

Paris, le 7 novembre 2000

Communiqué de presse

Médecins Sans Frontières dresse un premier bilan de l'application de la loi de Couverture maladie universelle (CMU)

Médecins Sans Frontières a observé les conditions de mise en oeuvre de la loi CMU de janvier à novembre 2000 sur un échantillon de 2000 consultations. Moins d'un an après la mise en oeuvre de la loi, nous observons que **ce dispositif a modifié radicalement les conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies auxquelles la loi était destinée.** Les délais d'accès aux soins variaient il y a un an de 8 jours à 10 mois sur le territoire. Ils sont actuellement d'une heure à deux mois et dans 70% des cas, la totalité des droits a été ouverte en moins d'un mois. Pour Médecins Sans Frontières, cette avancée est liée à la mise en place d'un interlocuteur unique dans l'instruction du droit des bénéficiaires : les caisses primaires d'assurance maladie.

Toutefois, certaines dispositions centrales de la loi ne sont pas mises en oeuvre. **Dans 45% des cas le principe de l'affiliation sans délai à l'assurance maladie des personnes non assurées sociales n'a pas été respecté.** Il s'agit pourtant d'un principe fondamental de la nouvelle loi. A Paris, on observe dans 18% des cas un délai supérieur à deux mois pour l'obtention de la couverture complémentaire. Ce délai est illégal. Par ailleurs, la prise en compte des situations d'urgence relevant de l'admission immédiate à la couverture complémentaire fonctionne de façon arbitraire, même avec un certificat médical.

Certains dysfonctionnement concernent plus spécifiquement **les populations étrangères** qui rencontrent encore des difficultés à faire valoir leurs justificatifs de résidence et leurs droits à l'assurance maladie. Quand elles y parviennent, elles n'obtiennent dans un tiers des cas qu'une ouverture de droits temporaire d'une durée inférieure à un an ce qui est contraire à la loi. Enfin, les personnes étrangères bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ne sont pas actuellement, reçues dans la totalité des caisses primaires d'assurance maladie.

Onze mois après l'entrée en vigueur de la loi, les obstacles persistant à l'accès aux soins concernent principalement **les jeunes de moins de 25 ans.** Une disposition essentielle de la loi, le droit à une carte d'assuré social personnelle à partir de 16 ans, permettant de consulter librement, n'a toujours pas été mise en oeuvre.

Les personnes sans domicile fixe ayant besoin d'une domiciliation pour entamer des démarches n'ont pas accès à ce service dans les grandes villes. Le décret d'application de la loi CMU faisant obligation aux bureaux d'aide sociale d'offrir une domiciliation aux personnes qui le réclament n'est toujours pas paru. **L'absence de domiciliation représente aujourd'hui le premier obstacle à l'accès aux soins des personnes en grande difficulté sociale.**

Enfin, nous constatons que la CMU a été mise en oeuvre en ignorant totalement le rôle des soignants confrontés au cours du premier semestre 2000 à un dispositif opaque et à des délais de paiement rédhibitoires. De nouvelles situations d'exclusions des soins sont à craindre si l'information et le paiement des professionnels de santé ne s'améliorent pas rapidement, en particulier dans le secteur de l'aide médicale de l'Etat. L'ensemble de ces dysfonctionnements peuvent faire échouer une loi qui fait de l'accès aux soins un droit fondamental.

Contacts : Dr Noëlle Lasne 0613266062 Emeric Languérand 0660416148

Couverture maladie universelle

Mise en oeuvre de la loi du 27 juillet 1999

**Chiffres
Analyse
Evolution
Bilan provisoire**

janvier 2000 - novembre 2000

SOMMAIRE

Introduction	Pages
1 - Quelles sont les caractéristiques des personnes reçues ?	p. 4
2 - L'affiliation sans délai à la couverture de base	p. 7
3 - Couverture complémentaire gratuite : délais d'obtention	p. 9
4 - Durée d'ouverture de droits à la couverture de base et à la couverture complémentaire	p.14
5 - La carte autonome	p.16
6 - Aide médicale de l'Etat	p.19
7 - La domiciliation	p.23
Annexes	
- Les jeunes de moins de 25 ans	p.31
- Les demandeurs d'asile	p.33
- Histoires de patients	p.37
- Fiche CMU	p.40

Introduction

Les chiffres que nous rendons publics concernent un échantillon de 2000 consultations effectuées **entre janvier 2000 et novembre 2000** dans les centres de Médecins sans Frontières à Paris, Lille, et Marseille.

Les phénomènes observés concernent donc des patients originaires de Paris et d'Ile-de-France, de Lille et de la communauté urbaine de Lille, de Marseille et de la région de l'Est de l'Etang de Berre.

Nous avons examiné auprès de cet échantillon de patients les conditions dans lesquelles l'ensemble de la loi CMU a été appliqué : ce travail concerne donc à la fois les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et les bénéficiaires de l'aide médicale de l'état.

Les outils de travail qui ont permis cette observation « en temps réel » consistent en une « fiche CMU » (en annexe) remplie systématiquement par les équipes MSF pendant 10 mois. Cette fiche a été remplie pour chaque patient reçu en cours de démarches, mais aussi pour chaque « événement CMU » comme, par exemple, la parution d'un décret ou la diffusion d'une nouvelle circulaire.

Chacune des **fiches saisies** représente la trajectoire complète d'une personne que nous avons reçue et éventuellement accompagnée dans ses démarches. L'ouverture de droits a toujours été vérifiée. Ce travail ne repose donc pas sur les informations recueillies oralement auprès de patients, mais sur l'observation des situations rencontrées directement dans les caisses primaires lors d'accompagnements, et sur les **documents examinés par les travailleurs sociaux** - récépissés, attestations de couverture de base, attestation de complémentaire.

Cette méthode a permis une observation pratiquement **en temps réel** de la loi CMU. En particulier, elle permet de saisir les variations de la mise en oeuvre de la loi dans le temps. Soulignons qu'au premier janvier 2000, la plupart des textes d'application de la loi ne sont pas encore parus et lorsqu'ils sont parus, ils ne sont pas encore à disposition des CPAM. Les caisses primaires disposent d'un « guide relais » fraîchement imprimé, très imprécis voire erroné sur certains points comme le droit des étrangers, l'admission immédiate, la carte autonome, etc. La mise en oeuvre de la loi sera fortement influencée par la diffusion progressive de ces textes d'application, qui se poursuit....

1 - Quelles sont les caractéristiques des personnes reçues ?

Une extrême pauvreté

Il s'agit de personnes en situation de très grande pauvreté : **plus de la moitié est sans aucunes ressources**. 75% d'entre elles ont dû faire une déclaration sur l'honneur pour attester de leurs faibles ressources, faute de pouvoir produire des justificatifs. Il s'agit aussi bien de jeunes n'ayant jamais travaillé et ne pouvant produire de déclaration d'impôts - **un consultant sur deux est un jeune de moins de vingt cinq ans** - que de personnes étrangères auxquelles leur statut ne donne pas droit au travail : demandeurs d'asile politique (15%), demandeurs d'asile territoriaux (11%).

6% sont au-dessus du barème de la CMU mais il s'agit également de personnes très pauvres, vivant de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse.

L'accès à l'emploi reste une exception puisque seules 4% des personnes reçues ont un salaire.

5% sont bénéficiaires du RMI, et 8% touchent une allocation d'insertion.

Cette pauvreté s'illustre également **au niveau du logement** :

- 54% des personnes reçues ne vivent pas dans leur propre logement mais sont hébergées.
- 28% ont eu besoin d'une adresse administrative pour effectuer leurs démarches, ce qui signifie qu'elle n'avait ni domicile ni hébergement stables.

Soulignons qu'à Paris, c'est 50% des personnes reçues qui ont eu besoin d'une domiciliation et 38% à Lille. Les obstacles actuels à la domiciliation, non résolus par la loi, sont en passe de représenter un obstacle majeur à l'accès aux soins.

Enfin, la population reçue ne peut compter sur un **environnement familial** : elle comporte majoritairement des **adultes isolés** puisque 89% d'entre eux sont sans ayant droit. Cet isolement a toujours été la caractéristique des populations reçues dans les centres MSF des grandes villes depuis 1987.

Une absence de couverture sociale

	National	Paris IDF	Lille	Marseille
Non assurés				

sociaux	75%	79%	60%	84%
---------	-----	-----	-----	-----

75% des personnes reçues à MSF pendant cette période sont non assurées sociales le jour de leur première consultation. Dernière photographie d'un état des lieux antérieur à la loi CMU, ces chiffres sont en rapport avec les inconvénients du dispositif antérieur : un dispositif où les droits sont d'abord « à justifier ». Comment justifie-t-on du RMI que l'on n'a pas encore touché, de l'allocation chômage qu'on attend, de l'attestation de stage rémunéré qui n'arrivera que quelques mois plus tard ? Comment réclamer l'assurance personnelle quand on en ignore l'existence comme c'était le cas de la plupart des jeunes de moins de vingt cinq ans en situation précaire ?

On observe que certaines caisses primaires d'assurance maladie étaient plus performantes en matière de délai d'ouverture de droits : c'était le cas à Lille, où le pourcentage de non assurés sociaux n'est « que » de 60%. Ce n'était pas le cas à Paris en raison, entre autres, du délai « incontournable » de deux mois pour la première immatriculation d'un jeune à l'assurance maladie.

Le dispositif antérieur favorisait les ruptures de couverture sociale et fabriquait des assurés sociaux fantômes qui ont été identifiés il y a plus de quinze ans par les organisations humanitaires. Du fait de la mise en place d'un droit permanent à l'assurance maladie sur seul critère de résidence, ces assurés sociaux fantômes devraient progressivement disparaître. Mais pour l'année 2000, ils sont encore présents, à une écrasante majorité, dans nos salles d'attente.

Une constante de l'exclusion : la discrimination des populations étrangères

Le pourcentage de non assurés sociaux au sein de la population française reçue à MSF reste très élevé puisqu'il est de 50% pour l'année 2000. Toutefois, aujourd'hui comme hier, ce sont principalement les populations étrangères qui sont victimes de cette absence de couverture sociale, par absence d'accès à l'information et ignorance des professionnels. La mise en oeuvre de la CMU ne fait pas exception, d'autant plus que la nouvelle loi élargit les conditions du droit à l'assurance maladie pour les étrangers et que ces dispositions, très nouvelles, sont encore très loin d'être connues et d'être appliquées partout. Les effets sur une meilleure couverture sociale des étrangers en situation précaire ne sont pas encore chiffrables.

2 - L'affiliation sans délai à la couverture de base

Ces personnes non assurées sociales ont-elles pu, à dater du premier janvier 2000, bénéficier comme la loi CMU le prévoit d'une affiliation sans délai à l'assurance maladie ?

En effet, la loi CMU affirme dans son article L 161-2-1: « *Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie maternité se voit affiliée sans délai au régime général de l'assurance maladie et bénéficie immédiatement des prestations.* »

	National	Paris IDF	Lille	Marseille	Etang de Berre
affiliation sans délai	54,8%	70%	100%	21,9%	0%
affiliation différée	45,1%	30%	0%	76,6%	100%

Il est rassurant de constater que la mise en application de ce principe n'a posé, dans certains cas, aucun problème : à Lille, toutes les affiliations ont été faites sans délais. A Paris, le fameux délai d'immatriculation incontournable a disparu ce qui explique en partie que l'affiliation ait été faite sans délai dans 70% des cas. A Marseille, par contre, l'affiliation sans délai reste exceptionnelle et est inconnue en milieu semi-rural.

Au total, c'est seulement dans 55% des cas que l'obligation d'affiliation sans délai a été respectée.

Comment l'expliquer ?

Ce principe est fondateur d'une nouvelle culture qui rompt avec 50 ans de protection sociale. Considérer toute personne résidente comme un assuré social présumé est une opération exactement inverse à celle qui consiste à lui demander de faire la preuve d'un statut lui ouvrant la qualité d'assuré social. Pour les agents des caisses primaires d'assurance maladie, cela consiste à mettre

en place un dispositif à l'opposé de leurs pratiques antérieures. **Nous pensons que la mauvaise application de ce point fondamental de la loi est liée au très grand retard de formation et d'information des caisses primaires pendant les premiers mois d'application de la loi.** Le plus souvent, seuls quelques agents ont été formés, rendant aléatoire l'application d'un principe qui concerne non pas seulement les plus pauvres, mais soixante millions d'assurés sociaux, puisque toute personne qui change de régime, de caisse, de ville, de statut familial ou professionnel, conserve des droits permanents à l'assurance maladie.

Toutefois, s'agissant d'un des principes fondamentaux de la loi CMU, ce constat est préoccupant : **la loi n'a été appliquée que dans un cas sur deux...**

Qui a fait les frais d'un tel dysfonctionnement ? De façon assez paradoxale, **ce sont les personnes ayant ou ayant eu des ressources, et disposant de justificatifs, auxquelles l'affiliation sans délai a été refusée.** On leur a demandé de rapporter une fiche de paie ou un justificatif et des droits de façon différée.

Le second problème posé par l'affiliation sans délai, en dehors de son aspect « révolution culturelle », **c'est la nécessité de la délivrance immédiate d'un justificatif** permettant de se faire soigner. Une carte Sésame Vitale ne se fabrique pas sur-le-champ et la remise d'une attestation de droits ouverts sans carte Sésame Vitale associée n'est pas acceptée par tous les professionnels de santé. Attitude logique puisque beaucoup d'entre eux ont reçu par écrit, au cours du premier trimestre 2000, la consigne de n'accepter que des porteurs de carte Sésame Vitale.

Certaines caisses jugent qu'il est inutile de délivrer la base sans la complémentaire et préfèrent donc différer l'affiliation et adresser par courrier à l'intéressé quelques jours ou quelques semaines plus tard l'affiliation à la sécurité sociale et l'ouverture de droits à la complémentaire.

Enfin, certaines caisses continuent à affirmer qu'il est impossible de réaliser immédiatement l'immatriculation. Ceci est infirmé par les pratiques répandues largement aujourd'hui à Paris et à Lille.

Au total, nous considérons que ce point fondamental de la loi CMU, qui ne présente de toute évidence aucune difficulté technique, reste un point de résistance et qu'il explique à lui seul le recours des intéressés à des associations humanitaires tout au long de l'année 2000.

3 - Couverture complémentaire gratuite : délais d'obtention

	National	Paris IDF	Lille	Marseille	Etang de Berre
Complémentaire < 1 mois	71,4%	68,4%	97,7%	59,2	50%
Complémentaire en 24h	46,7%	44,7%	79,5%	18,5%	0%

Ce qui caractérise les populations que nous recevons, c'est qu'elles ne peuvent avoir l'usage de leur couverture de base que si elles ont accès à la complémentaire. Elles n'ont pas d'autre alternative pour pouvoir consulter.

Rappelons que le décalage entre l'obtention de ces deux droits, obtenus à deux guichets différents aux termes de deux parcours parallèles faisant intervenir plusieurs payeurs, a très largement contribué à remplir les salles d'attente humanitaires dans le dispositif antérieur de l'aide médicale. MSF a dénoncé à plusieurs reprises un accès aux soins à plusieurs vitesses lié à la multiplicité des guichets, et a réclamé, dans le cadre de la loi CMU, la mise en place **d'un interlocuteur unique**, en l'occurrence le guichet des centres de paiement des caisses primaires.

Pour mémoire :

A Marseille, en septembre 1999, la vitesse d'accès aux soins d'un demandeur du RMI pour avoir accès à la totalité de ses droits était de quatre à huit mois.

A Lille, un bénéficiaire de l'aide médicale départementale pouvait attendre son admission quatre à neuf mois.

A Paris, une jeune de moins de 25 ans non immatriculé à la sécurité sociale mettait quatre à six mois pour avoir accès à la totalité de ses droits.

Actuellement, sur ces trois villes et dans plus de 70 % des cas, il faut moins d'un mois pour avoir accès à la totalité de ses droits : les personnes concernées peuvent donc consulter plus rapidement, et avoir accès au système de soins de droit commun. De ce point de vue, la loi CMU modifie radicalement les conditions d'accès aux soins des plus pauvres **et participe de leur intégration dans le système de soins**. Ces résultats constituent une véritable victoire contre l'exclusion des soins.

Il est encore plus réconfortant de constater que **dans 46% des cas l'obtention d'une complémentaire s'est faite en 24 heures**. Ce score est essentiellement dû, pour l'instant, au score exceptionnel de la caisse primaire de Lille mais **c'est aussi le cas à Paris dans presque la moitié des cas**. Toutefois, la situation parisienne est, en regard de cette question des délais d'obtention à la complémentaire, à examiner de près : c'est en effet à Paris que le délai légal de deux mois est le plus souvent dépassé. Pour analyser ce phénomène, il faut tenir compte de l'évolution de la mise en oeuvre de la loi.

Evolution des délais d'obtention de la couverture complémentaire

- **A Lille, dès le premier janvier 2000, l'obtention de la couverture complémentaire se fait en 1 heure**. Elle n'est jamais supérieure à 24 heures dans la communauté urbaine de Lille (Roubaix, Tourcoing) dès lors que la personne le demande, ce qui peut s'apparenter à une admission immédiate à la demande de l'intéressé, prévue par la loi.

- **A Marseille**, pendant les six premiers mois, il est pratiquement impossible d'obtenir une couverture complémentaire en moins d'un mois. Par contre, au cours du dernier trimestre 2000, la situation évolue favorablement : **les délais d'obtention sont le plus souvent inférieurs à un mois**. Les personnes ayant des délais plus longs d'accès à leur couverture complémentaire sont les **personnes ayant ou ayant eu des ressources** : c'est le cas des personnes titulaires d'une carte de séjour dont 66% ont des ressources et des français. L'existence de ces ressources entraîne des contrôles, et l'on peut supposer que ce contrôle prend du temps. Le délai de 15 jours devient la règle et l'objectif affiché de la CPAM des Bouches du Rhône est un délai de dix jours. **Il y a donc amélioration progressive du délai de traitement des dossiers**.

A Paris, la situation est beaucoup plus complexe :

- **Au cours du premier trimestre 2000**, on obtient à Paris une CMU complémentaire immédiatement dans la plupart des cas. Cette situation ne perdure pas.

- **A dater du second trimestre, l'accès aux droits différé devient la règle.**

La demande n'est plus traitée par le guichet de la CPAM qui prend les pièces et les transmet « à Bercy », un centre visiblement centralisateur. La personne s'entend dire qu'elle recevra sa complémentaire par la poste dans un délai de deux mois.

Les conséquences de ce dispositif dont se désengagent les centres de paiement ne se font pas attendre :

- les demandes de CMU ne sont plus traitées au guichet, qui n'est plus le service instructeur,
- la personne qui ressort n'est pas assurée sociale,
- elle n'a pas accès aux soins.

Il peut arriver que l'on refuse son dossier parce que l'agent du guichet estime qu'elle n'a pas droit à la CMU mais à l'Aide médicale de l'Etat. Ce refus n'est pas nécessairement notifié par écrit, il n'y a donc aucun recours possible. Voilà qui ressemble beaucoup aux refus d'instruction arbitraires et illégaux des CCASS au temps où ils recevaient les demandes d'aide médicale...

Il devient rare de voir prendre en compte une demande d'admission immédiate, y compris pour raisons médicales. En mars et en avril, on peut encore téléphoner au centre de Bercy qui accepte de faxer une admission immédiate. Au mois de mai, on nous explique dans une CPAM que l'admission immédiate « n'existe plus » et que « on ne peut plus téléphoner à Bercy ».

Parallèlement, les caisses parisiennes mettent en place des systèmes de rendez-vous totalement arbitraires baptisés « rendez-vous CMU ». On entend des propos surprenants : « on ne fait pas de CMU le mardi », « on ne fait pas de CMU le matin ». On assiste à une bureaucratisation de la CMU où le demandeur n'aurait plus du tout prise ni sur l'obtention rapide de son dossier, ni même sur l'instruction puisque le barème des ressources n'est plus calculé au guichet. **Ainsi cohabitent, dans la capitale, un texte de loi entièrement consacré à l'immédiateté du droit et un dispositif où on devient assuré social sur rendez-vous.**

Pour la première fois, au mois de mai, le délai de deux mois est dépassé par la CPAM de Paris, plusieurs bénéficiaires n'ayant toujours pas reçu leur complémentaire, et n'ayant donc aucun accès aux soins.

Le délai dépassé

Ce phénomène apparaît pour la première fois à Paris au mois de mai 2000.

	National	Paris IDF	Lille	Marseille	Etang de Berre
Complémentaire en plus de 2 mois	10,6%	18,4%	0%	14,8%	12,5%

Que dit la loi à ce sujet ?

La loi CMU prévoit que si le délai de réponse de deux mois est dépassé par les CPAM, le droit de la personne à la couverture complémentaire est reconnu.

Oui, mais avec quel document, quelle attestation consulte-t-elle ?

Elle peut écrire au service instructeur et réclamer sa carte. Aucun recours n'est prévu puisque le droit est présumé ouvert ! Ceci est un point faible de la loi ; aucun des patients victimes de ce délai dépassé de deux mois qui ait écrit pour réclamer sa carte ne l'a obtenue par retour de courrier. A titre d'exemple, un patient ayant demandé l'ouverture de ses droits le 30 mars 2000 n'avait toujours reçu de réponse le 22 juin, date à laquelle il écrit pour réclamer son attestation de complémentaire. La réponse est arrivée par courrier le 31 juillet, **soit quatre mois après la demande**. L'ensemble des personnes concernées par ce délai dépassé a dû attendre plusieurs semaines pour pouvoir consulter.

Plusieurs évolutions sont donc souhaitables :

- le maintien du rôle instructeur des centres de paiement,
- la réduction des délais dans l'ensemble des CPAM,
- la possibilité pour tout bénéficiaire de réclamer une admission immédiate à la complémentaire.

L'admission immédiate

Recevant des personnes malades, MSF a toujours utilisé le dispositif d'admission immédiate à l'aide médicale, malgré les résistances opposées par

les Centres communaux d'action sociale. La loi CMU a conservé intacte cette possibilité, pour le demandeur, de réclamer lui-même une admission immédiate.

Evolution

- Au cours du premier trimestre 2000, il n'a pas été nécessaire de se servir de cette procédure car les délais normaux d'ouverture de droit ont été très rapides. Par ailleurs, les personnes ayant réclamé seules une admission immédiate l'ont obtenue au guichet.

Aujourd'hui, l'admission immédiate à la complémentaire prévue de façon explicite par la loi reste une disposition très inégalement appliquée, même avec un certificat médical. A Marseille, une demande d'admission immédiate faite début novembre avec certificat médical à l'appui a abouti à l'envoi d'une attestation cinq jours plus tard.

A Paris, la demande d'admission immédiate avec certificat médical reste une démarche incertaine : certaines CPAM se sont mises récemment à exiger la preuve d'un rendez-vous à l'hôpital, voire à nier l'existence de cette possibilité. D'autres, l'ont délivrée sur la seule demande de la personne.

Au total :

L'adoption d'une pratique d'ouverture des droits dans des délais satisfaisants et uniformes rendra moins fréquent le recours à l'admission immédiate.

Toutefois, il nous paraît central que cette procédure fonctionne : une personne non assurée sociale au moment où elle est malade n'est pas une entité administrative incomplète dans l'attente d'être complétée mais une personne avec un corps vivant, atteint de pathologies susceptibles de s'aggraver. C'est toute la force de la loi CMU d'affirmer que l'accès aux soins ne s'attend pas. **Même si cette prise de conscience progresse, nous considérons que la mise en oeuvre du principe de l'admission immédiate par les CPAM n'est pas encore satisfaisante.**

4 - Durée d'ouverture de droits à la couverture de base et à la couverture complémentaire

La loi est extrêmement claire sur ce point : la durée d'ouverture de droits à la complémentaire est prévue pour un an. S'agissant de la couverture de base, les droits ne peuvent plus être interrompus sauf interruption de la résidence en France.

La loi CMU affirme la permanence de la couverture de base à l'assurance maladie pour tout résident. Le seul problème est donc de savoir à quel moment, à quelle fréquence et par quels moyens on contrôle la résidence. Un texte officiel vient tardivement répondre à cette question : la circulaire du 5 mai 2000 prévoit explicitement que les contrôles de la résidence en France doivent se faire au moment où l'on réexamine le droit à la complémentaire, **donc tous les ans**, et que, pour cette raison, **la durée de la couverture de base et de la couverture complémentaire doivent être identiques.**

Les dysfonctionnements

Le caractère tardif de ces précisions indispensables explique sans doute que **dans 35% des cas les droits à la couverture de base aient été ouverts pour une durée inférieure à un an.**

Cette anomalie ne concerne que les populations étrangères détenant des titres considérés comme précaires - récépissés, convocations. Les dates d'ouverture de droits à l'assurance maladie coïncident alors avec la date du récépissé.

Evolution

- Au premier trimestre 2000, ce dysfonctionnement est la règle.

- Au dernier trimestre 2000, ce dysfonctionnement perdure dans un tiers des cas et se complique parfois, dans près 20% des cas, **d'une ouverture de droits à la complémentaire inférieure à un an. Le pire des dysfonctionnements persistant à ce jour est la combinaison d'une durée d'ouverture des droits dissociée pour la base et pour la complémentaire : un an pour la complémentaire mais seulement quelques mois pour la couverture de base**, les dates d'ouverture de droits concordant avec les dates des documents présentés par l'étranger.

Cette durée d'ouverture de droits différente pour la couverture de base et pour la couverture complémentaire provoque auprès des professionnels de santé les problèmes que l'on imagine...

- Au mois de mai, on voit apparaître pour la première fois à Marseille la notion de « droits permanents » à la couverture de base, qui figure telle quelle sur une carte d'assuré social. Sur une autre carte, il n'y a plus de date indiquée pour la fin des droits : la loi est appliquée à la lettre et dans son esprit.

5 - La carte autonome

La loi CMU prévoit que tout « ayant droit » ait accès à sa propre carte d'assuré social. L'ayant droit est la personne qui peut bénéficier des prestations de sécurité sociale, non à titre personnel, mais du fait de ses liens avec l'assuré.

Le dispositif antérieur

Pour mémoire, antérieurement à la loi CMU :

- Un conjoint qui ne travaille pas ne peut pas consulter sans demander à l'autre la carte d'assuré social, puisqu'il ne dispose pas de sa propre carte
- Un conjoint séparé peut se retrouver du jour au lendemain sans carte d'assuré social et ne peut consulter. Les enfants figurent uniquement sur la carte de celui qui est assuré social en son propre nom.
- Un jeune de seize ans qui souhaite voir le médecin sans en parler à ses parents est privé de toute confidentialité.
- Un jeune de dix sept ans peut être assuré social en son propre nom s'il travaille ou s'il est en stage. Ce n'est pas le cas s'il est sans activité.
- Un jeune de dix huit ans qui est ayant droit de ses parents peut obtenir une carte autonome s'il la réclame

Qui étaient les plus pénalisés par ce système ?

- Tous les jeunes de moins de dix huit ans contraints de rester ayants droit de leurs parents et n'ayant pas droit à une carte autonome. Les jeunes sont nombreux à faire la demande de cette « carte autonome », qui leur permet de consulter à leur guise.
- Les jeunes non scolarisés après 16 ans, en rupture familiale ou vivant éloignés de leur famille, et sans ressources. **Ils constituent un groupe majoritaire parmi les jeunes consultant à MSF.** (cf. annexe)
- L'ensemble des jeunes vivant des relations éphémères ou liées simplement à leur mobilité naturelle : mobilité géographique, mobilité professionnelle et familiale. Que faire lorsque deux jeunes annoncent qu'ils vivent ensemble ? Pour l'administration, si l'un a une couverture sociale, l'autre est « ayant droit

de l'assuré ». Mais dans le cas d'un couple éphémère, comment monter une protection sociale qui reposerait sur la notion d'ayant droit ? Que se passe-t-il pour un jeune en hébergé chez un ami ? Des couples ou des familles purement administratives sont créés parce que le jeune peut se trouver porté sur la sécurité sociale d'un assuré avec lequel il a de vagues liens épisodiques, voire conflictuels.

La loi CMU

La loi CMU permet que l'on soit assuré social de la naissance à la mort. Mais à quel moment devient-on assuré social à titre personnel ? Lors de l'avant projet de loi, **MSF réclame la mise en place d'un droit personnel à l'assurance maladie dès l'âge de seize ans.**

Cette proposition ne sera pas le choix du législateur, qui maintient la qualité d'ayant droit mais institue un droit à la carte autonome de sécurité sociale, dès l'âge de seize ans.

Il est prévu que cette carte soit adressée automatiquement par la poste à tous les ayants droit, sauf aux enfants qui peuvent la demander dès seize ans.

Enfin, la loi prévoit qu'un jeune de seize ans en rupture familiale puisse demander sa propre sécurité sociale.

Mise en oeuvre de la carte autonome

Cette disposition de la loi connaît un destin très particulier.

Dés janvier 2000, la CNAM annonce qu'il ne lui sera pas possible de mettre en place la carte autonome pour tout ayant droit en l'an 2000. Elle prévoit par contre de la délivrer à ceux qui la demanderont. Elle rappelle, par ailleurs, que la Carte Sésame Vitale I est une carte familiale et qu'il existe donc une contradiction de taille entre les exigences de la loi et les supports dont on dispose actuellement.

11 mois plus tard nous constatons que si les situations de jeunes en rupture familiale ont globalement été prises en compte, **aucune carte autonome n'a été délivrée sur demande à nos patients.** Les équipes MSF ont pourtant réservé cette demande à des situations sans ambiguïtés et sans issue. Par exemple, pour une femme qui quitte brutalement son conjoint avec ses enfants et réside dans une autre ville. Pour un jeune en rupture familiale ayant droit de ses parents. Dans chacune de ces situations, un refus total a été opposé.

Ce droit nouvellement acquis est pour l'instant inappliqué.

Nous soulignons qu'il s'agit d'une avancée majeure de la CMU qui permettrait :

- à des milliers de jeunes de consulter de façon autonome et confidentielle, en particulier en matière de prévention,
- à des conjoints de consulter librement,
- à des conjoints séparés d'avoir tout simplement accès aux soins.

Rappelons enfin que le dispositif est toujours insuffisant pour les enfants de conjoints séparés qui ne peuvent figurer que sur la carte de l'un des deux conjoints.

En Octobre 2000, la CNAM annonce pour février 2001 la mise en place de la carte autonome. Elle précise également que les enfants de conjoints séparés pourront apparaître sur les cartes d'assuré social de leurs deux parents. Nous serons vigilants sur la mise en oeuvre de ces deux dispositions.

6 - Aide médicale de l'Etat

Ce dispositif d'accès aux soins est réservé comme on le sait aux personnes sans titre de séjour ne pouvant apporter la preuve d'une démarche en cours auprès de la Préfecture.

Délais d'obtention

L'Aide médicale de l'Etat (AME) est obtenue en moins d'un mois dans 84% des cas et en 24 heures dans 40% des cas. Les délais d'obtention sont donc satisfaisants. A noter, qu'il n'y a pas d'autonomie du droit puisqu'une seule attestation est remise à la famille. La remise d'attestations personnelles serait souhaitable. Par contre, le dispositif AME présente plusieurs dysfonctionnements graves.

Dysfonctionnements concernant la nature des justificatifs :

Qui relève de l'Aide médicale de l'Etat ? La plus grande confusion a régné jusqu'au second trimestre 2000. La tendance est alors d'intégrer au dispositif de l'Aide médicale de l'Etat tout étranger qui ne se présente pas avec une carte de séjour.

En février 2000, à Paris, un demandeur d'asile politique qui ne touche pas encore l'allocation d'insertion n'est pas considéré comme assurable et se voit proposer l'Aide médicale de l'Etat.

- A Marseille, un étranger qui montre une convocation spécifiant qu'il a droit à une carte de séjour comme conjoint de français n'obtient pas la CMU à laquelle il a droit, mais l'AME.

- A cette date, 80% des demandeurs d'asile territoriaux présentant une attestation préfectorale du dépôt de leur demande d'asile sont affiliés d'office au dispositif de l'aide médicale.

- **En novembre 2000**, ils ne sont plus que 20%.

Il a fallu attendre la circulaire de mai 2000 pour sortir de l'arbitraire et voir préciser que ne relèvent de l'Aide médicale de l'Etat que les personnes étrangères ne pouvant apporter la preuve d'une démarche en cours.

Dysfonctionnements concernant la durée d'ouverture de droits

Dans 33% des cas, les droits ont été ouverts pour une durée inférieure à un an alors que la loi prévoit formellement un droit d'un an. Les durées sont très arbitraires - un mois, trois mois, six mois - souvent calquées sur la date du document présenté par la personne étrangère, document qui le plus souvent, devrait lui ouvrir un droit à la CMU...

Au dernier trimestre 2000, les droits à l'AME sont ouverts partout pour un an sauf à Lille où la première AME d'un an n'est obtenue qu'en octobre 2000.

Dysfonctionnements concernant le dispositif d'accueil des populations

Premier trimestre 2000

Dans les régions les plus concernées par ces populations – Paris/Ile-de-France et Bouches-du-Rhône, le choix a été fait de réserver certaines antennes des caisses primaires à l'accueil de cette population qui ne peut donc se présenter dans le centre de paiement dont elle dépend.

Dans le département des Bouches du Rhône, un seul centre CPAM est désigné dans tout le département pour traiter ces dossiers. Ce centre concentre donc toute la population des personnes sans titre de séjour du département.

En plus de son **caractère gravement discriminatoire**, les conséquences concrètes de ce dispositif sont les suivantes :

- Les personnes n'habitant pas Marseille envoient leur dossier par courrier. Aucun lieu d'information sur l'aide médicale de l'état n'existe dans la ville où elles habitent.
- Les erreurs sont fréquentes entre AME et CMU puisque le dialogue sur les pièces justificatives est impossible.
- Lorsque l'erreur a été constatée, le passage de l'un à l'autre est de un à deux mois, alors qu'il s'agit d'aller de la CPAM à la CPAM...

A Paris, ces populations sont adressées systématiquement aux antennes CPAM des hôpitaux. Très vite, les bouchons se forment et l'organisation de rendez-vous se met en place. **Fin mars à Paris, les délais pour obtenir un « rendez-vous d'Ame » varient de huit à 45 jours selon les hôpitaux. La situation est identique dans bon nombre de départements d'Ile de France.** Il n'est évidemment plus question d'admission immédiate.

Saisis de cette question, les services de la DASS de Paris argumentent que ces dossiers seraient « spécifiques » et réclameraient un personnel particulièrement formé. **Tout indique au contraire que la constitution d'un dossier d'Ame est particulièrement rapide** : pas de justificatif de résidence, utilisation fréquente de la déclaration sur l'honneur pour les ressources, le tout prend moins d'un quart d'heure.

- Pendant ce temps, à Lille, les agents CPAM instruisent les dossiers Ame et les dossiers CMU dans toutes les caisses sans exception, et sans difficulté particulière...

Situation fin 2000

MSF saisit le directeur de la CPAM des Bouches du Rhône qui s'engage à supprimer ce dispositif avant la fin de l'année. En 2001, les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat pourront s'adresser au centre de paiement dont ils dépendent.

A Paris, les files d'attente se sont résorbées et les délais d'obtention de l'Aide médicale de l'Etat sont de 24 heures. Par contre, ces populations sont toujours reçues exclusivement dans les hôpitaux à Paris et dans des centres spécifiques en Ile de France.

Nous soulignons que le droit ne peut s'exercer dans ces conditions. En effet, quels sont les étrangers qui devraient se présenter dans ces antennes « spécialisées » et un peu spéciales ? Un étranger sans titre de séjour ? Non, pas s'il a une convocation. Un étranger débouté du droit d'asile ? Non, pas s'il est en maintien de droit. Un étranger sans récépissé demandeur d'asile territorial ? Non, s'il a un justificatif de demande d'asile. Un étranger assigné à résidence ? Non, il a droit à la CMU. On ne peut maintenir les étrangers résidant en France dans l'ignorance de leurs droits et leur demander de se sélectionner eux-mêmes en s'adressant d'emblée et exclusivement au guichet dont ils relèvent.

Ce dispositif est inacceptable. Nous réclamons sa disparition rapide sur l'ensemble du territoire.

Dysfonctionnement concernant le paiement des professionnels de santé

Au premier janvier 2000, l'information la plus répandue auprès des professionnels de santé concernant l'AME porte sur sa disparition. Les premiers bénéficiaires de l'AME se verront refuser des soins par ignorance avec la

mention « l'AME n'existe plus, allez donc demander la CMU ». A Paris, la confusion s'accroît du fait que les anciens formulaires AME sont toujours utilisés.

Dans le courant du premier trimestre 2000, les réticences resteront fortes, en particulier chez les pharmaciens, dont beaucoup ne sont pas informés des modalités de paiement pour le dispositif CMU lui-même.

En octobre 2000, sur cinquante pharmaciens contactés en Ile-de-France, 40% acceptent les bénéficiaires de l'AME en se plaignant de difficultés de paiement. Ils précisent n'avoir pas été payés pour les actes faits en janvier et février 2000. Un tiers n'accepte que « les gens du quartier » et un tiers n'acceptent pas du tous les bénéficiaires de l'AME du fait des retards de paiement. Tous se plaignent d'un déficit global d'information sur le fonctionnement de l'AME.

7 - La domiciliation

Toute personne sans résidence stable doit obtenir une adresse administrative, c'est à dire une domiciliation, en préalable à toute démarche.

Aujourd'hui la domiciliation concerne :
50% des patients reçus au centre MSF de Paris,
38% des patients consultant au centre MSF de Lille.

Antérieurement à la loi CMU

Cette obligation est facteur d'extrêmes difficultés, car personne ne veut offrir ce « service » de domiciliation. Cette charge n'intéresse ni les services publics, ni les associations qui en craignent les effets de masse. En effet, la domiciliation est une contrainte importante pour celui qui la propose car elle nécessite la mise en place de boîtes aux lettres, le suivi du courrier, des files d'attente quotidiennes, etc. Aucun financement n'est proposé aux centres communaux d'action sociale en échange de ce service. Ils sont d'ailleurs invités - et non contraints par la législation - d'effectuer la domiciliation des personnes sans domicile fixe. Cette invitation ne rencontre aucun succès : **à Marseille**, deuxième ville de France, aucun CCASS n'effectue de domiciliation. A Paris, quatre bureaux d'Aide sociale transformés en ghettos et, pour certains d'entre eux, en camps retranchés, effectuent des domiciliations.

La question de la domiciliation est donc systématiquement à la charge des associations. Celles ci, du fait de la surcharge et de la concentration des demandes, sont amenées à opérer une sélection draconienne et arbitraire. **Une enquête MSF réalisée en Ile-de-France en juillet 1997 montrait, par exemple, que 40% des associations effectuant des domiciliations refusaient les étrangers...**

Un droit aussi élémentaire que le droit à une adresse, pour des gens qui n'ont ni logement, ni hébergement, ne peut être laissé à la charge d'associations et doit être une mission de service public. Pour cette raison, MSF a réclamé que soit inscrit dans la loi contre les exclusions, puis dans la loi CMU, l'obligation pour le service public d'offrir une domiciliation.

La loi CMU prévoyait de fixer par décret une obligation de domicilier pour les CCASS. Ce décret n'est pas paru...

Evolution

Aucune amélioration n'est donc observée dans ce domaine.

A Paris, aucun CCASS n'accepte de domicilier une personne sans domicile en dehors des quatre centres désignés qui trient soigneusement leur population, et en particulier les étrangers. Les rares associations qui continuent à domicilier trient également et font payer une prestation que la loi définit comme gratuite.

A Marseille, aucun service public d'arrondissement ne domicilie. Par contre, **en date d'octobre 2000, pour la première fois, les antennes hospitalières des centres communaux d'action sociale acceptent de pratiquer cette domiciliation.** Il s'agit certes d'une avancée dans le principe, mais dans les faits, la volonté de drainer les personnes sans domicile fixe sur l'hôpital, ou plus exactement de les maintenir éloigné des bureaux d'aide sociaux de proximité contribue non à l'intégration mais à l'exclusion de cette population. A Paris, aucun bureau d'aide sociale d'arrondissement ne domicilie. Quand la domiciliation sera-t-elle possible dans chaque bureau d'aide sociale d'arrondissement ?

La question de la domiciliation reste un problème permanent et représente aujourd'hui **le premier obstacle à l'accès aux soins des populations en grande difficulté sociale.**

CMU : bilan global

Le nombre de bénéficiaires

Moins de 5 millions de personnes sont aujourd'hui bénéficiaires de la CMU. Un bilan honnête du nombre exact de bénéficiaires ne pourra se faire que lorsqu'on cessera de prolonger automatiquement des droits à l'aide médicale ouverts antérieurement. Cette prolongation est prévue jusqu'en juin 2001.

On peut dès aujourd'hui souligner que :

- Le nombre de bénéficiaires est très supérieur à celui des bénéficiaires de l'ancienne aide médicale. **Pour les deux millions et demi de personnes qui payaient leurs soins médicaux hier et qui ne les paient plus aujourd'hui, l'avancée est indiscutable.**

- Le nombre de bénéficiaires est toutefois inférieur aux 6 millions annoncés. Pour MSF, il est clair que **les plus pauvres ont intégré le dispositif** (ils n'ont pas d'autre choix) **c'est donc vers les moins pauvres qu'il faut se tourner** : les personnes travaillant à temps partiels, touchant de faibles salaires. Ces personnes sont assurées sociales et travaillent. Elles ne s'identifient pas à des personnes ayant droit à une complémentaire gratuite. Ce d'autant plus que toute la communication de la loi CMU s'est fait sur le thème de la loi contre les exclusions. Il nous semble nécessaire d'informer aujourd'hui tous les assurés sociaux de ce dispositif. La CNAM a initié cette information individuelle des assurés sociaux au début de l'automne. **Par ailleurs, une campagne d'information ciblée sur les personnes occupant des emplois non qualifiés et travaillant à temps partiel nous paraît nécessaire.**

L'effet de seuil

La loi CMU restaure un peu d'égalité dans l'accès aux soins des plus pauvres. Elle génère aussi des inégalités incontournables : faute de penser un dispositif en aval de la loi, les politiques ont induit via la loi CMU un effet de seuil caricatural, qui touche de plein fouet ceux qui ne sont pas assez pauvres pour bénéficier de soins médicaux gratuits et pas assez riches pour avoir accès à une complémentaire. En négligeant de prévoir la moindre mesure permettant de gommer l'effet de seuil, comme **le tiers payant généralisé**, réclamé par toutes les associations, ou **l'aide à la mutualisation**, on a créé un système fermé sur lui-même. La nécessité de mettre en place une aide à l'accès à la complémentaire saute aux yeux. **Pour MSF, les Conseils généraux ont un**

rôle de premier plan à jouer sur ce point, en partenariat avec les organismes complémentaires intéressés. Car quel que soit le niveau du seuil adopté ou révisé, rien ne remplacera la mise en place d'un dispositif en aval de la CMU, si l'on veut lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

CMU : les points forts

L'accès aux soins comme droit fondamental

Il y a un an, il était de règle de sortir de son centre de sécurité sociale sans accès aux soins. Aujourd'hui, il devient possible d'en sortir, le jour même, avec la totalité de ses droits ouverts. La nature de ces droits n'est pas forcément la bonne : confusion entre droit à la CMU et droit à l'AME pour les personnes étrangères, erreurs sur la durée de prise en charge, mais ces droits permettent de se faire soigner, immédiatement, dans le système de droit commun. Ce qui disparaît sous nos yeux et qui a fait l'objet de notre présence dans un pays riche et médicalisé, c'est le non-soin.

Tout résident régulier est **présupposé assuré social** : cet axiome de la CMU n'inverse pas que la logique des textes. Elle inverse surtout la réalité vécue par les individus en difficulté sociale, en faisant de l'accès aux soins un droit fondamental qui ne s'échange pas, qui ne se mérite pas, et qui dure même si on ne peut plus payer ses cotisations.

Le régime déclaratif

Si le respect du critère de résidence n'est pas encore systématique, la culture du droit « à justifier » régresse : dans 75% des cas, la déclaration sur l'honneur a été utilisée et reconnue par les caisses primaires. Ce régime déclaratif, qui permet de considérer que le bénéficiaire est « **présupposé pauvre** » et l'usage élargi de la déclaration sur l'honneur qui sont pourtant aux antipodes de la culture des caisses primaires, n'a pas fait de vraies difficultés.

Les délais d'ouverture de droits

L'amélioration spectaculaire des délais d'ouverture du droit, tant pour la base que pour la complémentaire, pour la CMU comme pour l'AME, représentent une première victoire.

<p>1 heure à Lille, 15 jours à un mois à Marseille, Un à deux mois à Paris et en Ile-de-France.</p>
--

Pour MSF, ce résultat est lié à la mise en place d'un interlocuteur unique : les caisses primaires d'assurance maladie. Les nostalgiques de l'aide sociale en sont pour leurs frais. Les populations les plus exclues et les plus marginalisées ont trouvé le chemin des caisses primaires où elles ont été reçues et prises en charge.

CMU Les points faibles

La reconnaissance des justificatifs de résidence :

En l'absence de texte d'application, la nature des justificatifs pris en compte par les CPAM pour preuve de la résidence régulière en France a été dans un premier temps extrêmement conformiste et peu en rapport avec la nouvelle législation : carte de séjour, récépissé avec versement d'allocations, etc.

La prise en compte des « nouvelles » preuves était inexistante et très inégale d'un département à l'autre, en particulier concernant les demandeurs d'asile politique.

La circulaire de Mai 2000 a éclairé plusieurs points. Mais cette question de la reconnaissance des justificatifs de résidence ralentit toujours la mise en oeuvre de la loi concernant les populations étrangères. Elle est aujourd'hui la principale source de litiges et de recours. Toutefois, au dernier trimestre 2000, nous avons constaté une évolution dans la prise en compte de ces justificatifs.

La durée d'ouverture du droit

Les dysfonctionnements portant sur des durées de prise en charge d'une durée inférieure à un an perdurent aujourd'hui dans un tiers des cas et les populations étrangères en sont les principales victimes.

L'accueil discriminatoire des étrangers sans titre de séjour dans des lieux spécifiques

Cette question est en voie de règlement dans les Bouches-du-Rhône mais n'est toujours pas réglée à Paris. Pour MSF, il s'agit d'un dispositif d'exclusion inacceptable au sein même du service public.

CMU : les points très faibles

Le droit d'option

Le droit d'option des bénéficiaires de la CMU pour le choix de leur couverture complémentaire doit leur permettre de confier la gestion de cette **couverture complémentaire gratuite, soit à une caisse primaire soit à un organisme privé**. L'exercice de ce droit souffre d'un retard considérable en matière de textes d'application et d'outils d'information :

- Les listes d'organismes complémentaires agréés n'étaient pas opérationnelles au 1er janvier 2000. Elles ont été rendues publiques au cours du second trimestre. **Les caisses primaires d'assurance maladie ont donc été les seules, jusqu'à cette date, à pouvoir proposer une couverture complémentaire**. Une fois rendues publiques, ces listes se sont avérées tragiquement inutilisables : les adresses régionales, locales et départementales sont logées à la même enseigne. Il est impossible de distinguer un assureur d'une mutuelle : où est le choix du bénéficiaire ?

- Les accords concernant le tiers payant nécessaire pour les professionnels de santé n'ont pas été signés avant le mois de juin 2000 !

- Enfin, et surtout, le principal avantage prévu par la loi à intégrer un organisme complémentaire pour la prise en charge de la CMU réside dans la possibilité, au sortir du dispositif, de bénéficier d'un tarif préférentiel pour conserver les mêmes garanties pendant un an. Ce « tarif préférentiel » devait être fixé par décret. En novembre 2000, 11 mois après la mise en oeuvre de la loi, il ne l'est toujours pas !

Le droit d'option est actuellement inexistant pour les plus pauvres, du fait de l'absence d'information claire sur les choix qui leur sont ouverts. Aucun agent de caisse primaire n'a les moyens de donner à un bénéficiaire les éléments d'un choix prévu par la loi.

Le dispositif CMU fonctionne depuis près d'un an sans droit d'option.

L'effet de seuil

Il n'est pas traité par la loi CMU

La domiciliation

Des blocages incompréhensibles sur cette question dans le refus de contraindre officiellement les bureaux d'aide sociale des mairies à effectuer cette tâche. MSF réclame la publication du décret rendant cette mesure annoncée par la loi effective.

L'autonomie du droit

Prévue par la loi, elle est aujourd'hui inexistante en France, toute population confondue.

L'information, la formation et le paiement des professionnels de santé

Au premier trimestre de l'année 2000, la non information des professionnels de santé est totale : elle porte sur le dispositif lui-même, sur les moyens de se faire payer et sur les méthodes à utiliser. On peut considérer que la CMU a été mise en oeuvre en ignorant totalement le rôle des soignants.

Cette situation donnera lieu non à des refus de soins comme on l'a souvent dit, **mais à la mise en difficulté financière de soignants déjà engagés auprès de cette population** : médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens recevant depuis toujours des bénéficiaires de l'aide médicale brutalement démobilisés par un dispositif opaque.

Onze mois plus tard, la situation est encore hétérogène. Le paiement et l'information des professionnels de santé concernant l'Aide médicale de l'Etat sont indigents. Concernant la CMU, les résultats sont très variables d'une région à l'autre. Les médecins n'utilisant pas la télétransmission sont fortement pénalisés.

Nous souhaitons faire en janvier 2001 un état des lieux du fonctionnement du dispositif CMU pour les professionnels de santé. En effet, si la situation ne s'améliore pas radicalement dans ce domaine, bon nombre de personnes concernées par la loi CMU risque de rester au seuil des cabinets médicaux.

Annexe 1

Les jeunes de moins de 25 ans

Dernière photographie avant la loi CMU des jeunes de moins de 25 ans venant consulter à MSF

Relations familiales

A la question « avez-vous des relations avec vos parents ? »

51 % ont des relations avec les deux.

20% n'ont aucune relation avec l'un ou les deux parents.

Logement

57 % de nos consultants ne vivent ni chez leur père, ni chez leur mère.

14 % avec les deux.

12% avec l'un des deux.

Où vivent ceux qui ne sont plus chez leurs parents ?

52,5% vivent en appartement. Parmi eux, 51 % sont hébergés.

18 % vivent en foyer.

11 % vivent en hôtel.

3 % en CHRS.

9,4 % sont à la rue.

2 % vivent dans un squat.

Remarques :

1) La tranche d'âge la plus représentée est 17 ans (12,3%), âge de toutes les ruptures (y compris en terme de protection sociale).

2) A 16 ans, parmi ceux interrogés, quatre jeunes sur cinq vivent encore chez l'un ou les deux parents.

3) A 17 ans, seul un jeune sur cinq vit encore chez l'un ou les deux parents.

17% ont eu recours à la domiciliation pour pouvoir bénéficier d'une adresse administrative afin d'établir un dossier d'aide médicale qui sera pris en charge par l'aide médicale.

Annexe 2

Les demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile

Oubliés de la loi CMU comme pratiquement de tous les dispositifs d'accès aux soins depuis quinze ans, espèce en voie de disparition chronique, les demandeurs d'asile sont rattrapés « in extremis » par un décret de la loi CMU qui rappelle que la condition de « stabilité » ne leur est pas opposable, et qu'il n'y a pas lieu d'attendre trois mois pour leur ouvrir des droits à la CMU.

Les concernant, ces précisions sont largement insuffisantes : la démarche d'asile passe par une multitude de supports et les pratiques des préfectures ne sont pas homogènes, les délais de traitement des demandes encore moins.

Les demandeurs d'asile politique représentent actuellement 14% des patients reçus à MSF.

Dans un premier temps, les CPAM vont s'obstiner à ne prendre en compte que les demandeurs d'asile politique percevant l'allocation d'insertion ou titulaires d'un récépissé. En dehors de ces deux situations, il n'est pas question d'ouverture de droit à la CMU. MSF effectue en mai 2000 son premier recours à Paris pour refus d'affiliation pour une jeune femme demandeuse d'asile, munie de la notice d'asile remise par la préfecture et de deux convocations successives en préfecture.

Cette question va progresser puisqu'en juillet 2000, nous obtenons une couverture de base et une complémentaire à Paris pour une personne présentant une autorisation provisoire de séjour portant la mention « en vue démarches auprès de l'OFPRA », ce qui signifie que la personne a demandé d'asile, mais le mot asile n'apparaît pas...

Le parcours de Madame Allo, demandeuse d'asile politique, montre bien qu'une fois réglée la question des justificatifs de résidence, le doute persiste sur la durée d'ouverture des droits. Nous avons intitulé cette histoire « Jamais trois sans quatre »

Jamais trois sans quatre

Madame Allo est nigériane. Elle a 20 ans et vient consulter pour des problèmes gynécologiques. Elle a demandé l'asile politique et possède un récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugiée. Elle bénéficie de l'allocation d'insertion.

Selon la loi :

- Elle a droit à l'assurance maladie parce qu'elle réside en France régulièrement.
- Elle est exonérée de la condition de stabilité de trois mois en France car elle est demandeuse d'asile, comme en atteste son récépissé.
- Bénéficiant de l'allocation d'insertion, elle peut être affiliée à un régime d'assurance maladie et son maintien de droits à une couverture de base est de quatre ans.
- Elle a droit à une complémentaire gratuite d'une durée d'un an pour les mêmes raisons et du fait que ses ressources sont inférieures à 3500 F. par mois.
- Tous les ans la CPAM doit vérifier la réalité de sa résidence en France.
- Son affiliation à la couverture de base doit se faire sans délais et son admission à la couverture complémentaire doit être immédiate car elle présente un certificat médical précisant que sa situation l'exige.

Elle se présente le 23 juin 2000 à la caisse dont elle dépend, accompagnée et munie de son récépissé valable jusqu'en juillet 2000. Elle ressort avec une admission immédiate d'un an à la couverture complémentaire et une ouverture de 15 jours à la couverture de base... La date de fin de droits est celle du tampon du récépissé.

Ses droits à l'assurance maladie sont donc « périmés » au moment où ils sont ouverts. Par contre, elle a droit à une complémentaire dont elle ne peut pas se servir.

Le second accompagnement a lieu le 28 Juin. MSF obtient pour elle la prolongation de ses droits jusqu'au 27 Juillet, date à laquelle elle est convoquée en préfecture.

Le troisième accompagnement a lieu le 17 juillet, date à laquelle on aligne ses droits sur les dates du récépissé suivant, cette fois jusqu'au 23 octobre.

Le 24 octobre, madame Allo, qui a est obstinée et qui n'est à nouveau plus assurée sociale, se présente seule dans son centre avec un récépissé valable jusqu'au 29 janvier 2001. Mais cette fois elle remporte le jackpot : ses droits à l'assurance maladie sont ouverts jusqu'au 31 mai 2004, date de la fin du maintien de ses droits à l'assurance maladie liés à son allocation d'insertion. Voilà, il suffisait de vouloir...

La circulaire de mai 2000 a permis d'éclairer les caisses primaires sur les droits des demandeurs d'asile politique et leur a adjoint les demandeurs d'asile territoriaux.

Les demandeurs d'asile territorial sont des étrangers résidant régulièrement en France et ayant fait une demande d'asile en raison de persécutions exercées

dans leur pays d'origine non par l'Etat, mais par des groupes armés. Cette catégorie a été créée par la loi Chevènement de 1997. L'obtention d'un asile territorial reste discrétionnaire et liée à la seule évaluation du ministère de l'Intérieur. Il n'y a pas de recours suspensif.

Les demandeurs d'asile territorial n'ont pas droit au travail. Ils n'ont aucune ressources. Ils peuvent justifier de leur demande d'asile :

- soit par un rendez-vous en préfecture précisant la liste des pièces à déposer pour une demande d'asile territorial,
- soit par une attestation de dépôt de demande dont la date de validité n'est pas précisée et qui ne sera pas renouvelée,
- soit, beaucoup plus rarement, par un récépissé. Il n'est pas rare qu'une année passe sans qu'ils reçoivent de réponse et dans ce cas, aucun nouveau document ne leur est envoyé.

La plupart des demandeurs d'asile territoriaux sont algériens. **Ils représentent 11% de la population reçue à MSF en 2000.**

Cette population est inconnue des services administratifs et les CPAM ne font pas exception : le premier problème est de les identifier, malgré la diversité et le caractère anarchique des pratiques préfectorales les concernant.

Dans le meilleur des cas ils sont assimilés à des demandeurs d'asile politique et dans ce cas, les CPAM les mieux informées vont exiger un récépissé au bout de quelques mois, pièce qu'ils ne peuvent le plus souvent pas fournir.

A Marseille, pendant les six premiers mois de l'année, la CPAM a annoncé que les demandeurs d'asile politique relevaient de la CMU et les demandeurs d'asile territorial du dispositif de l'aide médicale. Début septembre, changement de cap : les demandeurs d'asile territorial relèvent aussi de la CMU, ce qui déclenche quelques passages laborieux de l'une à l'autre. Début octobre, les choses se gâtent à nouveau : une CPAM de Marseille exige d'un demandeur d'asile territorial qu'il déclare sur l'honneur qu'il promet de résider 3 mois en France (?) et exige qu'il justifie de ses ressources à l'étranger.

L'accès aux droits de cette population reste fragile et réclame une présence vigilante de la part des organisations humanitaires. Il faut prévoir que leur situation, toute demande d'asile confondue, fasse l'objet d'une synthèse claire dans le prochain « guide relais » fourni aux agents des caisses primaires...

Annexe 3

Histoires de patients

Saadia

Madame Saadia est algérienne. Elle est séparée de son mari depuis deux ans. Tout se passe très mal entre elle et son mari et la communication se fait par avocat interposé. Elle vit seule à Marseille avec ses quatre enfants qui sont tous nés en France et de nationalité française, comme leur père. Elle les élève avec les allocations familiales. Elle fait partie du petit nombre de personnes qui ignorent qu'elles ont droit au RMI. C'est une femme timide qui a le plus grand mal à faire des démarches administratives.

C'est son mari qui est assuré social. Elle est son ayant droit et ne dispose pas de sa propre carte. L'aurait-elle que ses enfants resteraient sur la carte de son mari. Lorsqu'elle consulte à MSF, cela fait plus de dix huit mois qu'elle avance l'argent de tous les soins médicaux, pour elle et ses quatre enfants, sans jamais être remboursée. Ce jour là, les enfants sont à nouveau malades.

Nous l'informons de la possibilité de faire une demande de RMI et de CMU complémentaire. En une semaine, elle obtient, à notre grande surprise une sécurité sociale à titre personnel avec des droits propres, car la caisse d'assurance maladie dit ne pas pouvoir lui délivrer de carte autonome. Ses enfants figurent comme ayant droit, sauf sa fille qui est au régime étudiant mais qui bénéficie aussi de la complémentaire familiale puisqu'elle vit au foyer. 15 jour plus tard, Madame Saadia recevra son attestation d'admission à la complémentaire pour toute la famille.

Avec une carte autonome, Madame Saadia ne serait pas restée deux ans sans possibilité de consulter pour elle-même. Mais ceci n'aurait pas résolu le problème des enfants, qui ne peuvent figurer sur sa carte si elle reste ayant droit de son mari. Il est capital que le dispositif soit amélioré sur ce point.

Juliette

Juliette est française. Elle est née dans le Nord où elle a toujours vécu en zone rurale, en travaillant dans une petite ferme. Elle est âgée de 46 ans lorsqu'elle vient consulter à MSF, accompagnée par une assistante sociale...

Elle vit à présent à Lille, avec le RMI et bénéficie d'un logement social. Elle a de grosses difficultés financières et ne peut pas consulter son médecin traitant car elle n'a plus d'accès aux soins.

Elle souffre d'une hypertension connue depuis 1 an pour laquelle elle a eu un traitement mais, compte-tenu de ses difficultés financières, elle ne peut pas le suivre régulièrement.

Elle est dépressive depuis 3 ans, elle était suivie en service spécialisé mais n'y retourne plus et n'a donc plus de traitement antidépresseur.

Lors de l'entretien, nous apprenons qu'elle n'a jamais eu d'aide médicale ; or elle a déposé 2 dossiers de demande d'aide médicale qui n'ont jamais abouti car on lui réclamait un papier des ASSEDIC qu'elle ne pouvait pas fournir puisqu'elle n'a jamais été inscrite aux ASSEDIC. Elle n'y avait pas « droit ».

En février 2000, son assistante sociale lui fait remplir un dossier de CMU qu'elle lui remet mais sans joindre aucun justificatif. L'assistante sociale lui dit que dans 3 semaines environ elle devrait avoir une réponse.

Lorsque nous la recevons au 13 mars 2000, elle n'a pas de réponse. On décide de reprendre alors les démarches à la base. On l'adresse à la CPAM avec son justificatif de RMI, ses justificatifs de résidence, l'informant des documents qu'elle va avoir à remplir.

Nous ne la reverrons plus au centre ; mais au cours d'un appel téléphonique en avril, elle nous confirmera qu'elle a bien reçu **immédiatement** son attestation provisoire pour la base et la complémentaire valide 1 an à compter du 16 mars, date de dépôt de son dossier. Son histoire illustre bien les dysfonctionnements antérieurs de l'aide médicale départementale et la rapidité actuelle de la réponse de CPAM à Lille pour l'ouverture des droits. Mais cette histoire montre aussi à quel point l'information des professionnels eux-mêmes laisse encore à désirer.

Annexe 4

Fiche CMU

FICHE SIGNALEMENT CMU

Centre MSF :

Date :

Fiche remplie par :

Suivi par :

N° de dossier concerné (éventuellement) :

Objet : appel téléphonique, courrier, démarche, accompagnement, etc.

.....
.....
.....

Cette fiche concerne :	- une personne française	€
(cochez la ou les cases	- une personne étrangère	€
correspondantes)	- une personne non assurée sociale	€
	- la complémentaire	€
	- l'aide médicale Etat	€

Questions soulevées ou objectifs à atteindre :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Points positifs en regard de la loi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Points négatifs en regard de la loi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Commentaires et pièces justificatives :

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....