

Patrice Blémont

I'Assurance maladie en France

Assurance maladie ou protection contre la maladie ?

L'Assurance maladie n'est pas une idée à proprement parler française. Si on voulait à toute force lui trouver une nationalité, elle serait même plutôt allemande ou anglaise, avant d'être française. On gagne souvent à se comparer et à examiner comment sont organisés nos principaux partenaires, voire aussi comment ne sont pas organisés du tout nombre des 191 pays inscrits à l'ONU.

Contrairement à une opinion reçue, l'Assurance maladie n'est pas en France que le produit des ordonnances de 1945 et 1946. Seul le fait de vouloir tenter de la rendre obligatoire et universelle en est issu. Et de ce point de vue, le mouvement de 1945 inspiré par le programme du Comité National de la Résistance constitue une sorte de nouveau départ, ou de fondement renouvelé et enrichi si l'on veut, des idées d'assurance maladie, mais assurément pas une genèse.

Le modèle de sécurité sociale et **d'assurance maladie** est en France ambivalent.

Il a constamment hésité entre ses deux inspirateurs : un modèle assurantiel pur et dur de type « bismarckien » imaginé dans les deux dernières décennies du 19ème siècle en Allemagne et un modèle « beveridgien » inspiré des réflexions anglaises à partir des années 1920 principalement. Avec pour particularité de finir avec le temps par plus ou moins se confondre dans le souci d'universalisme qui traverse chaque système de sécurité sociale.

1. la conception « bismarckienne » de l'Assurance maladie :

Otto Von Bismarck est né en 1815 et mort en 1898. Après une carrière de parlementaire en Prusse et de diplomate, il devient chancelier de la Prusse en 1862 et unifie l'Allemagne autour de la Prusse notamment grâce à sa victoire à la bataille de Sadowa (1866) sur l'Autriche. Vainqueur de la France en 1870, il devient après le traité de Versailles chancelier du IIème Reich en 1871 ; ce qui

lui donne plus de pouvoirs encore. Il conduira une politique sociale active qui le pousse à mettre sur pied en 1880 et 1890 un véritable système de sécurité sociale, essentiellement pour contrebattre la montée des socialismes révolutionnaires dans son pays plus que par philanthropie.

Le principe de cette assurance sociale est simple et se conçoit comme une logique « assurantielle » centrée sur le travail : il faut travailler pour cotiser à une caisse et c'est obligatoire ; cette cotisation aux caisses qui assurent totalement le financement se fait en fonction des revenus des assurés ; l'objectif principal est de compenser la perte des revenus du travail en cas de maladie ou d'accident au travail et accessoirement seulement de rembourser les soins médicaux.

Dès lors, la vision « bismarckienne » est que l'Assurance maladie, est d'abord une **assurance** qui vise la **couverture du risque** maladie des citoyens ; elle n'est donc bien - insistons sur ce point - qu'une des composantes de la sécurité sociale. L'Assurance maladie ne doit pas être confondue avec la sécurité sociale au sens large dont elle n'est qu'un des aspects. Et plus particulièrement avec la notion du « social » laquelle est mieux adaptée à la couverture retraite ou aux allocations familiales. D'ailleurs, la sémantique n'est jamais neutre puisque, dans le langage du citoyen peu averti des dédales du dispositif, on parle par exemple « d'allocations familiales » et non pas de sécurité familiale. Même si pourtant certaines de ces allocations comportent des obligations médicales de suivi de grossesse.

Il importe également de souligner qu'à la base, l'Assurance maladie dans la vision de Bismarck aura été conçue comme intrinsèquement **reliée au monde du travail**. C'est celui qui travaille (ou encore ses ayants-droit) qui est assuré contre le risque de maladie. C'est à la fois la richesse de l'entreprise et les émoluments du travailleur sur lesquels sont assises les cotisations qui servent à nantir le système. Le travailleur est assuré non pas seulement pour les soins qu'il peut être amené à recevoir, mais aussi pour obtenir un revenu de remplacement au travail qu'il ne peut accomplir (indemnités journalières) si la maladie le frappe.

C'est cette « gestion du risque maladie » qui, comme dans une classique entreprise d'assurance, va servir à calculer les **cotisations** que chaque assuré devra payer. Il ne s'agit évidemment pas d'un système à guichet ouvert, dispensateur de prestations diverses mais d'un système qui se voudrait aussi précis que possible pour éviter les prélèvements inutiles sur la richesse des entreprises et sur les revenus des citoyens afin de ne pas accroître ce que les économistes appellent les « effets d'éviction ». Et une fois encore, la sémantique n'est pas neutre ; car le citoyen parle bien d'assurance maladie ou de sécurité sociale, mais pas « d'allocations médicales ». C'est en tous les cas ce que se voudrait l'Assurance maladie ; car l'abandon de ces principes

prudentiels propres aux assurances et aux techniques actuaires aura pour partie produit le déficit que l'on connaît et sur lequel on reviendra.

On peut donc s'interroger sur le lien entre le médical et le social, et, sans nier pour partie sa pertinence, ce n'est pas simplement de pure pédagogie que de vouloir marquer une différence entre ces deux notions qui ne sauraient se réduire l'une à l'autre. Etre protégé et soigné contre une affection de longue durée, comme le cancer ou la sclérose en plaques, peut sans doute relever de logiques sociales. Reste que de telles maladies frappent, quelles que soient les proportions, parmi toutes les couches de la population. Elles appellent une couverture pour tous et une « gestion du risque » au sens « assurantiel » du terme.

2. La vision « Beveridgienne » de l'Assurance maladie :

Lord William Beveridge de Tuggal (1879/1963) était un homme politique (Parti libéral) et un économiste de formation. Il fut d'ailleurs longtemps directeur de la fameuse London School of Economics (LSE).

Formé aux problèmes sociaux après une carrière de journaliste où il s'occupe des questions sociales au journal conservateur « The Morning Post », il est présenté à Winston Churchill qui fera pour partie sa carrière. Il contribue à la mise en place officielle des services du chômage en 1909 sous le gouvernement libéral d'Henry Asquith. Il prend une part importante au vote du National Insurance Act de 1911, prémisses de la sécurité sociale anglaise.

Il est surtout connu pour les deux rapports qu'il remit à Ernest Bevin, ministre du travail dans le gouvernement Churchill de 1940. Le premier rapport rendu public en novembre 1942 pose les bases de ce que l'on a appelé « l'Etat providence » (Welfare State). On oppose souvent les principes qu'il émit dans ce rapport à la vision bismarckienne. En effet, la conception pour la sécurité sociale et l'assurance maladie de Beveridge n'est pas assurantielle. Elle est sans relation obligée avec le travail. Elle vise plutôt à répondre de façon universelle aux risques de la vie, avec pour seule condition d'être dans le besoin pour accéder aux prestations. Sachant que **ces prestations sont financées par l'impôt et non la cotisation**. Lord Beveridge produisit un second rapport en 1944 qui approfondit les principes du premier rapport.

L'Assurance maladie en France, inhibée par deux modèles, aura toujours oscillé entre la notion de protection sociale et de garanties qui s'adressent à tous, travailleurs ou non, donc de type « beveridgien » d'une part, et les notions « assurantielles » d'autre part clairement reliées au monde du travail et de l'entreprise façon Bismarck.

Elle sera aussi traversée par **l'idée d'universalité** induite par les travaux de Lord Beveridge et par le souci de la rendre **obligatoire**. Ceci permet de

souligner le caractère complémentaire de la protection sociale par rapport à la notion d'assurance sociale ; lesquelles notions ne se réduisent nullement l'une à l'autre. C'est si vrai que les assureurs purement privés n'ont jamais vraiment abandonné le champ des assurances maladies par le biais des assurances complémentaires.

Le caractère obligatoire s'est traduit assez bien dans notre pays par la loi a vocation à être générale et impersonnelle. Les lois ou les textes de valeur législative sur l'Assurance maladie ont dû composer avec un existant en ce domaine mieux structuré qu'on ne le croit souvent. Ce qui s'est traduit par toute une organisation structurelle et partenariale de caisses locales et régionales ; avec tout un dispositif qui s'est raffiné avec le temps.

En conclusion, on peut affirmer que le dispositif français d'assurance maladie est un mélange croisé des deux approches ci-dessus retracées. Il est constitué de sources et de techniques de financement, de prestations diverses, de prises en charge des malades selon leur affection, et de liens techniques et directs avec le soin médical lui-même . Mais il est aussi devenu au fil du temps obligatoire et universel. Ce qui ne signifie nullement qu'il soit unifié puisque nombre de régimes particuliers consacrant des logiques souvent corporatives ont subsisté, malgré un effort récent pour rationaliser ce foisonnement.

Rapide historique de l'Assurance maladie

Oscillant en permanence entre une vision assurantielle et une conception de protection sociale, la Sécurité sociale et l'Assurance maladie ont mis en France beaucoup de temps pour constituer un système vraiment organisé.

Deux processus vont aller en parallèle : d'un côté un souci d'auto-organisation avec le mouvement mutualiste appuyé sur les sociétés de secours et d'entraide, mouvement qui sera l'un des premiers fondements de l'universalité des systèmes sociaux ; de l'autre un souci de l'Etat de prévenir les désordres

sociaux et donc de confier à des collectivités publiques étroitement contrôlées par lui le soin de remédier aux situations les plus pénibles via un système allocataire de protection générale.

D'un côté un principe dynamique fondé sur la notion d'assurance contre un risque ; de l'autre une idée de protection sociale. Or, dans l'esprit des « républicains bourgeois » de la fin du 19^{ème} siècle, sacrifier indifféremment à l'une ou l'autre de ces notions signifie aussi, voire surtout, se prémunir des désordres sociaux perçus comme autant de menaces pour l'ordre établi.

A. Les prémisses de l'Assurance maladie

1. le mouvement mutualiste :

L'Assurance maladie trouve d'abord son fondement dans la notion d'entraide et de secours mutuel. Au départ, ce type de solidarité relève pour l'essentiel de la corporation. La loi Le Chapelier datant de 1791 avait proscrit toute forme d'association ouvrière dans le travail afin de respecter le principe de « liberté du travail » posé dans la Déclaration de l'homme et du citoyen. Partant de là, seules des sociétés à fondements solidaristes ou philanthropiques ont pu « corporativement » se développer. Il s'agit alors d'un mélange subtil entre solidarité sociale consentie entre membres d'un groupe et aussi risque d'assurance pour la maladie ou pour une pension pour les vieux travailleurs.

Dans cette optique, les mouvements ouvriers, et notamment ce qu'on a coutume d'appeler le « socialisme utopique », ont joué un très grand rôle. L'adjectif « utopique » n'est guère flatteur, mais il venait de ses détracteurs marxistes qui usaient de ce qualificatif avec un dessein clairement péjoratif. Les Marxistes voyaient dans les sociétés de secours mutuel une sorte « d'emplâtre sur la jambe de bois » d'un capitalisme résolument condamné, selon leurs analyses, dans ses contradictions internes. Ce « solidarisme » devenait donc, à leurs yeux, une façon de mieux faire supporter par les masses ouvrières l'exploitation capitaliste, et donc de retarder son inéluctable chute. Pour les socialistes dit « utopiques » au contraire, cette forme d'action était autant de bienfaits immédiats pour les travailleurs, bienfaits qui ne se refusaient pas ; et d'ailleurs, l'obtention de ces bienfaits n'avait rien d'un octroi mais n'excluait nullement, au contraire, les luttes ouvrières pour y parvenir.

C'est ainsi que le socialiste Fourier, ministre de la II^{ème} République et promoteur des fameux ateliers nationaux, n'est pas sans influence sur la loi du 15 juillet 1850 sur les sociétés d'entraide et de secours mutuel. Cette loi sera confortée par le décret loi du 26 mars 1852. Ce « mutualisme », on le comprend, est le fait d'une volonté individuelle d'adhésion. Il ne suppose aucun caractère obligatoire, et moins encore universel. Ces « Mutuelles » ne

sont d'ailleurs pas regardées toujours avec faveur par les gouvernants et les possédants de la classe dirigeante d'alors. Elles sont en effet toujours suspectes d'être un support déguisé de contestation syndicale. Or, les syndicats sont alors interdits. Mais elle recueille le soutien de certains mouvements chrétiens progressistes qui connaissent d'ailleurs plus d'une difficulté avec leur hiérarchie ecclésiastique ; et également même le soutien d'une frange éclairée du patronat sous l'influence en particulier de la franc-maçonnerie et des sociétés de républicains modérés.

Il est un fait que ces sociétés mutualistes sont bien la matrice qui va produire plus tard la généralisation de la Sécurité sociale, et de l'Assurance maladie. D'ailleurs, ces sociétés de secours mutuel foisonnent tant et si bien qu'en 1889, sous la III^{ème} République des Jules, on ne compte pas moins de 2 millions de membres dans ces sociétés. Sur leur pression, le Parlement vote une loi du 1^{er} avril 1898 qui sera à la fois le texte fondateur du mouvement mutualiste mais aussi un des fondements de l'universalisme ultérieur. Ce texte est important car il autorise ces sociétés à fonder des dispositifs permanents en tous domaines aussi bien dans le domaine des retraites, de l'assurance vie, de l'assurance décès et accident, des établissements de soins, des cliniques chirurgicales, des pharmacies mutualistes. Dans le même temps, il ne déplaît évidemment pas à une république fortement anti-cléricale de soutenir des dispositifs qui écartent quelque peu les religieux du soin, en particulier du soin hospitalier.

2. Les progrès de la protection sociale :

Parallèlement, les dirigeants de la III^{ème} République comprennent l'intérêt d'un dispositif d'aide aux malades qui ne peuvent subvenir au coût des soins. De même, ils constatent la grande détresse de nombre de jeunes enfants, et la misère de certaines personnes âgées abandonnées à elles-mêmes. Mais en républicains modérés, ils demeurent suspicieux vis à vis de ces sociétés mutuelles accusées sempiternellement d'être des foyers du socialisme naissant et un nid de contestation syndicale. D'où leur choix de confier ces charges à des collectivités publiques sur lesquelles l'Etat pourra exercer son étroit contrôle. C'est ainsi que l'on confie aux départements via la loi du 15 juillet 1893 le soin d'organiser un dispositif d'aides médicales pour les plus démunis. La loi du 10 août 1871 qui confie les exécutifs départementaux aux préfets permet donc sans risque à l'Etat de contrôler toutes ces dépenses. Et partant de là de contrebattre les prémisses du « socialisme municipal » tant célébrées par Jean Jaurès. Au passage on note que l'on glisse avec ces textes de loi de la notion d'assurance sociale vers celle de protection sociale, avec la mise en place d'un filet protecteur pour les plus démunis sans aucun lien précis avec le travail.

On le comprend, il s'agit d'un dispositif de prise en charge des malades qui agit selon des conditions de ressources ; il n'a rien d'universel et même

d'obligatoire puisque la personne peut à la limite le refuser. Il s'agit bien d'une logique sociale, mais sélective. On peut rattacher dans le même type de philosophie la loi de 1904 pour l'aide sociale à l'enfance et celle du 14 juillet 1905 pour les personnes âgées.

3. Le parallélisme des processus :

Il est consacré cette même année puisque quelques jours plus tard la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail instaure un principe d'assurance obligatoire. Ce qui est intéressant, c'est l'apparition du principe de risque professionnel à couvrir ; ainsi que le caractère obligatoire. Bref, un principe assurantiel certes, mais qui devient obligatoire. Ce mouvement se complète d'une loi du 5 avril 1910 qui institue un régime d'assurance vieillesse lui aussi obligatoire pour les paysans et ouvriers même si ce dispositif encore trop rudimentaire trouvera rapidement ses limites.

C'est la réintégration de l'Alsace et Lorraine en 1918 qui conduit l'Etat français à mesurer l'écart de qualité existant entre les régimes de protection sociale allemands et français. L'Allemagne est certes vaincue, mais il est évident que son organisation surpasse, et de loin, la notre en ce domaine.

Il ne faudra pas moins de 10 ans pour venir à bout des lenteurs et obstructions de parlementaires suspicieux afin d'aboutir à un dispositif global d'assurances obligatoires par **les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930**. Ce système couvre les risques décès, invalidité, maternité maladie et vieillesse. Reste que ce dispositif est limité par un système de plafond de cotisation : on ne cotise de façon obligatoire que sous un plafond de revenu. De plus la loi de 1930, corrigeant pour partie celle de 1928, crée des exceptions qui limitent le caractère universel en divisant les populations couvertes. On y crée par exemple un régime spécial pour les agriculteurs. Quant à la possibilité introduite par la loi de 1930 pour les médecins de percevoir directement leurs honoraires sous une forme libérale alors que pourtant, ils sont dans cette situation de soins pour des assurés solvabilisés à 100% par de l'argent quasi-public, elle est plus que jamais d'actualité puisqu'elle perdure de nos jours. Bref, d'exceptions en limitations, on comprend bien que le dispositif n'est toujours pas universel.

Ce qu'il importe de remarquer à ce stade, c'est que la notion d'assurance maladie n'est pas le moteur des progrès sociaux avant guerre. Le système hospitalier est largement dans les mains de logiques caritatives où les religieuses prennent souvent une part prédominante. La médecine de pointe est souvent hors les murs de l'hôpital ; les cliniques privées, y compris parfois mutualistes, jouant un rôle puissant.

L'assurance maladie se constitue donc par couches et strates en empilage, sans rarement faire le ménage avec les structures existantes redondantes. Le besoin

d'universalité est certes ressenti ; mais prédomine le souci de préserver des logiques d'adhésions volontaires plus proches de choix corporatistes.

Il faut donc attendre la libération en 1944 et l'influence bénéfique du programme du comité national de la Résistance pour voir s'accomplir un pas décisif vers les notions d'universalité pour un régime d'assurance maladie obligatoire.

B. Le grand mouvement de la réforme de 1945 et ses prolongements :

D'emblée, corrigeons l'idée reçue selon laquelle la réforme de 1945 aurait instauré un dispositif obligatoire et universel d'assurance maladie. En réalité, il faut attendre la loi du 27 juillet 1999 créant une couverture maladie universelle pour parvenir à ce résultat contre la maladie dans notre pays. Il est donc plus juste de dire que le mouvement de 1945 a engagé de façon irréversible le processus de généralisation en traçant une voie qui se définit dans 2 textes principaux.

En premier lieu, l'ordonnance du 4 octobre 1945 va créer un réseau coordonné de caisses locales centrées sur plusieurs organismes. Ce réseau voudrait devenir un dispositif unique mais ne peut cependant pas aboutir à l'unité administrative. On a du mal en effet au 21ème siècle à imaginer que le salariat peine alors à dépasser 30% de la population. La France est un monde rural, centré non seulement sur ses agriculteurs, mais aussi sur ses petits commerçants et artisans ruraux auxquels s'ajoutent les professions libérales. Tout autant de métiers qui entretiennent une forte suspicion contre le salariat et n'entendent donc pas être mélangés avec lui.

Plus généralement, ceux des régimes dits spéciaux (fonctionnaires, marins, mineurs, cheminots...) vont refuser de rejoindre le régime général. Ils ne refusent pas le principe de sécurité sociale, bien au contraire. Mais ils veulent la gérer dans leur autonomie propre et avec leur propre niveau de prestation. Ils vont donc conserver pour certains d'entre eux un cadre dit « provisoire », lequel dure encore 60 ans plus tard ! Les plaidoyers du père de la sécurité sociale française, M. Laroque, n'y suffisent pas.

Les particularismes vont demeurer inflexibles. Si bien que ce que l'on va appeler alors le « régime général » est en réalité minoritaire et ne dispose en rien de la puissance qu'on lui connaît aujourd'hui et qui se construira au même rythme que le développement économique français des « 30 glorieuses ».

Le deuxième texte est l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui va s'attacher à définir aussi précisément que possible ce que sont les risques couverts. Il s'agit donc de la maternité, du risque vieillesse, du risque décès, et bien évidemment le risque maladie. Une fois encore, la sémantique est fondamentale : on parle

bien de décrire et de définir des « risques » et de les couvrir. On ne part pas en tant que telle d'une philosophie de la protection sociale qui en est seulement une conséquence.

A partir de là, une succession ininterrompue de textes et de réformes va s'attacher à mettre en œuvre ces principes dans le champ de l'Assurance maladie. On notera toutefois à ce stade le refus du principe de généralisation des assurances sociales posé dans la loi du 22 mai 1946 par les travailleurs non agricoles et non salariés, appelés les « non-non ». Et partant de là, on doit donc constater un refus d'assurance maladie unique de ces professions qui veulent dans toute la mesure du possible s'organiser par métiers.

S'agissant plus globalement de généralisation, celle-ci va en partie s'accomplir progressivement et au fil des fusions/absorptions auquel le régime général va procéder vis à vis des petites caisses souvent organisées par métiers et qui avaient pour la plupart des régimes de prestations spécifiques. Ceci s'explique par les évolutions démographiques et des transformations économiques qui sont défavorables à ces petites caisses. Les fusions ont pour avantage de « solvabiliser » collectivement les régimes en question tout en échangeant cela par une perte de pouvoir autonome et une harmonisation des régimes de prestations. Mais plus généralement, ces mouvements génèrent une répartition nouvelle des charges qui n'est pas forcément très équitable. Ainsi, les salariés du régime général peuvent ressentir l'impression de servir de bouée de secours à des systèmes en perte de vue.

C'est la loi du 9 avril 1947 qui va étendre l'assurance maladie générale obligatoire aux fonctionnaires. Lesquels, appuyés sur de puissantes mutuelles, ne veulent pas de rattachement au régime général et pas d'harmonisation de leur régime de prestations. Ce particularisme perdure encore de nos jours même s'il est plus virtuel parfois que réel, tant sur la question de la maladie les régimes sont proches pour ne pas dire identiques.

Il faut attendre la loi du 25 janvier 1961 pour qu'un régime d'assurance maladie obligatoire soit imposé aux exploitants agricoles. Contrairement à ce qui est en général affirmé, la création du régime de la loi de 1928 portait plus sur les salariés agricoles, lesquels étaient à cette époque très nombreux, que sur les exploitants propriétaires. Ceux-ci pouvaient cotiser bien sûr ; mais sur une base volontaire et non pas obligatoire.

Et dans le même ordre d'idée, il faut attendre la loi du 12 juillet 1966 pour que les irrédents « non-non » se voient imposer un régime d'assurance maladie autonome obligatoire. Ce régime est géré alors par la CANAM (caisse autonome nationale d'assurance maladie). Ce qui n'empêchera pas la « constellation » des « non-non » de gérer ses affaires d'assurance sociale à partir d'un réseau plus qu'atomisé et qui, on y reviendra, nécessitera une

réforme avec la création du RSI (régime sociale unique des indépendants) en 2005 et 2006.

C. Vers la généralisation effective de l'Assurance maladie :

Pour autant, la généralisation n'est pas encore acquise car de nombreuses catégories de population n'intègrent pas un régime d'assurances sociales du fait que leur rattachement au travail n'est pas assez clair.

La loi de 1978 ajoute un pas pour la généralisation en instaurant un régime dit d'assurance personnelle volontaire pour la catégorie « technocratiquement » baptisée « population résiduelle ». C'est à dire des personnes qui sans avoir de liens précis avec le travail ont néanmoins les moyens de cotiser pour une assurance sociale personnelle.

Enfin, la généralisation dans le sens de l'universalité de l'Assurance maladie est en principe accomplie par la loi du 28 juillet 1999 sur la couverture médicale universelle (CMU). Cette loi d'inspiration généreuse est d'une grande ambition ; elle aspire à être en quelque sorte le « chaînon manquant » de l'universalité d'un dispositif de couverture maladie.

Certes, la loi « CMU » ne surgit pas de nulle part. Elle se substitue aux systèmes d'aides médicales gérés jusqu'alors par les collectivités locales départementales via les commissions cantonales d'admission à l'aide sociale dont les imperfections et les dysfonctionnements étaient toutefois avérés. A tel point que de nombreuses personnes ne disposaient finalement d'aucune couverture pour les soins médicaux.

La loi CMU est tout d'abord un transfert au plan des principes de la protection sociale classique vers l'Assurance maladie proprement dite. On dépasse donc la loi de 1978 et l'assurance personnelle car cette loi supposait que les personnes avaient les moyens de s'assurer effectivement. Là on vise évidemment la population la plus démunie qui ne dispose pas de ces moyens. Mais le transfert d'un principe à l'autre est plus apparent que réel. Car le nouveau dispositif CMU prévoit non seulement d'affilier obligatoirement les populations concernées à un régime de base d'assurance maladie, mais il prévoit aussi - et c'est là sa novation - d'accorder le bénéfice d'une protection complémentaire afin que soient prises en charge celles des prestations que le régime de base ne prend pas en compte. C'est notamment le cas par exemple du forfait hospitalier (sorte de taxe hôtelière non reliée aux soins de l'hôpital et qui s'applique aux malades hospitalisés lors de leurs séjours).

Pour être « ayant droit » de ce dispositif, les personnes sont bien évidemment soumises à un plafond de ressources et doivent résider en France de façon ininterrompues depuis 3 mois. Contrairement à ce qui est affirmé parfois de façon polémique, ce dispositif qui s'adresse aussi aux étrangers discrimine

bien entre ceux qui sont en situation régulière en regard du séjour et ceux qui ne le sont pas. Seuls les premiers peuvent se voir affilier.

A noter que les attributaires du revenu minimum d'insertion, RMI, sont automatiquement rattachés à ce dispositif s'ils ne disposent pas déjà d'un autre système de protection. De même, ces personnes ont automatiquement droit au dispositif d'assurance complémentaire pour assurer une véritable couverture des soins des plus démunis.

Pour compléter le dispositif en ce qui concerne la protection sociale complémentaire au delà des prestations du régime de base, on notera que la loi du 13 août 2004 (cf infra) a instauré un crédit d'impôt destiné à aider les personnes qui dépassent le seuil d'admission à la CMU de moins de 15 % à prendre une assurance complémentaire. Ceci afin de limiter, autant faire que se peut, ce qu'on appelle les effets de seuils.

La notion de protection sociale n'a donc pas disparu avec la loi CMU et le « principe assurantiel » n'est qu'en apparence renforcé. D'aucuns parlent même de transfert de charge pur et simple des collectivités locales départementales vers l'assurance maladie. Mais d'autres charges sont également transférées de la part de l'Etat vers les collectivités locales par la loi du 13 août 2004 de dévolution des compétences dans le cadre de la décentralisation (handicap par exemple). Les frontières sont donc mouvantes ; et les intervenants multiples.

Une fois encore la sémantique a de l'importance : le titre même du dispositif parle bien de « couverture » et non pas d'assurance. On retiendra surtout que cette loi étend à une limite inconnue jusqu'alors le principe d'universalité avec une déconnexion totale entre le régime de prestations servies et le monde du travail. De plus, cette loi en mêlant assurance et protection réalise en partie une sorte de première synthèse entre ces deux grands principes.