

**FICHES CONCOURS**  
**POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE**

**La généralisation de la protection sociale en maladie**

Juillet 2017



Miniature : malade au moyen-âge

L'assurance maladie, créée dans les années 30 et généralisée peu à peu à l'ensemble de la population active, a été très longtemps une assurance au sens strict du terme, dont le bénéficiaire n'était acquis qu'à des conditions de travail préalable pour les assurés. C'est encore le cas pour les prestations en espèce, c'est-à-dire le revenu de remplacement versé en cas d'arrêt de travail dû à la maladie (indemnités journalières). En revanche, pour les soins, le remboursement est désormais garanti à tous les résidents, qu'ils aient ou non travaillé (et donc contribué). Cette généralisation est passée par plusieurs étapes, avant un point d'aboutissement en 2016.

**Historique : au départ, à défaut de généralisation, des dispositifs palliatifs**

Dans un système assis sur le caractère professionnel des régimes de sécurité sociale et sur un principe contributif d'assurance, la généralisation de la protection sociale en maladie à des populations non couvertes (le plus souvent vivant en dehors du monde du travail) n'allait pas de soi.

Pour garantir au maximum de personnes des droits à l'assurance maladie, le système a d'abord adopté une stratégie d'extension progressive. Les populations bénéficiaires d'un revenu minimum ont bénéficié, dès la création de la prestation de revenu, d'une couverture du risque maladie ; cela a été le cas pour le minimum vieillesse (devenu ASPA), le RMI, l'API (prestations aujourd'hui disparues, remplacées par le RSA, revenu de solidarité active), l'AAH (allocation aux adultes handicapés). Pour les autres, la durée de protection a été étendue (en général 1 an, parfois plus) lorsque la personne cessait de remplir les conditions pour bénéficier de la protection obligatoire. Les demandeurs d'emploi ont bénéficié indéfiniment de la

couverture des soins tant qu'ils étaient à la recherche d'un emploi, les jeunes occupant un premier emploi ont été couverts sans délai d'acquisition de droits...

En outre, dès 1967, une assurance volontaire a été créée pour permettre à des personnes sans droits à la protection obligatoire de bénéficier d'une assurance maladie, mais avec une contrepartie de cotisations jugées élevées. La loi du 2 janvier 1978 l'a remplacée par une assurance personnelle qui prévoyait, pour les personnes aux ressources insuffisantes, la prise en charge des cotisations par l'aide sociale départementale. Pour faciliter la généralisation, les personnes étaient inscrites d'office lorsque leurs droits à une assurance obligatoire prenaient fin. De plus, l'adhésion se faisait sans délai, au moment même du recours aux soins parfois.

Ne restait donc à couvrir, dans les années 90, du moins en théorie, qu'une population résiduelle. Cependant, le dispositif d'assurance personnelle était complexe, plusieurs institutions étant concernées (organismes de sécurité sociale, aide sociale départementale). Les délais étaient parfois longs. Certaines personnes ne connaissaient pas leurs droits ou n'effectuaient pas les démarches nécessaires. La population non couverte était sans doute plus nombreuse que les textes ne le laissaient croire.

### **En 1999, une généralisation plus franche et au sein de la sécurité sociale elle-même.**

- Le dispositif d'assurance personnelle a été remplacé, par la loi du 27 juillet 1999, par la **couverture maladie universelle (CMU)**. Toutes les personnes résidant en France en situation régulière et qui n'ont pas droit à être affiliées à un régime de sécurité sociale sont désormais affiliées au régime général et, si leurs revenus ne dépassent pas un certain niveau (fixé bas : en 2015, 9601€ par foyer fiscal), dispensées de cotisations. A la fin de 2015, date où elle a disparu, la CMU de base comptait 2,5 millions de bénéficiaires. La couverture maladie universelle (CMU), a été complétée dès 1999 par une CMU complémentaire, qui prend en charge, sous condition de ressources<sup>1</sup>, les dépenses restant à charge après prise en compte des remboursements de l'assurance maladie. 5,3 millions de personnes sont couvertes aujourd'hui. La CMU-complémentaire existe encore aujourd'hui. Cette protection ne correspond pas, stricto sensu, à une généralisation (elle ne concerne pas les droits de base mais la prise en charge des dépenses au-delà de leur niveau de remboursement par l'assurance maladie) mais elle accompagne le mouvement de généralisation.

- La création de la CMU a conduit à la disparition de l'aide médicale gratuite assurée par l'aide sociale départementale.

A été créé alors une **aide médicale d'Etat (AME)** destinée à la population résiduelle non couverte par la CMU, les étrangers en situation irrégulière. L'AME est servie par les CPAM (caisses primaires d'assurance maladie) par délégation de l'Etat. Elle est sous condition de ressources (ce sont les mêmes conditions que celles qui donnent accès à la CMU complémentaire). Depuis la loi du 31 décembre 2003, il faut être résident depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue, même en situation irrégulière, pour y accéder. La loi prévoit cependant que les personnes qui ne peuvent justifier de la condition de résidence peuvent

---

<sup>1</sup> 8723 € en 2017 pour une personne seule

avoir accès aux soins urgents. De même, une circulaire autorise sans condition de résidence préalable la prise en charge des soins aux mineurs. Cette circulaire découle d'un arrêt du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 jugeant incompatible la condition de résidence avec la Convention relative aux droits de l'enfant.

Il existe, au-delà de l'AME « classique », une AME humanitaire, qui suppose une décision du ministre chargé de l'aide sociale acceptant la délivrance de soins à des étrangers non-résidents, soit qu'ils se trouvent malades de manière imprévue, soit qu'ils sont accueillis en France à la suite de conflits dans leur pays.

Ce sont les CPAM qui instruisent les dossiers de demande d'AME et délivrent la carte AME, et c'est l'Etat qui prend en charge la dépense (316 314 bénéficiaires en 2015, le coût inscrit au PLF 2017 étant de 815 millions). Les dépenses sont en augmentation. Dans le contexte actuel de suspicion à l'égard des étrangers, surtout ceux en situation irrégulière, l'AME a été souvent accusée de couvrir des abus. Or, le rapport des Inspections générales (IGF/IGAS) de 2010 note que le profil dominant (un homme seul dont la situation de santé est fortement dégradée) n'est pas susceptible de conduire à des abus, que la consommation moyenne de soins d'un bénéficiaire de l'AME est inférieure à celle des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de la population générale et que la crainte devrait plutôt être que le dispositif ne soit pas pleinement utilisé par des personnes reculant leurs soins, soit par crainte de contrôles de police, soit parce qu'elles ont des problèmes plus urgents à régler, ce qui risque d'aggraver leur état de santé..

### **En 2016, l'achèvement de la généralisation : l'institution de la PUMA, protection universelle en maladie**

Jusqu'en 2015, malgré l'institution de la CMU, le risque maladie est resté formellement un risque « contributif », soumis à un certain nombre de vérifications puisqu'il existait des conditions de travail préalable (et donc d'assurance préalable) pour être protégé et que ce n'est qu'à défaut de pouvoir bénéficier de ce droit contributif que l'accès à la CMU était étudié. A noter toutefois que, au régime général, les exigences de travail préalable étaient modestes (60 h de travail dans le mois précédent permettaient une couverture pendant un an).

Néanmoins, les organismes d'assurance maladie continuaient à vérifier la situation des personnes avant, au final, de couvrir tout le monde.

La loi de financement de la sécurité sociale 2016, a mis en place la Protection universelle d'assurance maladie (PUMA) : il s'agit d'une simplification radicale, qui entend aussi empêcher les ruptures de droits qui pouvaient apparaître parfois en cas de changement de situation, le temps que le régime d'affiliation examine la situation du demandeur. Les personnes sans activité professionnelle demandent désormais leur affiliation sous seule condition de résidence régulière. Le statut d'ayant droit doit être progressivement supprimé, sauf pour les mineurs : les conjoints même sans activité peuvent être assurés en leur nom propre, ils ne sont plus amenés à changer de régime en cas de séparation. Parallèlement, la CMU est supprimée. Ce dispositif n'empêche pas les investigations complémentaires pour rattacher tel demandeur à tel régime ou lui demander des cotisations s'il bénéficie de revenus non pas du

travail mais du capital. Mais tous les demandeurs sont automatiquement couverts pour le remboursement des soins et il n'existe plus de « régime spécifique » (la CMU jouait ce rôle) pour les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime obligatoire.

### **Un droit universel à la santé**

La généralisation de la protection maladie ainsi que certains dispositifs spécifiques comme la CMUC et l'AME témoignent de la reconnaissance d'un droit à la santé, quelle que soit la situation du demandeur. Longtemps, ce droit n'a été reconnu aux non assurés qu'en cas d'urgence vitale : c'était bien le sens naguère des admissions en hospitalisation de certaines personnes non assurées sociales, que les directeurs d'établissements pouvaient refuser de prendre en charge si leur état de santé n'était pas trop dégradé et s'ils n'étaient pas exposés à un risque vital. Désormais, tout résident, serait-ce en situation irrégulière, a droit aux soins, en conformité avec le préambule de la Constitution qui dispose que « La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé ». La généralisation ne résout pas tout: les inégalités de santé perdurent et l'accès aux soins continue à dépendre des revenus et de la catégorie socioprofessionnelle. Mais elle représente un progrès.

Cette généralisation marque également une évolution radicale de la conception de la sécurité sociale : après la généralisation des prestations familiales en 1975, versées à toutes les familles, qu'elles aient ou non contribué préalablement, sous condition de charge d'enfant, la généralisation de l'assurance maladie démontre que la sécurité sociale garantit, de plus en plus, une protection universelle à l'ensemble des résidents.