public qu'il faut encourager, accompagner dans une démarche d'accès aux droits et aux soins d'après les expériences des assistantes sociales des PASS et des associations.

En effet, pour la frange la plus désocialisée des bénéficiaires, les ressources sanitaires ne peuvent être accessibles qu'à l'aide d'un accompagnement social. Il semble que les freins à l'accès aux soins soient d'ordre moins financier que psychologique.

Les personnes très exclues ne sont pas en demande de soins en raison d'une mauvaise image d'elles-mêmes, de leur corps qu'elles dévient. Le recours aux soins s'effectue alors dans l'urgence, lorsque les souffrances deviennent insupportables. Elles se rendent à l'hôpital ou sollicitent les associations d'aide aux plus défavorisés.

La difficulté principale pour les travailleurs sociaux, qui ouvrent les droits à la CMU à la PASS ou aux urgences, tient au fait que ces grands marginalisés s'engagent difficilement dans un dispositif à long terme. L'essentiel pour eux réside **plus dans l'accès aux soins qu'aux droits**. L'assistante sociale de l'association Fransisco FERRER affirme que ce public à la marge perd souvent ses papiers ou se les fait voler. Leur situation de désocialisation leur fait ignorer leur droit.

Ainsi, la mobilisation des acteurs pour garantir une protection sociale pour tous se voit confrontée à **l'absence de volonté des bénéficiaires potentiels** de la CMU de s'engager dans ce système. Certains expriment clairement le refus de se rendre au guichet CPAM, chez le médecin. Ils ont perdu l'habitude de patienter dans une salle d'attente d'un organisme, de prendre un rendez-vous par téléphone chez un professionnel de santé. L'hôpital conserve, selon eux, l'image d'un lieu ouvert, où ils ont la certitude d'être soigné.

Dès lors, c'est moins une mobilisation pour un soutien financier que pour un soutien psychologique de ces personnes qui doit se mettre en place.

Le dispositif CMU vise à ouvrir les compétences des acteurs aux plus démunis ; à l'inverse, la mentalité, l'état d'esprit des bénéficiaires de cette loi, doit évoluer. Le travail des acteurs doit s'attacher à faire prendre conscience aux intéressés de leur entrée dans le droit commun et de les engager à adopter le comportement qui en découle : jouir de leurs droits.

B) Le risque d'un abus de couverture sociale gratuite

Par son principe de gratuité des soins, la CMU a suscité des craintes d'abus chez les acteurs du dispositif, un risque de dérive des dépenses. Le fait d'accéder aux soins sans contrainte financière facilite **l'absence de conscience du coût des soins prodigués**.

Dès lors, l'ensemble des professionnels de santé ont souligné les exigences excessives de certains bénéficiaires de la CMU. D'après l'association Médecins du Monde de Nantes, les bénéficiaires de la CMU sont « archi-couvert, ils usent et abusent du système ». Dans le même sens, le Crédit Mutuel et les Mutuelles de Loire-Atlantique, évoquent le risque d'un abus des soins de la part de leurs clients couverts par la CMU.

Face à ce risque, une solution pourrait être envisagée. Il s'agirait de communiquer la facture des soins aux patients couverts. Cette démarche serait une façon de sensibiliser le public aux coûts pris en charge par la société.

Toutefois, quelles que soient les craintes des acteurs, celles-ci ne sont pas vérifiables. Dans les faits, l'augmentation de la consommation des soins relevée se justifie par un phénomène de « rattrapage ». Les bénéficiaires de la CMU ont consommé plus de soins suite à leur renoncement antérieur. Cette situation n'est pas la marque d'un abus mais le signe au contraire **d'une privation passée**.

2.2.3 Des difficultés dues au comportement des acteurs

Parmi les acteurs de la CMU se trouvent les professionnels de santé libéraux dont les intérêts divergent de ceux de la loi du 27 juillet 1999. Ainsi, pour des raisons financières principalement, des refus de soins par certains professionnels de santé ont été constatés.

Autre comportement préjudiciable pour la bonne mise en œuvre de la CMU, la difficile circulation d'information entre certains acteurs.

A) Le refus de soin par certains professionnels de santé

En simplifiant quelque peu, deux types de refus de soins opposés par le praticien peuvent être distingués : le refus de soins en considération de l'acte et celui en considération de la personne. Le premier correspond à la possibilité pour le médecin de refuser de pratiquer un acte déterminé, notamment une interruption volontaire de grossesse. Le second type de refus de soins, celui en considération de la personne, repose sur l'appartenance du patient à une catégorie spécifique, déterminée par le praticien.

Avec la mise en œuvre de la loi CMU, certains patients se voient opposer un refus de soin en raison de leur position sociale. Il s'avère en effet qu'en Loire-Atlantique comme ailleurs, des rejets de bénéficiaires de la CMU par des professionnels de santé ont été constatés.

Les raisons évoquées par ces derniers sont de plusieurs ordres. Ils avancent d'abord le fait qu'il leur appartient de refuser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles. Il s'agit d'un argument d'ordre déontologique.

Ils invoquent ensuite un argument économique : l'exigence de la qualité des soins dispensés est impossible à respecter compte tenu de l'enveloppe allouée.

Enfin, d'un point de vue pratique, les professionnels de santé se plaignent de la lenteur des remboursements pour les bénéficiaires de la CMU et aussi du nombre de documents à remplir. Il est vrai que le bénéficiaire de la CMU doit faire faire par exemple un devis au dentiste puis l'envoyer à la CPAM pour vérifier si celui-ci correspond au panier de soins fixé. Il est à souligner que depuis que le gouvernement a supprimé le plafond des soins dentaires fin 2001 qui était fixé à 2600 francs (396,3 euros) sur deux ans, les soins dentaires sont de plus en plus accessibles.

Derrière ces arguments se cache l'hostilité de certains praticiens à l'égard des pouvoirs publics à l'origine de la loi relative à la CMU. Par leur attitude, ces professionnels de santé s'opposent au dispositif de lutte contre les exclusions. Pour certains d'entre eux, la loi CMU représente une double menace, elle les « prolétarise »²⁷ par des tarifs honoraires jugés insuffisants et les transforme en salariés de l'assurance maladie.

Ainsi, des associations en contact avec le public en question tel que les Restos du Cœur , les Mutuelles de l'Atlantique affirment que des refus de soin dans le département ont eu lieu. La profession mise en cause le plus souvent est celle exercée par les dentistes. Ainsi, des bénéficiaires de la CMU se sont plaints du fait que certains dentistes demandent par téléphone le régime social. Il s'agit là d'une démarche de sélection des patients, démarche qui constitue un manquement à la déontologie élémentaire. **Le principe de non-discrimination des malades** est une notion originelle qui fonde la déontologie des professions de santé²⁸.

²⁷ « Le refus de soins opposé par le praticien libéral aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle » Revue générale de droit médical, n°7, 2002

²⁸ les articles 7 et 8 des codes de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes prévoient qu'un praticien doit soigner avec la même conscience toutes les personnes *quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance [...]*. L'article 1^{er} du Code d'éthique européen est plus précis en évoquant que *la vocation du médecin* consiste à défendre la santé[...], de l'homme[...] sans discrimination[...] de condition sociale.

La plupart du temps le refus de soin n'est pas explicite. Lorsque le professionnel de santé apprend par téléphone que la personne est couverte par la CMU, la date du rendez-vous accordé est fixée à si longue échéance que le demandeur s'en trouve découragé. Et étant donné que les personnes concernées s'adressent souvent au dentiste dans l'urgence, elles se trouvent obligées de se tourner vers l'hôpital. A ce propos, le centre dentaire du CHU de Nantes se trouve engorgé de demande de soins.

Au vu de ces rejets vécus, de nombreuses plaintes auraient dû être déposées. Or, la plupart des plaignants évoquent leur refus de soin longtemps après les faits, parfois un mois après, et ont donc oublié le nom du professionnel qui les a exclus. Cette réalité empêche le dépôt de plainte puisque celles-ci doivent être nominatives.

Les Mutuelles de l'Atlantique ont pu constater un afflux de ce genre de plaintes au moment de la mise en place de l'accès à la CMU, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui.

A priori, il n'existe pas de texte de loi sur lequel appuyer une poursuite pénale contre un professionnel de santé qui a refusé des soins. La seule obligation existante est l'interdiction de demander un supplément de soins.

Toutefois, l'article 225 du code pénal prévoit des peines d'emprisonnement et d'amende pour le délit de discrimination. La stigmatisation des bénéficiaires de la CMU due à leur rejet répond aux dispositions de cet article.

B) Une circulation de l'information perfectible entre les partenaires

La base d'une mobilisation d'acteurs réussie est constituée d'une circulation de l'information satisfaisante. En effet, les intérêts des uns et des autres ne pourront être pris en compte sans une information claire et accessible à tous.

Or, il s'avère que le système de la CMU présente des difficultés de fonctionnement en raison d'une mauvaise circulation de l'information au sein des partenaires engagés.

Ainsi, le CCAS de Saint-Nazaire rencontre des problèmes de suivi de ses décisions d'élection de domicile. Face aux nombreuses demandes d'élection de domicile, le CCAS est submergé. En principe, la domiciliation est en lien avec l'ouverture de droits tels que le RMI, la CMU ou ceux accordés par l'Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC). Or certains abusent de ce dispositif pour profiter d'une domiciliation et avoir une boîte aux lettres en service.

Dès lors, lorsque le CCAS délivre une attestation d'élection de domicile, il souhaite que cette décision soit justifiée par l'acquisition de droits. Mais, alors que dans le cadre du RMI, le président du CCAS est tenu informé par la CAF si les droits du demandeur ont été ouverts

ou non, pour les demandeurs de la CMU, il n'y a pas de suivi d'informations. Le service de domiciliation délivre des attestations d'élection de domicile pour les personnes en résidence instable, sans être tenu informé par les caisses d'assurance maladie sur l'aboutissement de cette démarche.

Ce problème de circulation des informations concerne aussi les O.C. En effet, étant donné que la CMU ne vaut que pour un an et qu'il n'y a pas de tacite reconduction comme pour les autres contrats, les bénéficiaires de la CMU doivent faire une demande de renouvellement. Systématiquement, les personnes sont prévenues deux mois avant la date butoir.

Or, comme dans beaucoup de cas, Suravenir, filiale du Crédit Mutuel, se voit confronté à une absence de renouvellement. Plusieurs hypothèses sont avancées par l'O.C : soit celui-ci s'est effectué dans d'autres O.C, soit la personne renonce à son renouvellement, soit les bénéficiaires ont préféré faire appel à la CPAM pour gérer leur CMU complémentaire. Cette dernière hypothèse apparaît la plus plausible pour le Crédit Mutuel. Elle montrerait que les personnes déjà affiliées à l'O.C, avant la mise en place de la CMU, ont pendant un an été obligées de choisir l'O.C auprès duquel elle s'était engagées ultérieurement, comme gestionnaire de la CMU complémentaire. Puis, l'année passée, elles ont choisi d'être affiliées à la CPAM pour des raisons pratiques : un même gestionnaire pour les deux régimes de CMU est un gage de simplicité. Reste à la CPAM à prévenir les O.C de l'affiliation de leurs anciens clients.

Ainsi, la circulation de l'information entre les acteurs est perfectible. Informer les CCAS, les O.C, devrait être un engagement des caisses pour marquer leur participation à l'amélioration du système CMU et ainsi intégrer leur action dans une réelle démarche de mobilisation des acteurs.

La volonté des acteurs d'assurer une protection sociale pour tous est claire. Un partenariat s'est organisé de façon pertinente pour assurer un accès aux droits et aux soins effectif. Au vu de cette solidarité affichée, les obstacles rencontrés pour une mise en œuvre de la CMU satisfaisante doivent être surmontés.

Il appartient de ce fait à l'IASS, acteur privilégié de la mobilisation des professionnels engagés dans la CMU, de jouer son rôle d'impulseur d'actions, des actions tournées vers une amélioration du système mis en place.

3 L'INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE, ACTEUR PRIVILEGIE DE LA MOBILISATION DES PROFESSIONNELS ENGAGES DANS LA CMU.

De prime abord, l'IASS semble en retrait du dispositif CMU mis en place. Les principaux acteurs sont en effet les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires et les associations qui sont des relais d'information pour ces organismes.

Mais, lorsque l'on se penche sur le rôle de l'IASS, il apparaît clairement qu'en tant que cadre de l'action sanitaire et sociale, il est en mesure de jouer un rôle d'impulseur d'action auprès des professionnels concernés par la CMU. L'inspecteur possède les compétences suffisantes pour soutenir les actions engagées par les acteurs.

Par ailleurs, l'IASS affecté au sein de la DRASS au service protection sociale ou au pôle social de la DDASS est en mesure de renforcer l'information sur la CMU, et d'être de fait un acteur à part entière au sein du dispositif de la couverture maladie universelle.

Ainsi, si l'IASS est déjà intégré parmi les acteurs de la CMU, il doit désormais se positionner en tant que réel pivot dans leur mobilisation en L-A.

3.1 Soutenir les acteurs dans leur action

L'IASS a, parmi ses fonctions, la tâche d'animer des dispositifs et de mettre en œuvre des politiques impulsées au niveau national. Cette mise en œuvre suppose un partenariat et donc un soutien des actions engagées par des services déconcentrés.

Au niveau du dispositif CMU, l'IASS a la possibilité de soutenir les acteurs en effectuant une appréciation approfondie du service rendu par les caisses de Sécurité Sociale. En outre, il est de sa compétence de sensibiliser les professionnels à l'intérêt de garantir une protection sociale pour tous.

3.1.1 Pour une appréciation approfondie du service rendu par les caisses au nom de la tutelle

A partir de l'observation du rôle joué par l'inspecteur chargé de la CMU, au service protection sociale de la DRASS des Pays de la Loire, il est envisageable d'approfondir l'appréciation de

l'activité des caisses déjà exercée au nom de la tutelle. Il s'agirait d'axer cette appréciation à partir du regard porté par les usagers sur le service rendu. Cette intégration des bénéficiaires permettrait de répondre aux problèmes soulevés par le désintérêt du public pour l'aspect institutionnel de la CMU.

A) L'appréciation de l'activité des caisses réalisée par la tutelle

a) *Le service protection sociale : une source d'information pour la DSS sur l'activité des caisses*

En tant que tutelle, la DRASS et par là même l'inspecteur informe la DSS, instance qui finance les caisses, de l'activité des organismes de sécurité sociale. La DSS envoie des questionnaires trimestriels au service protection sociale dans le but d'être informée sur les difficultés mais aussi les atouts d'une caisse au niveau de son fonctionnement.

En ce qui concerne la CMU, le service protection sociale réalise un bilan annuel régional qui renseigne sur le nombre de bénéficiaires, sur les difficultés rencontrées, les gestions des effets de seuil, le comportement des O.C, des professionnels de santé ou encore des organismes de sécurité sociale. Ainsi, l'IASS constitue un relais d'information des acteurs du terrain vers la DSS.

b) *L'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion : un outil utilisé pour apprécier le service rendu par les caisses*

Dans ce contexte, l'IASS réalise une évaluation de l'application de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) passé entre la caisse nationale de sécurité sociale et l'État au niveau local.

C'est dans le cadre de cette évaluation qu'une appréciation approfondie du service rendu doit s'organiser. Il s'avère que l'évaluation de la COG repose déjà sur une appréciation des services. Elle consiste à vérifier si les divers services de proximité répondent aux attentes des assurés et des professionnels, si les caisses sont passées d'un service rendu à un service attendu. Elle repose en outre sur l'évaluation de la qualité de l'accueil, l'appréciation du type de plaintes reçues par les caisses et leur traitement. Enfin, l'évaluation de la COG veille à recueillir les réclamations des professionnels.

Le but de cette évaluation est de garantir aux assurés la mise en œuvre satisfaisante d'une politique de protection sociale ainsi que l'exercice de leur droit à contestation qu'il convient d'approfondir.

B) Pour une appréciation du service rendu par les usagers eux-mêmes

a) *Pour une meilleure prise en compte de l'opinion des usagers*

Face aux fragilités du public concerné par la CMU, peu habitué à s'engager dans un système institutionnel, à prendre position, le service protection sociale et plus précisément l'IASS responsable de la CMU pourrait inciter les caisses à plus de dialogue avec ses usagers pour garantir un système de protection sociale satisfaisant. Les bénéficiaires de la CMU peuvent être encouragés à s'exprimer sur la qualité du service rendu, au niveau de l'accueil et du traitement des dossiers. Ainsi, des tables rondes peuvent être organisées à l'initiative de l'inspecteur où seraient conviées aux réunions régionales, des **associations d'usagers** concernées par la CMU.

En règle générale, sont présents à ces réunions régionales les sept CPAM représentées par le directeur, les cinq DDASS, les cinq MSA, la CMR, la CRAM au nom du service social régional et le service protection sociale. La difficulté de solliciter des associations de bénéficiaires de la CMU tient au fait qu'il n'existe pas à proprement parlé, sur le département de la Loire-Atlantique, ce type d'association clairement identifié. Il s'agirait dès lors de faire une démarche auprès d'organismes au contact avec le public de la CMU, tels que les Restos du Cœur ou Médecins du Monde.

De même, **des questionnaires** pourraient être envoyés par les caisses aux demandeurs ou aux bénéficiaires de la CMU. Les questions porteraient sur la façon dont ils ont eu connaissance du dispositif CMU, de la façon dont ils ont effectué les démarches, s'ils ont trouvé du soutien auprès des associations ou encore s'ils ont été satisfaits de l'accueil reçu aux caisses.

L'analyse de ces résultats permettrait à la tutelle et aux organismes eux-mêmes de cibler les points où le dispositif est insatisfaisant pour y remédier.

b) *Pour une amélioration du système de contestation des décisions de la CPAM*

Dans l'optique d'améliorer le système CMU, le service protection sociale peut poursuivre sa démarche de garantie d'un exercice de qualité du droit à contestation. En effet, il apparaît, d'après une brève enquête réalisée par les DRASS en matière de traitement des réclamations que 80% de celles-ci parviennent par le « courrier du citoyen », c'est-à-dire des

lettres adressées directement au Président de la République. Ainsi, pour se plaindre de l'activité des caisses, le public s'adresse en général à la DRASS de façon indirecte, en visant en premier lieu la compétence du chef de l'État.

La DRASS, le service protection sociale (SPS) doit s'investir dans une démarche de meilleure connaissance de leur champ de compétence auprès du public. Les bénéficiaires de la CMU doivent **être informés de l'existence d'une tutelle sur les caisses de sécurité sociale** et encouragés à s'adresser directement au SPS pour toute contestation dans la manière de traiter leur droit à la CMU.

Dès lors, dans le but d'une meilleure information, toute plainte déposée auprès de la CPAM pour contester le service rendu pourrait être envoyée en même temps à la DRASS qui se chargerait alors d'informer le plaignant sur son statut de tutelle des caisses. Le bénéficiaire de la CMU serait ainsi informé du champ de compétence de la DRASS vis-à-vis des caisses.

Enfin, en tant que tutelle, chargée de garantir la qualité du service rendu, le SPS se doit de veiller à la qualité de la réponse donnée par la caisse en cas de refus de CMU. En effet, renseigner, argumenter son refus d'accès à un droit est un gage de meilleure compréhension. Donc, au lieu de laisser les demandeurs de la CMU déposer un recours à la CDAS sans avoir conscience que dans 99% des cas ce refus est confirmé, il serait utile de signifier au préalable au plaignant, que l'accès à la CMU est basé sur des conditions objectives de ressources.

3.1.2 Pour une action de sensibilisation des professionnels de santé sur l'aspect préventif de la CMU

Les difficultés dues au comportement des acteurs pourraient être surmontées si les professionnels de santé étaient sensibilisés à la CMU en terme d'intérêt de santé publique. Il est donc souhaitable de valoriser la CMU en terme de prévention vis-à-vis de ces acteurs.

L'accès aux soins facilité par la mise en place de la CMU marque une avancée considérable en terme de prévention. En effet, les bénéficiaires de la CMU peuvent désormais se soigner mais aussi consulter de manière régulière, suivie et surtout sans attendre de situation d'urgence pour accéder aux soins gratuitement. **La CMU présente donc un intérêt au niveau de la santé publique.**

Cet intérêt doit être valorisé auprès des acteurs, principalement des professionnels de santé qui refusent les bénéficiaires de la CMU au titre de perte financière. A cet égard, il appartient

à l'IASS d'agir. Sa compétence se limite à une sensibilisation des professionnels de santé sur l'incidence de leur mission en terme de santé publique.

Ainsi, l'IASS affecté au service santé de la DRASS a la possibilité d'organiser des colloques pour sensibiliser les médecins, les dentistes à l'intérêt de la CMU, à sa portée et à leur nécessaire contribution dans un dispositif d'accès aux soins pour tous. Le projet de colloque où interviendraient des patients, des fondateurs de la loi, des associations, des membres de la DSS, pourrait être soutenu par des groupes de travail. Ces derniers demanderaient une participation active des professionnels présents et ils permettraient un échange plus constructif entre professionnels de santé sur les difficultés rencontrées avec le public de la CMU.

Par ce projet d'action de sensibilisation, l'IASS contribue à mobiliser les professionnels de santé, acteurs à part entière au sein du dispositif CMU.

3.1.3 Pour un soutien financier des acteurs

Toute action destinée à aider les personnes les plus démunies à se soigner, à accepter une démarche de soin, à jouir de ses droits à une protection sociale, doit être encouragée. Dès lors, la DRASS se doit de soutenir financièrement les projets des associations tournés vers l'accès aux soins.

A) Soutenir les associations dans leur démarche de sensibilisation à la santé

Dans le cadre du PRAPS, la ligne budgétaire 47-11-20 permet de financer des actions en faveur de l'accès aux soins, telles que le projet de « coordination santé ». Il s'agit d'un projet qui se met en place après un an et demi de discussion entre différents partenaires sociaux : les associations « Ecoute de la rue », Médecin du Monde, les Restos du Cœur, le Samu social, la PASS.

Le but de ce projet est d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes exclues qui ne sont pas en demande de soins, alors que leur état de santé le nécessite. L'objectif principal est de coordonner l'activité des partenaires sociaux en faveur d'une quarantaine de personnes considérées comme très exclues sur la ville de Nantes. Il convient d'éviter les doublons, de faire en sorte que l'association Francisco Ferrer recueillent les informations nécessaires pour suivre le parcours de la personne à travers ses différentes prises en charge. Ainsi, la coordination souhaite travailler avec le CHU pour savoir si une personne suivie a été hospitalisée afin de préparer sa sortie.

Cette coordination a beaucoup apporté en terme de mobilisation des acteurs sociaux . Elle a permis une meilleure connaissance des activités des partenaires et a instauré une action solidaire.

Dans le même ordre d'idée, un pôle d'hygiène santé est un projet que le PRAPS pourrait financer. Il s'agit de mettre en place un pôle à la maison d'accueil de jour de l'association Fransisco Ferrer. Il serait un lieu d'accueil axé sur l'hygiène et le soin pour tenter de donner aux personnes exclues une image de leur propre corps sans aborder l'aspect administratif de la santé.

Ainsi, il convient de poursuivre cette démarche de soutien financier auprès d'associations qui s'engagent à sensibiliser le public sur la santé et à accompagner les intéressés dans une démarche de soin.

B) Développer des projets d'éducation à la protection sociale

La DRASS pourrait lancer une campagne d'information pour une action de sensibilisation des bénéficiaires de la CMU au coût des dépenses de soins. Elle pourrait aussi encourager les caisses à demander aux médecins d'établir **une facture des soins couverts par la CMU**. Une consultation de cette facture permettrait aux patients de prendre conscience du montant pris en charge par la société au nom de la solidarité nationale. Cette initiative rentre dans le cadre de la lutte contre l'abus du système de soins. Certes, le coût des soins est notifié dans le décompte envoyé par les caisses aux affiliés, mais on peut douter de la réelle prise de conscience des dépenses de soin par les bénéficiaires de la CMU, face à un document administratif peu familier.

Par ailleurs, le PRAPS pourrait permettre de financer des actions en direction des jeunes. Il s'agit en effet d'un public peu sensibilisé à la protection sociale, étant couvert en principe jusqu'à leur vingtième année par le régime de sécurité sociale de leur parent.

Il est donc souhaitable d'encourager toute démarche pédagogique de sensibilisation des jeunes à leurs droits à une protection sociale. Il existe déjà des modules d'information dans certaines missions locales mais pas dans toutes. Ainsi, à la mission locale pour les jeunes de Saint-Nazaire, il n'existe pas d'information collective, d'ateliers relatifs à la CMU. C'est plutôt lors de l'entretien individuel d'accueil que le jeune est sensibilisé à son éventuelle couverture sociale. Il serait donc envisageable de suggérer aux CPAM d'intervenir systématiquement auprès des missions locales du département dans le cadre d'une éducation des adolescents à la protection sociale.

Cette information permettrait aux jeunes, partie importante des demandeurs et des bénéficiaires de la CMU, de ne pas perdre de temps dans les démarches à effectuer pour accéder le plus rapidement possible aux soins gratuits.

3.2 Renforcer l'information sur la CMU

Il apparaît, au vu des problèmes des acteurs mais aussi des demandeurs de la CMU, que le système d'information sur le dispositif est à renforcer. Il s'agit tout d'abord de renforcer le dialogue entre les acteurs au sein d'une instance qui pourrait être une cellule d'information au niveau de la région. Ensuite, il s'agit d'encourager les acteurs à diversifier leur mode d'information.

3.2.1 Identifier la DRASS comme un relais d'information et d'instance de dialogue

À la DRASS des Pays de la Loire, l'inspecteur chargé de la CMU joue déjà un rôle de relais d'information entre la DSS et les caisses de Sécurité Sociale. Mais il n'existe pas stricto sensu de bureau d'information CMU chargé d'expliquer et de promouvoir la politique de l'État auprès des acteurs concernés.

- A) Pour la création d'une cellule juridique régionale d'information et de conseil pour l'accès aux soins

La DRASS pourrait créer à l'instar de la DRASS de Haute-Normandie, une cellule juridique régionale d'information et de conseil pour l'accès aux soins.

Cette cellule s'adresserait à l'ensemble des professionnels régionaux : CCAS, Caisses de Sécurité Sociale, DDASS, DRASS, associations, établissements de santé, organismes complémentaires. Elle aurait pour objectif d'apporter aux professionnels un soutien sur les questions ou les problèmes posés par l'accès aux soins et notamment sur les modalités d'application et les conséquences de la CMU.

Plus concrètement, la cellule viserait à apporter des informations sur les textes ou la jurisprudence existante, à aider au traitement des dossiers et à la réalisation des recours éventuels et, enfin, à informer les institutions concernées sur les nouveaux exclus du système.

Cette instance tenterait **de répondre aux difficultés rencontrées par les acteurs** pour s'informer sur l'activité de leurs collaborateurs. La cellule juridique régionale intégrerait alors dans sa mission le souci d'établir une coordination de tous les instants avec les acteurs de la CMU.

Les caisses d'assurance maladie ou les réseaux déjà existants tel que celui créé par l'IASS du SPS avec les responsables de la CMU au sein des différentes caisses, ne devraient en aucune manière se sentir concurrencés. Au contraire, par sa fonction de relais et sa réactivité, la cellule viserait à agir en totale complémentarité avec les démarches des acteurs.

La mise en place de cette cellule, dont l'organisation dépend de l'autorité du Directeur de la DRASS, dans une logique de redéploiement des moyens, s'insère pleinement dans l'esprit de la loi sur la CMU qui repose sur une coordination des acteurs favorisée, où l'information sur ses droits et ses engagements est accessible à tous, dans le souci d'assurer un accès effectif aux soins pour le plus grand nombre.

3.2.2 Encourager les acteurs vers des modes d'information accessibles aux plus démunis

Afin d'améliorer l'accès à l'information qui reste toujours d'actualité. Il convient de réfléchir à des modes d'information différents de ceux mis en place jusqu'ici. Face au besoin de simplification des démarches administratives, il est intéressant d'étudier la mise en œuvre de structures d'informations clairement identifiables.

A) Un besoin de simplification des démarches administratives

Parmi les difficultés d'accès à la CMU se trouve celle de l'information sur ces droits. En effet, la plupart des personnes rencontrées, notamment lors de ma demi-journée passée à l'accueil de la CPAM de Saint-Nazaire, avaient été renseignées sur la CMU par l'intermédiaire d'assistante sociale, de voisins ou encore par les médias. Mais quand il a fallu comprendre précisément les démarches à suivre pour le renouvellement des droits, les modalités de sorties du dispositif, l'information sur la CMU est alors apparue insuffisante pour les bénéficiaires. Tel est le ressenti de quelques usagers de l'association Trajet qui gère un Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale.

Ainsi, une simplification des démarches administratives s'avère nécessaire. Il appartient à l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale de sensibiliser la DSS sur cet écueil du dispositif

et d'encourager toute démarche partenariale qui s'attache à tenir compte des difficultés de compréhension du système CMU.

B) Étudier la mise en œuvre de structures d'informations clairement identifiables

Le reproche que l'on peut faire au système d'information de la CMU, c'est sa diversité de source autant en direction des acteurs que des usagers du dispositif.

Ainsi, Monsieur Lévêque, chargé de la CMU au service protection sociale de la DRASS des Pays de la Loire, souligne la multiplicité des sources d'information pour les acteurs. La CNAM, le fonds CMU, la DREES, la DDASS, la DRASS, les échelons statistiques régionaux s'attachent à recueillir des données sur la CMU. De ce fait, la cohérence des données recueillies n'est pas respectée, les critères d'analyse des informations ne sont pas uniformes et peuvent dès lors créer des sources d'informations hétérogènes qui nuisent à une bonne mobilisation des acteurs, basée sur une information sûre et validée par tous.

Il serait donc souhaitable d'envisager **des critères d'information uniques** sur les bénéficiaires de la CMU pour les professionnels dans le but d'assurer une cohérence des données recueillies.

De même, l'information pour l'utilisateur doit être cherchée auprès d'une assistante sociale, d'une association, de la CPAM mais il n'existe pas à proprement parlé un lieu clairement identifié comme point exclusivement destiné à renseigner sur la CMU. Dès lors, il est possible d'envisager la création d'**une maison de la CMU** à l'instar des maisons de la sécurité sociale déjà en place sur le département, qui serait financée par la CNAM. Ce projet constituerait un lieu spécifique d'accueil, en dehors des caisses de sécurité sociale pour les demandeurs ou bénéficiaires de la CMU, où les agents seraient formés, sensibilisés à l'analphabétisme des demandeurs et aux questions techniques telles que celles concernant le renouvellement ou le panier de soins.

Dans la même optique d'instaurer de manière visible une structure accessible aux personnes les plus retraitées du système d'information déjà mise en place, il serait bon d'étudier la mise en place d'un **numéro vert info-CMU** national ou régional qui permettrait un accès direct, gratuit et anonyme à l'information et qui faciliterait le dépôt de plainte des bénéficiaires vis-à-vis des professionnels de santé qui les ont rejetés. Au vu des informations recueillies auprès des intervenants du fonds CMU, un numéro vert a déjà été mis en place lors de la mise en œuvre de la CMU, l'un orienté vers les professionnels de santé, l'autre vers les usagers. A

l'heure actuelle, ce genre de plate-forme d'informations n'existe plus et serait financée, selon le fonds CMU, par la CNAM, après une étude des réels besoins de renseignements du public concerné.

CONCLUSION

Ainsi, la mobilisation des acteurs de la CMU est un sujet qui permet d'apprécier la conduite d'un travail en partenariat, de sa mise en place depuis la loi CMU jusqu'à son effectivité. Il permet de relever les handicaps d'une telle concertation mais aussi ses atouts. En contactant les différents acteurs de la CMU, j'ai pu saisir les intérêts de chacun et leur vision du système de la CMU dans lequel ils se sont engagés. La CPAM a travaillé en accord avec le Conseil Général lors du transfert de compétence de gestion de l'AMD pour la CMU. Les O.C sont devenus des acteurs de l'aide à l'accès aux soins pour les plus démunis et ainsi doivent développer une réelle coopération avec les caisses de Sécurité Sociale, instructeur des dossiers CMU. Les C.C.A.S, malgré un rôle amoindri, constituent un lieu accessible à l'instar des associations, de l'hôpital pour les personnes en situation de précarité et peuvent de ce fait tisser un lien entre ce public et les organismes de protection sociale, instance de droit commun.

Au milieu de ce réseau se trouve l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, compétent pour apprécier la qualité de la concertation des acteurs de la CMU en Loire-Atlantique. A ce propos, le constat suivant est tiré : la mobilisation des acteurs est réelle, elle s'attache à faciliter l'accès aux droits à la CMU par des procédures respectueuses de l'intérêt des bénéficiaires et à rendre effectif l'accès aux soins. Toutefois, la volonté des acteurs de garantir une protection sociale pour tous s'oppose à la lourdeur du système, à son effet de seuil, à son risque d'abus du système par les bénéficiaires ainsi qu'au refus de soin de certains professionnels de santé et à l'insatisfaisante circulation de l'information entre les acteurs.

Face à ces difficultés de fonctionnement, l'IASS, au sein de la DDASS et de la DRASS est en position de soutien de ces acteurs engagés dans la CMU. Par son rôle d'impulseur d'action préconisées au niveau gouvernementale, l'IASS est en mesure de mobiliser les acteurs de la CMU par des actions d'appréciation du service rendu, de sensibilisation des

acteurs sur l'enjeu de santé publique inhérent à la CMU, ou encore par des financements de projets favorisant l'accès aux soins. En outre, l'IASS peut être à l'initiative d'un renforcement de l'information des acteurs et des bénéficiaires de la CMU en permettant d'identifier la DRASS comme un véritable relais d'information et en encourageant les acteurs à diversifier leur mode de communication.

Cette étude met en lumière, dans l'intérêt du futur IASS, la démarche à suivre pour mobiliser et renforcer la concertation des professionnels : des compétences à définir jusqu'aux points forts et aux points faibles de la concertation à relever ainsi que les solutions à envisager pour y remédier. Parallèlement, l'analyse menée met en évidence les limites de la marge de manœuvre du IASS vis-à-vis du système CMU.

En effet, celui-ci n'est pas en mesure de remodeler un dispositif législatif, il ne peut que rendre compte à la DSS des contraintes rencontrées par les acteurs. De même, face aux intérêts financiers de professionnels de santé, acteurs à part entière de la CMU, la compétence du IASS se limite à les sensibiliser à la CMU en terme d'intérêt de santé publique.

De façon plus large, étudier la CMU offre la possibilité d'envisager la santé comme un droit pour tous et évoque ainsi ce que certains auteurs appellent la « démocratie sanitaire »²⁹. En effet, aujourd'hui la santé n'est plus exclusivement regardée sous l'angle thérapeutique, comme un domaine réservé aux médecins et chercheurs, mais comme un droit que toute personne peut revendiquer. La notion de démocratie sanitaire suppose la prise en compte de l'expression de l'opinion de chacun pour assurer une politique de santé publique dans le respect de tous.

A l'instar des préconisations relatives à une meilleure prise en compte de l'opinion des bénéficiaires de la CMU, les pouvoirs publics doivent s'engager vers une information la plus complète possible du patient pour que celui-ci puisse participer aux questions de santé publique et à leurs prises en charge médicale. Il revient aux professionnels de santé de faire au mieux pour partager leurs connaissances avec le reste de la population, de faire en sorte qu'elle s'en empare pour avoir enfin à sa disposition les éléments lui permettant d'effectuer ses choix.

²⁹ LEBAS. J. L'exclusion à l'heure de la démocratie sanitaire. *Le journal de la démocratie sanitaire*, mars 2002, n°143, p.12-14.

Mais pour s'approprier une véritable opinion, encore faut-il que l'information soit transmise de manière claire. Ainsi, dans certains cas, les relais d'information devront prendre en compte l'analphabétisme du patient, sa culture, voire sa langue. De ce fait, certains auteurs préconisent la présence de traducteurs et de médiateurs dans les lieux de soins pour établir si besoin le lien entre patients et soignants, qui ne partage pas toujours le même rapport au corps et à la santé. Des professionnels issus des différentes ethnies installées en France pourraient ainsi rejoindre les équipes médicales pour les initier à leur approche différente.

Dans le même esprit, l'exercice médical doit s'adapter au profil et à la prise en charge de tout malade, qu'il soit ou non dans une situation de précarité. Celui-ci ne doit plus être tributaire de son appartenance sociale, ne doit plus être l'objet de stigmatisation lors de sa demande de soins.

Ainsi, l'accès au droit de se soigner posé par la CMU doit certes être suivi d'un accompagnement social mais surtout de la volonté des acteurs du système, en particulier des professionnels de santé, de favoriser l'accès effectif aux soins.

Le texte de loi de la CMU signe la volonté politique de faire accéder à tous une protection sociale. La mobilisation des acteurs sur le terrain marque, quant à elle, la volonté collective d'inciter les plus exclus à accéder aux soins dans un débat toujours actuel de lutte contre les inégalités sanitaires à l'échelle nationale et internationale.

Bibliographie

- **Articles du code de la sécurité sociale et du livre des procédures fiscales**

CSS,art.L.861-1 modifié

CSS.art.L.861-5 modifié

CSS, art. L.861-6 et L.861-8 modifiés.

CSS,art.L861-9 modifié

Livre des procédures fiscales, art.L. 152 modifié

- **Textes juridiques**

Loi 23 sept 1948, JO du 24 sept 1948 p.9400

JO du 31 juillet 1998, p.11679

Projet de loi portant création d'une CMU. Documentation Parlement Assemblée nationale, 3 mars 1999, n°1419 JO du 28 juillet 1999, p.11229

Décret n°99-1006 du 1^{er} décembre 1999

Décret n°99-1004 Art 2 du 1^{er} décembre 1999

Décret n°99-1012 du 2 décembre 1999

Décret n°99-1012 du 2 décembre 1999

Circulaire DSS/5A/5B n°2000-21 du 12 janvier 2000

Avenant du 7 mars 2002 à la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM\ DDRI\ DAR\ AC n°12/2002 du 12 août 2002

Rap.Sén.n°68, novembre 2002, Marini, tome III, annexe 36, page 113

Loi n°2002-1575 du 30 décembre 2002

- **Ouvrages**

CHAUVIN P., FACY F., JOUBERT M., RINGA V. *Précarisation, risque et santé*. Paris, INSERM 2001. 474p. Questions en Santé publique.

HUTEAU G. *Sécurité sociale et politiques sociales*. Paris, 3^{ème} édition, Dalloz, 2001. 498 p. Concours droit.

- **Revue**

BLONDEL M. L'étatisation, antichambre de la privatisation. *droit social*, mars 1996, n°3, pp.241-245.

BEAU P. Couverture maladie universelle. Sécu, complémentaires : la concurrence. *Espace social européen*, 22-28 janvier 1999, n° 449, pp.8.

Coup de projecteur. La CMU n'est qu'un premier pas vers l'égalité d'accès aux soins. *Lettre des décideurs hospitaliers*, 05 mars 1999, n°94, p.4.

Les allocataires du RMI : une population bénéficiaire de la CMU. *Questions de sécurité sociale*, novembre 1999, n°11, pp.12-14.

GARGOLY C. Entrée en application de la CMU : les CCAS ne veulent pas être "les petites mains". *Actualités sociales hebdomadaires*, 03 décembre 1999, n°2144, pp.21-22.

Les mutuelles françaises sur le front des réformes. *Questions de sécurité sociale*, janvier 2000, n° 554, pp.10-13.

Dossier spécial : la couverture maladie universelle (CMU). *Juris handicaps*, 2000, n°110, pp.2 à 11.

MARIÉ R. La Couverture maladie universelle. *Droit social*, janvier 2000, n°1, pp.7-20.

LECOUR M. Couverture maladie universelle, le droit à la santé pour tous. *Acteurs*, février 2000, n°42 .

IMBERT E. Un médecin sans frontières juge la CMU. *Le nouveau centre de santé*, février 2000, n°133, pp.8-11.

PONTIER J-M. La couverture maladie universelle et les collectivités locales. *La revue administrative*, mars-avril 2000, n°314, pp.175-183.

CHARPENTIER F. Prévoyance collective santé : la CMU vient chambouler le marché. *Liaisons sociales magazine*, mai 2000, n°12, p.86-88.

MAILLE D. Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé? *Revue du praticien - Médecine générale*, 29 mai 2000, n° 502, pp.1111-1114.

YENI I, LASNE N, CANIARD E, MOREAU B. Une loi négociée, la CMU. Le point de vue des acteurs. *Projet*, 2001, n°268, pp.55-64.

BEAU P. Droit communautaire : la CMU est-elle une prestation communautaire concurrentielle? *Espace social européen*, 23 février 2001, n°542, pp.8-9.

COUMAU C. Exclusion, précarité la CMU...et après ? *Impact Médecin hebdo*, 25 mai 2001, n°536.

JARRE S. Casse-tête juridique et social pour les sorties de CMU. *Espace social européen* du 8 au 4 juin 2001.

CMU : plus de huit bénéficiaires sur dix rattachés à la CPAM pour leur couverture complémentaire. *SPL*, juin-juillet 2001, n°41.

ARCEGA G., LUSTIG I., BOULET C. Interview Philippe GEORGES, directeur du fonds CMU. La complexité de l'universalité, *Elan social*, 4^{ème} trimestre 2001, pp.6-13.

Les soins dentaires sortent du carcan. *Impact médecin hebdo*, 05 octobre 2001, pp.48-49.

COUMEAU C. et GAUDIN F. La CMU, l'IGAS note les revers de la réussite. *Impact médecin hebdo*, 8 février 2002, n°566, pp.66- 67.

LEBAS J. L'exclusion à l'heure de la démocratie sanitaire. *Le journal de la démocratie sanitaire*, mars 2002, n°143, pp.12-14.

LHERITIER M. Le refus de soins opposé par le praticien libéral aux bénéficiaires de la CMU. *Revue générale de droit médical*, avril 2002, n°7, pp.95-104.

C.M.U.-formulaire. *Travail social d'actualité- actualité juridique*, 7 juin 2002, n°882, p.3.

BOISGUERIN B. La CMU au 31 mars 2002 . *Etudes et résultats*, juillet 2002, n°179, pp.1 - 4.

GIRARD-LE GALLO. Évolution des dépenses de soins de ville entre 1999 et 2001 des premiers bénéficiaires de la CMU. *Point STAT*, août 2002, n°36.

Le refus de soins opposé par le praticien libéral aux bénéficiaires de la CMU. *Revue générale du droit médical*, 2002, n°7 .

- **Dossiers**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX.
La C.M.U.en 2002. *Communiqué de presse*, septembre 2002

- **Articles de presse**

MANDRAUD I. Les associations veillent sur la Couverture Maladie Universelle. *Le Monde*, 28 avril 1999.

- **Sites internet**

www.social.gouv.fr/hm/actu/cmu/resume.

www.fonds-cmu.fr

- **Rapports de service**

CONSEIL GÉNÉRAL de LOIRE-ATLANTIQUE. *Convention de délégation Transfert de l'aide médicale départementale aux Caisses d'Assurance Maladie*. Nantes, 21 mai 1999, 17 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, LES CAISSES D'ASSURANCES MALADIE. *La couverture maladie universelle en pratique, guide Édestiné aux personnes- relais*. Paris, janvier 2000, 25 p.

DISS de LOIRE-ATLANTIQUE, SERVICE INSERTION, PÔLE DES MÉDECINS INTERVENANTS. *Diagnostic santé, synthèse*. Nantes, 21 septembre 2001, 25 p.

DRASS DES PAYS DE LA LOIRE, SERVICE PROTECTION SOCIALE. *Bilan des objectifs pour 2002*. Nantes, 10 décembre 2002.

URCAM DES PAYS DE LA LOIRE. *CMU tableau de bord de suivi et d'impact des dépenses CPAM de Nantes*. Nantes, décembre 2002, 2 p.

AGENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA COORDINATION DES RELATIONS INTERNATIONALES. *La protection sociale en France*. Paris, 2003, 55 p.

SYNDICAT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE. *Aide médicale Etat, Couverture maladie universelle*. Paris, janvier 2003, 10 p.

CPAM DE NANTES. *Réponses au questionnaire sur le bilan de la CMU 2002*. Nantes, 24 février 2003, 17 p.

CPAM DE NANTES ET DE SAINT-NAZAIRE. *Cahier des charges, dispositif « carte santé 44 »*. Nantes, mars 2003, 10 p.

DSS. *Synthèse de la mise en œuvre de l' aide à la mutualisation dans les CPAM et les CGSS, bilan au 31 décembre 2002*. Paris, mars 2003.

DRASS DES PAYS DE LA LOIRE, SERVICE PROTECTION SOCIALE. *La CMU en chiffres, bilan 2002*. Nantes, 25 mars 2003, 2 p.

DRASS DES PAYS DE LA LOIRE, SERVICE PROTECTION SOCIALE, *bilan annuel 2002*. Nantes, avril 2003, 28 p.

- **Rapports collectifs**

REVOL J., STROHL H., Rapport général : groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Ministère des affaires sociales et de l'Emploi, novembre 1987, 45p.

DE ROQUEFEUIL L., GIRARD I., MERLIERE J. *CMU : situation fin 2000*. Journées des statisticiens, Juan-les-Pins, 21et 22 mars 2001, 29 p.

- **Mémoire**

ANTOINE M-F. Urbain-rural, approche comparative de deux P.A.S.S. en Loire-Atlantique. *Diplôme inter-universitaire « santé et précarité : prise en charge sociale et médicale »* : Université Pierre et Marie Curie–Paris 6, 2000-2001, 34 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : les grilles d'entretien

Liste des personnes rencontrées :

- Monsieur DOSIERE, inspecteur principal, chef du service protection sociale à la DRASS des Pays de la Loire
- Monsieur LEVÊQUE, inspecteur, responsable de la CMU à la DRASS des Pays de la Loire
- Madame CABOCHE, responsable de l'aide à la personne aux Restos du Cœur
- Madame FRANCOIS, assistante sociale au CHRS géré par l'association TRAJET
- Cédric, jean-françois, Saïd, usagers du CHRS gérés par l' association TRAJET
- Madame BONNAVAL, statisticienne à l'URCAM des Pays de la Loire
- Madame MARCADHOUR, infirmière à l'association Fransisco Ferrer
- Monsieur GODILLET, à la Direction de la sécurité sociale
- Monsieur LARCHER, à la direction générale de l'action sociale
- Madame BATISSE, responsable chef de produit à la personne au crédit mutuel
- Madame BODIN, responsable des prestations sociales au C.C.A.S de Saint-Nazaire
- Madame ORHAN, encadrante des médecins intervenants santé au service insertion de la DISS
- Monsieur LE GAL, directeur des assurances aux Mutuelles de Loire-Atlantique
- Madame BERTHET, inspectrice à la commission départementale d'action sociale, DDASS de Loire-Atlantique
- Madame PENNETIER, directrice de la mission locale jeune de Saint-Nazaire
- Madame ROSSIGNY, travailleur social à l'association Médecin du monde
- Madame ROLLAND, agent d'accueil à la CPAM de Saint-Nazaire
- Madame DELLA SCHIAVA, adjointe-technique du service santé sociale de la CPAM de Saint-Nazaire
- Madame ANTOINE, assistante sociale à la PASS d'Ancenis
- Madame LEGALL, inspectrice au service santé de la DRASS des Pays de La Loire
- Madame RINCE, adjointe au responsable du service de l'action sanitaire et sociale de la CPAM de Nantes
- Madame MONIER, mission handicap, C.C.A.S., ville de Nantes.
- Monsieur ANGIN, inspecteur principal, chef de service du pôle social de la DDASS de Loire-Atlantique

- Madame THOBIE, inspectrice au service programme régional de santé de la DRASS des Pays de la Loire
- Monsieur QUEAU, inspecteur responsable des mutuelles au service protection sociale de la DRASS des Pays de la Loire
- Monsieur LEVENT, inspecteur principal au service santé de la DRASS des Pays de la Loire
- Monsieur QUÉROUILLE, chargé de mission au Fonds de la CMU

Grille d'entretien pour le C.C.A.S

1) la situation antérieure à la CMU

Pouvez-vous me décrire quelle était la situation avant la mise en œuvre de la CMU ? Quel était le système d'aide médicale gratuite ? Comment les rôles d'intervention se répartissaient-ils entre le Conseil Général et le C.C.A.S ?

2) le rôle actuel du C.C.A.S dans l'accès à la CMU

Quel rôle joue aujourd'hui le C.C.A.S dans l'accès à la CMU ? Quel impact la mise en place de la CMU a-t-elle eu sur l'activité du C.C.A.S. ? Est-il logique que vous continuez à être instructeur du dossier RMI et exclus de l'instruction du dossier CMU ? Recevez-vous des plaintes de refus d'accès aux soins ?

3) Le regard du C.C.A.S sur la CMU

Quel est votre regard sur la CMU ? Les points positifs et négatifs du système ? Avez-vous des regrets de l'aide médicale gratuite ?

Grille d'entretien pour les associations

1) Le rôle de l' association dans l'accès à la CMU

Quel est votre rôle dans l'accès à la CMU ? Faites-vous de la domiciliation ?

Selon vous l'information sur la CMU est-elle suffisante ?

2) Le point de vue de l' association sur la mise en place de la CMU

Quels ont été les apports de la CMU en tant qu'accès à une protection sociale de droit commun pour tous ? Y-a -t-il eu des difficultés dans sa mise en place ?

3) Les pistes d'amélioration à apporter à la CMU

Y-a-t-il des points critiquables dans la CMU ?, Des points à améliorer ? Recevez-vous des plaintes de bénéficiaires de la CMU à qui on a refusé les soins ? Quels est votre champ d'action dans ce domaine ? Envisagez-vous des pistes d'amélioration ?

Grille d'entretien pour les organismes complémentaires

1) L'engagement de l'organisme complémentaire dans la CMU

Pourquoi avez-vous souhaité participer à la CMU ? Quels sont vos motivations ? votre intérêt ?

Depuis quand êtes-vous entré dans le système de la CMU complémentaire ? Quel impact a eu la gestion de la CMU sur votre activité professionnelle ?

2) Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

L'information des demandeurs sur les organismes de CMU complémentaire est-elle suffisante ? A l'heure actuelle, y-a-t-il plus de bénéficiaires que la première année de mise en place ? Comment expliquez-vous ce phénomène ? Votre gestion des contrats CMU est-elle différente des autres contrats ? Si oui, en quoi ?

3) La CMU jugée par les organismes complémentaires

Que pensez-vous du panier de soins ? Que pensez-vous de la déduction à la contribution au financement de la CMU payée par les organismes complémentaires ?

Quel est votre jugement sur la CMU ? Ses aspects positifs et négatifs ? Ses pistes d'amélioration ?

Grille d'entretien pour les CPAM

1) L'organisation structurelle de la CPAM lors de la mise en place de la CMU

Comment vous êtes-vous organisé pour gérer la CMU lors de sa mise en place ? Des formations ont-elles été organisées ? Avez-vous un guichet unique ?

Quelles ont été vos difficultés ? Quel partenariat s'est instauré pour vous soutenir dans cette nouvelle tâche ?

2) L'accès à la CMU

Pensez-vous que l'information sur la CMU est suffisante ?

Avez-vous eu de problèmes face à ce nouveau public ? combien avez-vous de bénéficiaires ? Quel est le panier de soin actuel ? Concrètement comment est traité un dossier de demande CMU ? Recevez-vous des plaintes de bénéficiaires pour refus de soin ? Si oui, quelle est votre marge d'action ?

Quelles sont vos démarches pour faire accéder des personnes qui ne sont pas encore affiliés à la CMU ?

Pourquoi les crédits jusqu'ici mis à la disposition des CPAM pour venir en aide aux populations en marge de la CMU ont-ils été insuffisamment utilisés ? (60% pour CPAM de Nantes et 13% pour CPAM de Saint-Nazaire).

En quoi consiste l'aide à la mutualisation, lancée au plan national le 05 février 2003 ?

3) Le travail en partenariat

Quelles sont vos relations entre CPAM de même département ? Avez-vous des dispositifs communs ?

Quelles sont vos relations avec le CCAS, les organismes complémentaires, la DRASS, la CAF ?

4) L'avenir de la CMU

Quel est votre regard sur la CMU ? Quel est son apport ? Y-a-t-il des points à améliorer ?

Grille d'entretien pour les assistantes sociales des PASS

1) Leur mission en direction d'un public précis

Depuis quand existez-vous ? Quelles sont vos missions ? Quel public rencontrez-vous ? Quelles sont ses difficultés, ses attentes ?

Ce public est-il bien informé sur la CMU ? Une fois qu'il est affilié, revient-il à la PASS alors qu'il pourrait se faire soigner en ville ?

2) Leur avis sur le système de la CMU

Quel est votre avis sur la CMU ? Un progrès en matière de couverture sociale ? Y-a-t-il des problèmes de remboursement de la 1^{ère} consultation à la PASS ? Quelles sont les pistes d'amélioration de la CMU ?