

La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie

France's Universal Sickness Benefit : Between Social Risk and Health Insurance

Brigitte Frotiée

Number 55, Spring 2006

La santé au risque du social

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013222ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/013222ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Article abstract

The Universal Sickness Benefit voted into law in 1999 promises universal access to health services. The benefit combines universality, via the simple requirement of residence for basic coverage, with income-testing, as a condition of supplementary coverage. While both principles have previously been present in France's social security system, traditionally it is the level of contribution (rather than need or income) that has determined level of benefits. Agencies managing health insurance within the social security system must take these new circumstances into account. In order, then, to understand the shifts in emphasis and in power relations which led to the creation of the Universal Sickness Benefit, the article addresses three questions. First, why was this reform instituted? Second, why did the supplementary benefit take the form it did? Finally, do the basic and supplementary coverage represent change or continuity for the health insurance and social assistance regimes? There are also the questions of whether the Universal Sickness Benefit actually improves access to health services and how it modifies the boundaries between insurance and assistance.

Cite this article

Frotiée, B. (2006). La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie. *Lien social et Politiques*, (55), 33–44. <https://doi.org/10.7202/013222ar>

La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie

Brigitte Frotiée

L'intitulé de la loi française votée le 27 juillet 1999 proclame l'universalité de la couverture maladie, «la Couverture maladie universelle», appelée plus couramment la CMU. Dès le premier article de cette loi il est écrit: «Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais». On peut se demander ce que signifie cette universalité à la française alors qu'un ciblage sous conditions de ressources y est annoncé. N'est-ce pas contradictoire? Quelles sont les finalités visées par cette loi? Rappelons qu'il coexiste déjà en France un système généralisé d'assurance maladie de la Sécurité sociale, un système assistanciel d'aide médicale gratuite départe-

mentale pour les populations les plus pauvres et un système de couverture maladie complémentaire des organismes de la mutualité, de l'assurance et de la prévoyance.

Ce questionnement suscite de nombreuses perspectives: le gouvernement de la Sécurité sociale, la démocratie sociale et la démocratie politique, le clivage et les frontières entre l'assurance et l'assistance ainsi que l'impact du tournant néolibéral dans le système français de protection sociale; citons notamment les travaux de Barbier et Théret (2004), Borgetto et Lafore (2002), Join-Lambert (1997), Husson (2003), Nezosi (2005), Palier (2002) et Renard (1995). Tout en nous appuyant sur ces travaux, nous nous intéresserons plus particulièrement au processus de production de la loi CMU et aux divers projets qui ont connu bien des avatars sous diverses pressions avant d'aboutir au texte de loi qui réunit dans ses deux premiers volets le principe

d'une universalité avec l'introduction du critère subsidiaire de résidence (CMU de base) et une condition de ressources pour l'octroi d'une protection complémentaire en matière de santé (CMU complémentaire). Si ces éléments ne sont pas innovants en soi car ils existent déjà dans le système français de protection sociale, ils introduisent néanmoins de nouvelles pratiques à prendre en considération par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie de la Sécurité sociale, où la contributivité est historiquement la référence pour bénéficier de prestations. En effet, les orientations de cette loi telles qu'elles furent définies *in fine* n'étaient pas acquises au moment de sa mise sur agenda politique.

Ainsi, plus précisément, il s'agit de saisir les points d'inflexion aussi bien que les rapports de force en présence qui ont conduit à la création du dispositif de la couverture maladie universelle. Pour y parve-

nir, nous chercherons à répondre à trois questions : pourquoi cette réforme ? Pourquoi ces modalités dans la construction du dispositif de la CMU complémentaire ? Entre continuités et changements, quelle est la place de la CMU de base et de la CMU complémentaire dans le système de l'assurance maladie et celui de l'assistance ? Chacune de ces questions va être déclinée et correspond à l'une des trois parties de l'article¹.

La première partie contribue à inscrire la réforme CMU dans la dynamique de sa genèse au processus de mise sur agenda politique. La deuxième partie se centre plus particulièrement sur le volet² de la CMU complémentaire traité sous l'angle des acteurs du social et de la santé. Nous verrons notamment qu'ils sont porteurs d'aspirations techniques et politiques parfois contradictoires expliquant la complexité du dispositif par son montage. En dernier lieu, on peut aussi se demander dans quelle mesure sa mise en œuvre le 1^{er} janvier 2000 se traduit par des réformes concrètes de l'accès aux soins et quelles en sont les conséquences sur les frontières entre assurance et assistance.

Pourquoi cette réforme ?

Avant d'évoquer les conditions de mise sur agenda politique de la loi CMU, il paraît utile de rappeler les principales caractéristiques de l'évolution du système français de l'assurance maladie, qui connaît un double processus, celui de la généralisation de la couverture maladie et celui de la réduction de la prise en charge de la dépense de soins.

Les caractéristiques du processus de généralisation de la couverture maladie à la française

Pierre Laroque, fondateur de la Sécurité sociale, en 1945, prévoyait la disparition des dispositifs d'assistance — l'assistance médicale gratuite remonte à 1893 — avec la généralisation des assurances sociales qu'il envisageait en concomitance avec l'harmonisation et l'unification des différentes Caisses existantes, syndicales, mutualistes, confessionnelles, départementales (Borgetto et Lafore, 2002 : 324-342 ; Palier, 2002 : 108). Cependant, les systèmes d'assistance ont perduré. Les objectifs d'unification et d'harmonisation n'ont pu être atteints, notamment en raison de résistances corporatistes engendrées par le mode de construction des régimes et des caisses, adossés à des secteurs d'activité et à des catégories professionnelles³. Finalement, le processus de généralisation de la couverture maladie se réalise par le biais d'une extension progressive des régimes professionnels, des catégories de populations protégées et des prestations aussi bien au sein de l'assurance maladie (prestations contributives) que de l'assistance (prestations non contributives).

Le système assurantiel, relié à l'exercice d'une activité profession-

nelle par les cotisations sociales (salariales et patronales), repose à l'origine sur le principe du plein emploi. Il va révéler ses limites, au milieu de la décennie soixante-dix, avec le développement du chômage de masse et son corollaire, l'exclusion du marché du travail d'un nombre croissant d'individus confrontés à une grande précarité et dont certains renoncent aux soins de santé. En réponse à cette situation, la loi sur l'assurance personnelle, votée en 1978, introduit alors le critère de résidence dans le système de protection maladie : « toute personne résidant en France a droit à une couverture maladie ». Avec ce nouveau dispositif, le processus de généralisation de la couverture maladie s'avère théoriquement achevé. Les bénéficiaires de l'assurance personnelle se trouvent rattachés au régime général à titre volontaire, les droits à prestations s'y trouvent donc « déconnectés » de l'exercice d'une activité professionnelle. Le montant de l'adhésion peut être pris en charge dans sa totalité par l'aide sociale sous conditions de ressources.

Au tournant des années quatre-vingt, on peut donc penser que la population résidant en France bénéficie d'une couverture en droit au titre du risque maladie (Brocas, 2001 : 226). Dans les faits, ce n'est pas le cas. D'autre part, deux nouvelles catégories de réformes vont modifier les modalités de prise en charge des frais de soins : celle de la lutte contre la pauvreté et celle de la lutte contre le déficit de la Sécurité sociale.

La première catégorie de réformes de lutte contre l'exclusion cherche à répondre au phénomène de la précarisation grandissante de personnes aptes au travail, mais qui n'en trou-

vent pas. Une nouvelle génération de dispositifs apparaît alors, dont le Revenu minimum d'insertion (RMI), en 1988, qui introduit la notion d'extension de droits, de celui d'un revenu minimum à celui notamment du droit à la gratuité des soins. L'aide médicale gratuite va alors être réformée avec la loi dite Teulade, de 1992, qui offre la possibilité à toute personne résidant en France, et ne pouvant faire face au coût des soins pour des raisons financières, de bénéficier d'une sorte de « bloc de couverture de base et complémentaire ». Cette loi assouplit les conditions d'accès aux droits à la santé sur la base des deux critères : de ressources et de résidence. Deux ans plus tard, la loi de 1994 prévoit un droit d'accès général à l'assurance maladie. Dès lors, les caisses primaires d'assurance maladie (les CPAM, caisses du régime général de la Sécurité sociale) ouvrent, dès la demande, un droit à bénéficier de l'assurance personnelle pour une période de trois mois. Ce délai permet aux CPAM de rechercher ensuite un rattachement à un régime de base d'assurance maladie.

La deuxième catégorie de réformes vise à réduire le déficit de la Sécurité sociale et donc à freiner les coûts de l'assurance maladie (Barbier et Théret, 2004 : 68-73). Les dispositions prises se traduisent, notamment, par des augmentations successives du montant du ticket modérateur et du forfait hospitalier à la charge du patient, puis par la diminution du remboursement d'un nombre croissant de médicaments. De fait, le différentiel entre les montants des remboursements versés par la Sécurité sociale et le coût réel des soins augmente. Deux types de freins à l'accès aux soins se manifestent alors, celui de l'avance de frais et

celui de l'adhésion à une couverture maladie complémentaire, devenue indispensable pour couvrir les dépenses de soins non prises en charge par l'assurance maladie de base.

L'universalité de la couverture maladie : deux projets distincts pour un même objectif

Un autre phénomène nous reste à prendre en compte, celui de l'expression de nouvelles demandes sociales qui émanent des milieux associatifs caritatifs, que ce soit par voie de presse ou à travers la publication de rapports. Ils réclament l'effectivité de l'accès aux droits fondamentaux pour les personnes les plus pauvres et dénoncent non seulement le caractère discrétionnaire de l'aide médicale départementale en place, du fait de l'hétérogénéité des barèmes, mais aussi la complexité des procédures et les dysfonctionnements administratifs, causes de ruptures de droit et donc d'aggravation des situations d'exclusion. Cette mobilisation va conduire au sein de l'administration de la Sécurité sociale à la constitution d'un groupe interadministratif qui va travailler à une mise à plat du système français de la protection maladie. Cette réflexion aboutit à l'idée que l'universalité de la couverture maladie peut être effectivement établie sur la base du principe de son accès automatique sous le simple critère de résidence. Cela garantirait l'égalité de l'accès aux soins pour tous les résidents en France. Pour y parvenir, on envisage alors l'harmonisation des droits et des efforts contributifs entre tous les régimes existants. Le projet de l'Assurance maladie universelle (AMU) prend ainsi forme et devient une question politique avec son inscription dans le plan Juppé, en 1995. L'AMU pro-

voque des réactions, notamment de la part de certains syndicats, dont Force ouvrière (FO) et la Confédération générale des travailleurs (CGT), impliqués dans les conseils d'administration des Caisses. La Confédération française démocratique du travail (CFDT) y est, elle, favorable. Dans le même temps, les organismes complémentaires expriment leur mécontentement car ils craignent leur disparition avec ce projet. Outre une réforme du système des retraites vivement contestée, le Plan Juppé prévoit l'instauration du vote par le Parlement de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et le processus de substitution de la Contribution sociale généralisée (CSG)⁴ aux cotisations sociales puis de l'extension de la CSG à l'ensemble des revenus.

Survient alors la dissolution de l'Assemblée nationale, au printemps 1997, qui modifie la donne en provoquant le retour de la gauche au pouvoir. Le nouveau Premier ministre, Lionel Jospin, confie alors à Martine Aubry, devenue ministre de l'Emploi et de la Solidarité, la mission de reprendre le dossier de l'Assurance maladie universelle (l'AMU). Le cabinet ministériel de la ministre, à la recherche d'un positionnement politique « de gauche », va progressivement se centrer sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Ce positionnement est renforcé par la pression du milieu associatif, qui réclame le vote de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté dans la continuité du projet de cohésion sociale amorcé par le gouvernement précédent. Les résultats de grandes enquêtes, notamment celles de l'INSEE⁵ et du CREDES⁶, contribuent à motiver cette orientation.

Dans le rapport publié en février 1998, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, le Haut Comité de la santé publique déclare: «la mise en place d'une assurance maladie universelle sur simple déclaration de résidence est devenue une mesure d'urgence dont la nécessité n'est plus contestable».

Au cours de la première année du gouvernement Jospin, la Direction de la sécurité sociale (DSS), encore dans la suite des travaux préparatoires de mise à plat du système de l'assurance maladie et des rapports de Bertrand Fragonard⁷ (1997) et d'Alain Bacquet⁸ (1997), poursuit la réflexion dans le sens de la création d'une prestation sociale santé pour les ménages aux revenus les plus faibles auprès de mutuelles ou d'assureurs. Notons que le projet continue d'être nommé AMU dans les notes administratives jusqu'au 4 mars 1998, date à laquelle Martine Aubry annonce, en conseil des ministres, la mise en place pour l'automne, non pas de l'AMU, mais de la CMU. Elle l'inscrit comme deuxième volet de la loi relative à la lutte contre les exclusions et la pauvreté, qui sera votée en juillet 1998.

Maintenant que la CMU est annoncée comme une priorité poli-

tique, il s'agit d'en définir le contenu. Finalement, le positionnement choisi va consister à inverser les priorités du projet AMU précédent. Le processus d'unification des prestations et des droits entre les régimes se trouve disjoint de celui de l'extension de la couverture à l'ensemble de la population résidente — de manière stable et régulière — sur le territoire français. Ainsi, la simplification des règles de droit réclamée par les associations se concrétise par l'introduction du critère de résidence, qui donne lieu à la CMU de base, inscrit dans le 1^{er} volet de la loi. Cette extension se réalise par la création d'un régime additionnel, le régime résident, rattaché au régime de base, sur critère de résidence mais à titre subsidiaire seulement. Ainsi, l'affiliation ne se fait au titre de résident que si, et seulement si, les autres critères déjà existants ne peuvent être remplis. Autrement dit, le critère de résidence ne se substitue pas aux autres mais s'y ajoute.

La CMU complémentaire: construction sous tensions d'une prestation solidarité santé

Le Premier ministre confie à Jean-Claude Boulard (député PS), le 2 juin 1998, la mission d'engager le processus de concertation auprès des acteurs concernés par la réforme de la Couverture maladie universelle, qui doit permettre «aux personnes en situation de précarité de se faire soigner comme les autres». Une nouvelle phase s'amorce alors en amont des débats parlementaires où les questions suivantes cristallisent déjà les débats: qui paye? Qui finance? Pour quels bénéficiaires? À partir de quel seuil de ressources? Qui gère? C'est au gré des prises de position des différents acteurs, politiques, administratifs, de la santé et du

social, que le contenu de cette CMU complémentaire se définit. C'est ce processus que nous décrivons ci-après ainsi que les multiples enjeux successifs qu'il suscite, notamment celui de l'entrée des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans la gestion et la contractualisation d'une assurance complémentaire.

Au départ, un relatif consensus autour de l'entrée des organismes complémentaires dans le dispositif

À la fin de la phase des auditions, le député rédige un rapport⁹ où il précise notamment que l'objectif de la CMU complémentaire est d'éviter le risque de la mise en place d'«une filière sanitaire des pauvres» caractérisée par leur exclusion du droit commun, comme cela est reproché à l'aide médicale gratuite départementale par les mouvements associatifs. Il fait alors trois propositions assez techniques: le premier scénario, dit celui de «la couverture décentralisée encadrée», prévoit le maintien de l'aide médicale gratuite départementale tout en imposant l'homogénéité des barèmes (ce qui n'était pas le cas) ainsi que l'immédiateté de la prise en charge. À l'inverse, les deux autres scénarios présentent comme point commun la centralisation de l'aide médicale gratuite avec transfert des enveloppes budgétaires des départements vers l'État. Toutefois, le scénario dit «centralisé» et le scénario dit «partenarial» se distinguent par le fait que le second a la préférence du rapporteur et implique plus directement les organismes complémentaires dans le financement et dans la gestion du dispositif à construire. Les assureurs s'associent aux mutuelles dans leur engagement relatif au scénario partenarial, bien que leurs intérêts¹⁰ diffèrent. Ils acceptent une taxation de 1,75% sur

leur chiffre d'affaires assurance maladie complémentaire¹¹, en échange de quoi ils obtiennent le monopole de la couverture complémentaire pour les nouveaux bénéficiaires du dispositif CMU. Un accord se dessine même sur le montant que l'État devra leur verser pour garantir la solvabilisation de chaque bénéficiaire, il est de 228 euros.

Ainsi, à ce stade, le projet de la CMU complémentaire se poursuit sur la base du scénario partenarial. L'Association des présidents des conseils généraux (APCG) confirme leur dessaisissement de l'aide médicale départementale. Notons que ce phénomène se situe à contre-courant des discours et des tendances actuels sur la territorialisation des politiques sociales.

La montée des tensions

Toutefois, les problèmes sont encore loin d'être tous résolus et se révèlent de nature diverse. Tout d'abord, le scénario partenarial ne fait pas l'unanimité au sein de la Mutualité et les petits assureurs ne suivent pas systématiquement les présidents des grandes fédérations, ce qui provoquera des prises de position contradictoires. De plus, la ministre penche plutôt en faveur du scénario qui prévoit un guichet unique pour la couverture maladie de base et la couverture complémentaire, le scénario centralisé. Par ailleurs, au départ, les caisses d'allocations familiales sont pressenties pour l'octroi de la prestation sous conditions de ressources, les organismes complémentaires n'étant pas habilités à le faire, mais elles se désistent. Ce seront donc les CPAM et les questions de frontières entre assurance et assistance font l'objet de controverses au sein même de la

technostructure de l'assurance maladie. Le président du conseil d'administration de la CNAMTS souhaite qu'elles restent étanches. En revanche, le président de l'Association des directeurs des caisses d'assurance maladie exprime au directeur de la Sécurité sociale son avis favorable à «la création d'une assurance maladie complémentaire de droit commun» ainsi qu'à la gestion de l'ensemble du dispositif CMU (base et complémentaire) par les CPAM.

Du côté du mouvement associatif, certaines composantes se radicalisent. En effet, un clivage apparaît au sein même des associations humanitaires regroupées au sein du comité Précarité-santé de l'UNIOPSS¹². ATD-Quart-Monde et Médecins du monde défendent le scénario partenarial au nom du «droit de tous pour tous», car on est encore dans le cadre du projet d'une allocation santé dégressive en fonction des revenus (qui disparaîtra par la suite avec la mise sous conditions de ressources de la prestation et l'instauration du seuil). En revanche, la FNARS et Médecins sans frontières (MSF) choisissent de soutenir le scénario de la couverture centralisée, contestant ainsi la prise en charge de la protection des populations les plus défavorisées par les assureurs privés, notamment celles des bénéficiaires du RMI. Pour ces associations, seules les Caisses garantissent la simplification des procédures et donc l'amélioration de l'accès aux soins pour les exclus. Elles craignent que la sélection par le risque succède aux inégalités de barèmes de l'aide médicale départementale. MSF publie un encart d'une page dans le quotidien *Le Monde* du 26 octobre 1998, où l'on peut lire notamment: «Médecins Sans Frontières dénonce

la mise en concurrence de l'accès aux soins des plus pauvres et réclame pour ces populations la protection de l'État».

Les arbitrages

Finalement, la ministre arbitre: l'ouverture d'un droit d'option pour les personnes démunies qui pourront choisir une couverture maladie à 100% gratuite en étant assurées aussi bien auprès des CPAM que des organismes complémentaires. L'allocation santé dégressive est abandonnée au profit d'une prestation solidarité santé sous conditions de ressources, la CMU complémentaire prend forme.

Des tentatives pour infléchir les positions de la Ministre se développent, notamment avec la signature du protocole entre le conseil d'administration de la CNAMTS, la Fédération nationale de la Mutualité française et la Fédération française des sociétés d'assurance pour délimiter les champs d'action de chaque acteur de l'assurance maladie. Ils définissent le «panier de biens et de services» à accorder dans un premier temps aux bénéficiaires de la CMU complémentaire et, dans un deuxième temps, à l'ensemble des assurés. En désaccord avec le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie signataire du protocole, le directeur de la CNAMTS démissionne. L'accord du 26 avril 1999, entre les mêmes signataires, prend position contre l'entrée des Caisses dans le dispositif de la couverture maladie complémentaire. Mais, à cette date, le projet de loi est déjà en examen au Parlement, où se poursuivent les débats, qui portent notamment sur l'effet de seuil¹³. Le texte de la loi subit très peu de modi-

fications par rapport à la version soumise en première lecture.

Cependant, des questions restent à résoudre. Celles qui relèvent de décrets d'application. Il s'agit maintenant de définir le périmètre des biens et des services, «le panier de soins», pris en charge par la couverture maladie complémentaire ainsi que la fixation des tarifs dits «non opposables» avec les professionnels de santé, qui normalement relèvent d'accords conventionnels. Cet état de fait engendre des tensions, notamment avec les dentistes. Cette dernière phase, pilotée par le cabinet de la ministre, comprend également celle de la mise en place du dispositif, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Formulaire, communication, basculement des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale départementale dans les CPAM, liste des organismes complémentaires participant au dispositif, etc., tout doit être prêt.

Au final, pour la couverture maladie de base, la loi prévoit que tout résident sans droits ouverts auprès d'un régime de Sécurité sociale bénéficie, sur la seule justification de sa résidence stable et régulière, des prestations au régime général. Les CPAM deviennent guichets uniques

pour l'ouverture et le suivi des droits à la CMU de base et à la CMU complémentaire. Néanmoins, les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent choisir de signer un contrat (d'assurance complémentaire) avec un organisme complémentaire même si leur demande s'effectue aux guichets CPAM. Avec ces contrats d'assurance complémentaire, la prise en charge des bénéficiaires est de 100 % — sur critère social — avec absence d'avance de frais.

La réponse politique du gouvernement Jospin aux inégalités d'accès aux soins dénoncées par les mouvements associatifs consiste donc à privilégier la voie d'une couverture maladie complémentaire sous conditions de ressources pour les personnes en situation des plus précaires et à garantir un minimum de prestations pour tous, à travers la proclamation de l'universalité du droit d'accès au régime général, de préférence à l'harmonisation des prestations et des cotisations entre les différents régimes. Les étrangers résidant en France, sous certaines conditions, bénéficient quant à eux de l'aide médicale résiduelle d'État.

Des déplacements et des continuités dans le système de protection maladie

Quels sont les apports de cette réforme dans la protection maladie? Les critères de résidence et de ressources existent déjà dans le système assistanciel. Quels déplacements se sont-ils produits alors? Les conditions du montage du dispositif CMU que nous venons de retracer du fait des jeux des acteurs et des arbitrages politiques contribuent à le rendre plus complexe que ne le laisse supposer ce qu'il donne à voir: l'universalité.

Un montage complexe pour, au départ, éviter la stigmatisation

Revenons à l'un des objectifs de la réforme, celui qui consiste à vouloir extraire les populations les plus démunies de la stigmatisation à travers le transfert de la gestion des prestations santé des collectivités territoriales vers les CPAM, organismes gestionnaires de l'assurance maladie, qui ne relèvent donc pas de l'assistance. Ce basculement vise à les considérer comme des «assurés comme les autres», ce qui est source de brouillage subtil entre assurance et assistance. On pourrait dire d'une certaine façon que c'est jouer sur les mots, comme d'affirmer que le droit à la nouvelle prestation solidarité santé donne accès à un contrat de droit commun (qui peut donc être signé auprès des CPAM ou des organismes complémentaires): la couverture maladie complémentaire. Cette dernière permet l'accès à la gratuité à 100 % des soins sur critère social. Ce critère maintient donc cette prestation dans le registre de l'assistanciel malgré le changement des circuits de gestion et d'attribution. Cela a comme conséquence la coexistence, au sein même des organismes gestionnaires de l'assurance maladie, de prestations contributives et de prestations non contributives, de la gratuité de la prise en charge des soins à 100 % sur critère médical pour certains types de soins et de celle sur critère social sur leur totalité.

L'inversion de la preuve avec le mécanisme d'affiliation sur critère subsidiaire de résidence

La CMU de base, sur critère subsidiaire de résidence, étend donc le droit à l'affiliation au régime général des personnes qui ne peuvent relever d'aucun régime obligatoire. Cependant, le

régime résident ne supprime pas les autres régimes existants fondés sur le rattachement professionnel, qui continue à déterminer les caisses de référence qui maintiennent l'architecture bismarckienne de notre système d'assurance maladie.

L'ouverture des droits à l'assurance maladie devient maintenant automatique, immédiate sur simple déclaration. La charge de la preuve se trouve inversée et de nouvelles pratiques pour les agents des guichets des CPAM en découlent. Ils ouvrent d'abord des droits et ensuite ils en cherchent les motifs ou les justifications. Auparavant, l'affilié devait d'abord produire toutes les pièces justificatives; avec la réforme, elles peuvent être apportées ultérieurement. Il suffit maintenant de deux justificatifs de résidence et de ressources, procédures d'ailleurs proches de celles de l'assurance personnelle. Cette simplification des conditions d'inscription évite les ruptures de droits, sachant que le maintien des droits contribue de manière certaine à l'amélioration de l'accès aux soins pour tous.

La CMU complémentaire : un contrat d'assurance complémentaire sous conditions de ressources

Avec la mise en vigueur du dispositif de la CMU complémentaire, la gestion de contrats d'assurance complémentaire sous conditions de ressources fait son entrée dans les CPAM. C'est une innovation. Dans le cadre de l'ancienne aide médicale départementale, qui est donc aujourd'hui supprimée, de nombreuses caisses ont déjà acquis l'expérience de l'ouverture de droits à des personnes prises dans la spirale de l'exclusion. Toutefois, à la différence des

CAF, la plupart des caisses primaires n'ont pas effectué directement de contrôle des ressources. De fait, des mécanismes propres à l'aide sociale se trouvent introduits dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

De même, les CPAM, pour appliquer le droit d'option prévu par la loi, doivent présenter une liste d'organismes complémentaires établie par le préfet de région. Rappelons que les organismes complémentaires se sont engagés dans le dispositif et ont accepté une taxation au tout début des négociations en échange du monopole, ce qui n'est plus le cas. En effet, pour qu'il existe une offre d'organismes complémentaires, il est nécessaire que les assureurs, les mutuelles, les instituts de prévoyance, individuellement volontaires, fassent la demande pour entrer dans le dispositif. Cela introduit une situation inédite où les Caisses entrent dans un marché concurrentiel alors qu'elles sont en situation de monopole sur l'assurance maladie. Elles peuvent donc être conduites à établir des contrats directement pour elles-mêmes et indirectement pour les organismes complémentaires puisque le bénéficiaire qui se présente aux guichets a la possibilité de choisir auprès de qui il souhaite contractualiser. C'est un dispositif qui, sur ce point, introduit par sa construction quelques brouillages entre assurance de base, assurance complémentaire et assistance bien que, dans la réalité, l'intérêt du droit d'option pour les bénéficiaires se trouve limité du fait que la prestation en espèces est identique quel que soit l'opérateur. Il est aussi possible d'objecter en avançant l'argument que les bénéficiaires de la CMU complémentaire ne constituent pas véritablement un marché très porteur et que les organismes complémen-

taires ne se bousculent pas pour se l'approprier. Néanmoins, la CMU introduit bien un droit à une assurance complémentaire gratuite pour un public ciblé dans un marché qui lui est concurrentiel, sous forme de contrat dont la signature se fait au sein des Caisses de la branche maladie de la Sécurité sociale. Alors les Caisses peuvent-elles être considérées comme des organismes complémentaires? La réponse est négative, mais la question garde tout son intérêt, comme nous allons l'observer à partir des justifications émises au traitement différentiel des remboursements effectués de l'État vers les organismes contractualisant selon leur statut.

Au moment où se fait l'arbitrage concernant le droit d'option, la question de la solvabilisation des bénéficiaires se pose concrètement ainsi que celle des modalités de remboursements de la part de l'État, qui bénéficie notamment des remontées des financements de l'aide médicale départementale. Pour la Direction de la Sécurité sociale (DSS), la CMU complémentaire ne relève pas de la Sécurité sociale mais de la solidarité nationale pour publics ciblés. Elle considère donc que les Caisses (les CPAM) assurent un service pour le compte de l'État, au contraire des organismes complémentaires, pour qui le bénéficiaire de la CMU complémentaire reste un affilié, un client, un adhérent de l'organisme complémentaire dont l'État doit prendre en charge l'adhésion sous la forme d'un forfait, d'un montant de 228 euros par an, c'est-à-dire celui fixé au moment des auditions par le député J.-C. Boulard au tout début de la concertation. C'est ce montant qui sera mis en application le 1^{er} janvier 2000. Aux organismes gestionnaires d'assurance complémentaire de sup-

porter alors le risque financier dans le cas où les frais de santé du bénéficiaire dépassent ce forfait, contrairement aux Caisses, pour qui le remboursement se fait au franc le franc. Cependant, le raisonnement va être inversé par l'État, ou plus précisément par Bercy (le ministère du Budget et des Finances), qui en change les règles dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2004: les Caisses et les organismes complémentaires doivent être traités de la même manière, c'est-à-dire au forfait. En conséquence, l'État transfère ainsi des charges vers la Sécurité sociale. Le Conseil constitutionnel approuve cette décision en prenant à quatre ans d'intervalle — en 1999 et en 2003 — des positions totalement divergentes¹⁴ et valide ainsi le fait que les Caisses, sur le volet complémentaire, soient considérées comme des organismes complémentaires.

Toutefois, ce changement ne remet pas en cause juridiquement la distinction entre les délégations de gestion et l'assurance maladie proprement dite. Des mécanismes, prévus dans le texte de loi, se mettent en place pour maintenir l'étanchéité des frontières entre le dispositif CMU et la Sécurité sociale. Un fonds spécifique est créé,

le Fonds CMU, qui reçoit les financements spécifiques et dont la mission est de financer la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie mise sous conditions de ressources.

De même, le «droit des bureaux» — les fonctionnaires participant à l'élaboration du texte de loi et de ses décrets d'application — de l'administration centrale de la Sécurité sociale a contraint au maintien des frontières entre assurance et assistance dans le domaine du contentieux qui se porte, dans le cas de la CMU, devant les Commissions départementales de l'aide sociale et non pas devant les tribunaux des affaires sociales; en appel, devant la Commission centrale de l'aide sociale et en cassation, le Conseil d'État.

Universalité ou constitution d'un filet de sécurité pour les plus démunis dans le secteur de la santé?

Au cours des débats parlementaires, la crainte de voir la CMU complémentaire devenir un «filet de sécurité» s'exprime largement, ainsi que celle sur les risques de privatisation de l'assurance maladie, relayée par les médias¹⁵. Dans son intervention à l'Assemblée nationale, notamment lors de la 2^e séance du 27 avril 1998, Martine Aubry se défend de vouloir libéraliser le système suivant le modèle qui prévaut aux États-Unis. Malgré les objections de la ministre, la CMU complémentaire constitue bien l'aboutissement de la logique de protection des plus démunis par un «filet de sécurité» avec la gratuité totale des soins. La CMU n'infléchit pas le processus, déjà à l'œuvre, de réduction des remboursements des frais de soins et de l'augmentation régulière de la CSG

justifiée au nom de la lutte contre le déficit de la Sécurité sociale.

L'extrait du témoignage d'un des acteurs du processus de production de la loi appartenant à la Direction de la Sécurité sociale résume bien les craintes exprimées à l'époque et les ambiguïtés soulevées par le dispositif: «Une frange de la population, celle des plus faibles, est enfermée dans un ghetto. Un salarié, un retraité ont leur régime de base et leur complémentaire. Il est dit à la personne défavorisée qu'elle est ailleurs. La Sécurité sociale est une assurance sociale où tout le monde paye en fonction de ses revenus, CSG ou cotisation. Mais quand une personne accède au système de soins, elle ne montre pas sa fiche de paye ou sa déclaration d'impôt. Il n'y a pas de critère de ressources dans le système d'Assurance maladie. On prend des gens à 100 % mais pour des raisons médicales. Que la raison médicale soit pour un pauvre ou pour un riche, la raison médicale est la même. Pour la première fois, une partie de la population est prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale sur la base de critères financiers et non sur des critères médicaux. C'est la transformation d'une Sécurité sociale à deux vitesses ou cela peut le devenir, car on a créé le fonds CMU qui rembourse à la Sécurité sociale. Depuis janvier, les Caisses ne sont plus remboursées au franc le franc, on est déjà dans la mutualisation mais pas sur l'ensemble. Le risque existe où un jour la Sécurité sociale assure à la fois ceux qui ont une pathologie lourde et ceux qui sont très pauvres. C'est un risque, on a été plusieurs à le dire à Martine Aubry».

La mise sous conditions de ressources, même si le bénéficiaire est considéré comme un assuré parce

qu'il s'inscrit dans les CPAM (à un guichet spécifique qui lui est réservé) donne des limites à la portée universelle de la CMU qui se réduit au régime de base. Le nouvel enjeu ne concerne-t-il pas celui de la généralisation de l'accès à la couverture maladie complémentaire? Cette question n'est-elle pas cruciale, notamment pour les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil (défini par voie réglementaire)? D'autres solutions avaient été envisagées puis rejetées, comme l'allocation santé dégressive qui aurait lissé l'effet de seuil. Le dispositif CMU n'engendret-il pas de nouvelles inégalités?

Conclusion

De multiples scénarios, projets, se succèdent tout au long du processus de la réforme et les arbitrages politiques fixent au fur et à mesure des éléments dont l'assemblage se révèle à la fois complexe et contradictoire. Les raisons en sont multiples: l'inscription de la réforme sur une base institutionnelle existante où déjà le clivage entre assurance et assistance pose question; une pluralité d'acteurs du social, de la santé, de l'administration et du politique qui défendent leurs intérêts respectifs avec des moyens de pression divers. Les conflits, les compromis successifs ont encore accru la complexité du système de protection maladie.

Les dissensions se sont exprimées de manière parfois inattendue. Par exemple, entre le mouvement associatif spécialisé dans la gestion et l'accueil des publics les plus démunis et la mutualité; au sein du mouvement associatif lui-même; entre le président du conseil d'administration de la CNAMTS et certains directeurs des Caisses; entre les partenaires sociaux participant à ce même conseil d'admini-

nistration; entre la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et certaines composantes de la Mutualité, sans oublier les tensions entre professionnels de santé et mouvements associatifs. De même, des désaccords se sont révélés entre l'administration centrale de la Sécurité sociale et le ministère des Finances et du Budget, dont les recommandations ont largement compté dans les décisions finales en fixant les limites budgétaires du dispositif.

Les différentes logiques en présence ont contribué à l'instauration de quelques ambiguïtés dans le montage du dispositif: au nom du principe de l'accès à un droit commun pour tous, les discours politiques énoncent que le bénéficiaire de la CMU doit être un assuré comme les autres parce qu'il s'inscrit dans les CPAM, mais son inscription se fonde sur une base juridique différente des autres qui n'évite pas la stigmatisation. La portée universelle de la CMU reste restreinte au régime de base, dont le taux de contribution augmente pour une couverture offerte de plus en plus limitée pour ceux qui ne sont pas bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Toutefois, la réforme CMU permet des avancées certaines. Tout d'abord, en termes de simplification administrative et de maintien de droits. Elle complète le processus de généralisation de l'assurance maladie, déjà opéré avec les diverses mesures d'extension des droits, avec l'introduction du critère de territoire, de citoyenneté, de manière subsidiaire et qui se juxtapose donc aux autres critères déjà existants et côtoie ainsi celui de contributivité dans le régime de base. Ces critères relèvent de la solidarité nationale, la CSG élargie s'est déjà substituée aux cotisations connectées

à l'activité et à la solidarité professionnelle, ce qui pose de nouvelles questions relatives aux modalités de redistribution de la solidarité nationale, notamment entre les sources de financement de la CMU de base et de la CMU complémentaire.

Le principe de contributivité du régime général reste, en effet, affirmé dans l'article 3, qui stipule dans le premier alinéa que les personnes affiliées au régime général sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret. Pour les autres, la CMU complémentaire contribue à l'édification d'un «filet de sécurité» pour les populations les plus pauvres et, de ce fait, renforce pour les autres le poids de l'assurance complémentaire dans le jeu de la protection maladie et de là, des opérateurs privés. Sur ce point, la CMU n'infléchit en rien la logique libérale introduite dans le système depuis maintenant plus de vingt ans.

Si, à certains égards, les frontières entre l'assistance et l'assurance restent étanches sur le plan juridique, à d'autres, elles paraissent se déplacer d'un système à l'autre. Ainsi, sur le plan de la gestion, la suppression de l'assurance personnelle non contributive et celle de l'aide médicale gratuite dont les départements avaient la responsabilité. Sur la question des frontières, on ne peut que noter que cette réforme de la CMU a soulevé, en ce qui concerne le partage des rôles entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organismes complémentaires, de vifs débats qui connaissent encore aujourd'hui des prolongements dans les controverses sur la privatisation de l'assurance maladie.

Brigitte Frotiée
GAPP-CNRS

Notes

¹ Voir Brigitte Frotée (2004), *La fabrique du droit social. L'exemple de la CMU*. Cet article s'appuie sur le corpus constitué lors de cette recherche à partir de 24 entretiens auprès des acteurs de la réforme, d'archives notamment de la Sécurité sociale, des dossiers de presse, des rapports officiels ainsi que des débats parlementaires.

² Cet article aborde principalement deux des cinq volets que comprend le texte de loi de la CMU : la CMU de base inscrite dans le titre I, « Dispositions relatives aux régimes obligatoires » ; et la CMU complémentaire inscrite dans le titre II, « Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé ». Les trois autres volets concernent : le titre III, « Réforme de l'aide médicale avec l'aide médicale de l'État » ; le titre IV, « Contrôle et évaluation de la loi » ; le titre V, « Modernisation sanitaire et sociale ».

³ Le système français d'assurance maladie est fragmenté en une vingtaine de régimes d'assurance. Les trois principaux sont le régime général de la CNAMTS, la Mutualité sociale agricole et la CNAM pour les non-agricoles et les non-salariés.

⁴ La Contribution sociale généralisée (CSG) est une imposition qui se substitue à la cotisation sociale salariée. La CSG a un effet de solidarité nationale par son caractère fiscal.

⁵ L'enquête de juillet 1995 de l'INSEE contient les résultats suivants : 16,4 % des personnes couvertes par la Sécurité sociale ne sont pas affiliées à un régime complémentaire, soit près de 2,3 millions de personnes, qui forment une « minorité résiduelle mais persistante », dont plus d'un tiers est constitué de ménages ayant un revenu inférieur à 2.700 F par unité de consommation, ou 5.900 F pour un couple avec enfant. Ce pourcentage était de 25 % au début des années quatre-vingt, ce qui témoigne de l'aggravation de la situation des personnes les plus démunies.

⁶ En novembre 1997, le Centre de recherche, d'étude et de documentation (le CREDES, aujourd'hui appelé l'IRDES) publie le rapport *Santé, soins et protection sociale en 1996*, qui montre la corrélation entre le statut social des Français et leur état de dépenses de santé : 1 Français sur 4 renonce à des soins pour raisons économiques (CREDES, novembre 1997, no 1204). S'agissant de l'Assurance maladie auprès des régimes de base, le CREDES estime à 800.000 le nombre de personnes dépourvues de couverture mais qui peuvent bénéficier d'une assurance personnelle et voir leurs cotisations prises en charge par l'État ou l'aide sociale des départements. Parmi ces personnes, 100.000 à 200.000 n'ont aucun droit, par méconnaissance de leurs droits ou en raison de la complexité des procédures.

⁷ Bertrand Fragonard, alors conseiller maître à la Cour des comptes, rédige un rapport sur les questions de financement dans le cadre de la préparation du projet de réforme AMU.

⁸ Alain Bacquet, alors président de la section sociale du Conseil d'État, rédige un rapport sur les questions juridiques afférentes aux règles d'ouverture des droits. La rédaction de son rapport et celle du rapport de B. Fragonard sont concomitantes des travaux de préparation des Ordonnances Juppé concernant, notamment, la loi de financement de la Sécurité sociale.

⁹ Rapport de Jean-Claude Boulard : *Pour une couverture maladie universelle de*

base et complémentaire, publié en août 1998.

¹⁰ Le marché français de l'assurance regroupe trois catégories d'organismes : la Mutualité, les compagnies d'assurance et les instituts de prévoyance. Les mutuelles et les compagnies d'assurance sont alors régies par un droit différent : le Code de la mutualité est distinct de celui des compagnies d'assurance. Aujourd'hui, les directives européennes les font converger. De même, leurs positions institutionnelles respectives divergent. Les mutuelles, contrairement aux organismes relevant des assurances (sauf si ces derniers y participent au titre du MEDEF), siègent aux conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et gèrent parfois par délégation les remboursements du régime obligatoire (mutuelles de fonctionnaires).

¹¹ Cette taxation restera maintenue dans le texte de loi : « Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes et des cotisations émises au cours du trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances » (cf. article L.862-4).

¹² L'UNIOPSS, créée en 1945, regroupe plus de 140 associations et fédérations du secteur sanitaire et social.

¹³ Le ministère des Finances et du Budget joue un rôle déterminant sur cette question de la définition du seuil puisqu'il définit l'enveloppe du financement de la réforme, dont le montant contribue au calcul du plafond de ressources.

¹⁴ Voir d'abord la décision n°99-416 DC du 23 juillet 1999, à la suite d'une saisine par plus de 60 députés, dont le point II est ainsi intitulé : « La couverture maladie universelle crée par ailleurs d'importantes inégalités entre les organismes de protection sociale complémentaire et les Caisses primaires d'assurance maladie. Le Conseil constitutionnel rejette les griefs dénonçant une rupture d'égalité entre organismes de Sécurité sociale, d'une part, et organismes de protection sociale complémentaire, d'autre part. Les différences

établies par la loi entre les organismes, du point de vue de leur participation à l'organisation et au financement de la CMU, sont en effet justifiées, au regard des buts visés, par la différence de leurs situations. Ainsi, les organismes d'assurance maladie ont l'obligation de participer au dispositif et non les organismes de protection sociale complémentaire ».

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

Le rejet est justifié notamment en raison des éléments suivants : « Il est vrai que lors de la création de la couverture maladie universelle complémentaire le législateur avait choisi de traiter différemment les organismes complémentaires et les Caisses primaires d'assurance maladie, s'agissant des conditions de remboursement par l'État des dépenses exposées par ces organismes : les Caisses primaires étaient remboursées en fonction des dépenses exposées, alors que les organismes complémentaires faisaient l'objet d'une prise en charge forfaitaire. Le Conseil constitutionnel a admis que cette différence de traitement ne portait pas atteinte au principe d'égalité, en raison des différences de situation séparant ces deux catégories d'organismes au regard de l'objet de la loi (décision n°99-416 DC du 23 juillet 1999). Pour autant, on doit souligner que le principe constitutionnel d'égalité, s'il ne s'oppose pas à ce que le législateur traite différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes, n'implique nullement que le législateur ne puisse traiter

de façon identique des personnes dont on ne pourrait soutenir qu'elles sont dans une situation différente. En décidant d'unifier le régime de prise en charge de la Couverture maladie universelle complémentaire, le législateur n'a, dès lors, pas méconnu l'autorité qui s'attache aux décisions du Conseil constitutionnel ni méconnu le principe constitutionnel d'égalité ».

- ¹⁵ Certains titres de presse soulèvent le spectre de la privatisation : « Quand les complémentaires cherchent à prendre pied dans le système » (*La Tribune*, 3-3-1999); « Les compagnies privées se posent en partenaires de l'assurance-maladie » (*Le Monde*, 17-2-1999); « Les assureurs poussent leurs pions dans la santé » (*Les échos*, 15-2-1999).

Bibliographie

- BARBIER, J.-C., et B. THÉRET. 2004. *Le nouveau système français de protection sociale*. Paris, La Découverte, coll. Repères.
- BEC, C. 1998. *L'assistance en démocratie : les politiques assistancielles dans la France des XIX^e et XX^e siècles*. Paris, Belin.
- BORGETTO, M. 2000. « Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant une CMU », *Droit social* : 30-38.
- BORGETTO, M. 2002. « Le rôle des associations dans la politique de lutte contre les exclusions », *L'Association*, Pub. Fac. Droit Poitiers, T. 42, PUF : 101-114.
- BORGETTO, M., et R. LAFORE. 2002. *La République sociale*, Paris, PUF.
- BROCAS, A.-M. 2001. « L'universalisation "à la française" », dans C. DANIEL et B. PALIER, éd. *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*. Drees Mire. La Documentation française, Paris : 225-229.
- CHEVALLIER, J. 1992. « La résurgence du thème de la solidarité », dans *La solidarité : un sentiment républicain ?* CURAPP, Paris, PUF : 111-131.
- COMMAILLE, J. 1994. *L'esprit sociologique des lois*. Paris, PUF.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL. GAULLE-ANTHONIOZ, G. 1995. *La grande pauvreté : évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*. Journal officiel.
- DONZELOT, J. 1996. « Les transformations de l'intervention sociale face à l'exclusion », dans S. PAUGAM, éd. *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris, La Découverte : 88-100.
- FONDS CMU. 2001. *Références CMU*, 4.
- FROTIÉE, B. 2004. *La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU*. J. COMMAILLE, dir. Rapport au Fonds CMU.
- GRIGNON, M. 2002. « Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle », *Revue française des affaires sociales*, 2 : 145-174.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 2000. *Le panier de biens et services de santé : première approche*. Rapport à la Conférence nationale de santé.
- HUSSON, M. 2003. *Les casseurs de l'État social. Des retraites à la Sécu : la grande démolition*. Paris, La Découverte.
- JOIN-LAMBERT, M.-T. 1997. *Politiques sociales*. Dalloz. 2^e édition.
- LAGRAVE, M. 1996. « Assurance et solidarité dans la Sécurité sociale », *Droit social*, 5 : 502-505.
- LASCOUMES, P., et J.-P. LE BOURHIS. 1996. « "Des passe-droits" aux passes du droit. La mise en œuvre socio-juridique de l'action publique », *Droit et Société*, 32 : 51-73.
- LE NAOU, G. 2005. « Entrer dans l'action publique en la contestant », *Militantismes institutionnels. Politix*, 70 : 9-28.
- NÉZOSI, G. 2005. *La gouvernance de la Sécurité sociale*. Paris, La Documentation française, collection « Problèmes politiques et sociaux », 913.
- PALIER, B. 2002. *Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système fran-*

La réforme française de la Couverture
maladie universelle, entre risques sociaux et
assurance maladie

çais de protection sociale depuis 1945.
PUF.

RENARD, D. 1995. «Les rapports entre
assistance et assurance dans la constitu-
tion du système de protection sociale
français», dans *Comparer les systèmes
de protection sociale en Europe: ren-
contres d'Oxford*. MIRE: 105-125.

ROSANVALLON, P. 1995. *La nouvelle
question sociale. Repenser l'État provi-
dence*. Paris, Seuil.

VOLOVITCH, P. 2003. «Une couverture
santé à visée universelle à l'égard des
plus démunis. La CMU en question»,
Informations sociales, 108: 70-75.