

La protection sociale, le droit à l'assurance maladie et la COG

1/ Sur le plan conceptuel, il y a trois étapes du XIX^{ème} siècle au XXI^{ème} siècle de développement de la protection sociale :

- dans un premier temps se développent, face aux risques sociaux liés à la révolution industrielle et à la salarisation, des caisses de secours mutuel, de l'action sociale ou de l'aide sociale. Il y a une réponse organisée mais pas de « droit objectif » de l'intéressé. Il n'est pas certain de son droit. La réponse à la demande vient de la générosité du système, des moyens disponibles, et d'une évaluation au cas par cas – la « sécurité » sociale reste très limitée.
- dans un deuxième temps se mettent en place des assurances sociales, sur un mode professionnel ou interprofessionnel : sont définis des droits objectifs (prestations d'un montant donné dus en cas de circonstances bien définies), mais l'accès aux droits est subordonné à l'affiliation et à une cotisation préalable.
C'est la cotisation qui ouvre droit. Nous sommes face à « droit certain » comme le dit Jean-Jaurès en 1910, et c'est un grand progrès. Il reste que ce droit est lié à une reconnaissance professionnelle et à une cotisation préalable.
Le droit provient donc tout à la fois d'une reconnaissance professionnelle et d'un échange monétaire. On « achète » la protection sociale.
- dans un troisième temps les droits sociaux (hors les revenus de remplacement – IJ, invalidité ou retraite) deviennent universels. Le droit ne provient plus d'une reconnaissance professionnelle et d'un échange monétaire, mais tout simplement, il est attribué en tant qu'être humain soumis aux lois de la République. La nation reconnaît alors comme droit fondamental lié à la personne des droits sociaux. Ils sont évidemment certains, et inaliénables, tant qu'on demeure soumis aux lois de la République. En termes de conception philosophique de la Protection sociale et des droits fondamentaux, c'est un changement de paradigme fondamental.

Cette dernière étape a été franchie en France avec la loi n°099-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle, en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie.

Tout résident, sous seule condition de résidence régulière et stable, bénéficie de l'assurance maladie, jusqu'à ce qu'il quitte le territoire.

L161-15-1: Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L.380.1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

Du reste pour éviter qu'un problème de gestion ou une incertitude sur un rattachement crée un risque de rupture l'article L161-15-2 stipule : Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui; il les garde à sa charge jusqu'à sa date.

Bref tout est fait pour sécuriser les personnes sur leurs droits et rompre avec toute idée de précarité des droits.

Toute interprétation, toute instruction donnant à croire qu'il y a besoin pour un résident d'une autre condition que la résidence, que ces droits pour une quelconque raison autre que le départ du territoire, pourraient cesser, être interrompus, me semble une contradiction flagrante avec l'esprit et les textes de la loi CMU, et de l'assurance maladie universelle, et renier cette troisième étape de la construction de la sécurité sociale française.

Il me semble capital de comprendre que la sécurité sociale ce n'est pas seulement avoir un droit, c'est aussi savoir qu'on a un droit, aujourd'hui et demain.

Si l'intéressé doute de la réalité de son droit actuel ou futur, si on le fait douter-malgré les textes-sur le caractère illimité de son droit, si on induit que ce droit est précaire, limité dans le temps, qu'il peut y être mis fin, on n'est pas conforme à l'esprit et aux textes de la couverture maladie universelle, et on organise la régression de la sécurité sociale en France.

2/ Ce qui est gênant dans le texte COG, ce n'est pas tant sa place dans la COG, c'est qu'il avalise des pratiques de la branche maladie qui vont quotidiennement contre cette « sécurité », cette « continuité » du droit voulu par le législateur (en recous de la lettre réseau initiale du 27 novembre 2001). A titre d'exemple, il ne devrait jamais y avoir de rupture de droits entre le passage d'une mutuelle étudiant à une CPAM, contrairement à ce qui est constaté quotidiennement. Ceci existe parce qu'on continue à gérer des droits en fonction de classement social ou professionnel, classements qui sont tout à fait utiles et indispensables pour déterminer la contributivité et le gestionnaire, mais sont aujourd'hui sans aucun impact sur les droits.

Il est encore plus aberrant et illégal de mettre en jeu les règles d'ouverture des droits pour motif professionnel à un résident : les droits ayant déjà été ouverts, ils n'ont plus à l'être ! Il n'y a aucune différence en termes de droits entre quelqu'un résident ayant 380, 400 ou 420 heures. Prétendre le contraire est illégal.

3/ On peut s'interroger toutefois légitimement sur une amélioration des textes qui ne permettrait plus aux caisses de s'abriter derrière des subterfuges pour nier ou limiter les droits des assurés sociaux.

Notamment il peut apparaître bizarre à première vue d'avoir laissé à côté de l'ouverture de droits sous condition de résidence la possibilité d'une ouverture sous condition de professionnalité (qui dans le texte COG devient la règle).

Ne serait-il pas plus simple de supprimer totalement cette « porte » pour entrer dans le droit maladie en ne laissant que la « porte » résidence et éviter toute ambiguïté ?

Il faut dans un premier temps rappeler que même si tel était le cas il conviendrait de gérer au sein de l'assurance maladie ces différentes catégories d'assuré pour des raisons de contributivité, sauf à supprimer la contribution CMU. La logique actuelle est de dire : tout le monde a droit, le travailleur s'acquitte de sa contribution à travers la CSG, le reste de cotisation salariale et les cotisations patronales ; le rentier doit, au-delà de la CSG sur les revenus du capital, payer aussi une contribution (de même qu'il existait avant la loi CMU une cotisation à l'assurance personnelle).

Mais surtout il faut rappeler que si la condition de résidence est une condition suffisante pour avoir droit à l'assurance maladie, elle n'est pas une condition nécessaire. On peut distinguer au moins 5 catégories d'assurés non résidents au sens du code de la sécurité sociale.

- Les résidents dans un pays limitrophes venant à travailler en France (frontaliers belges, suisses, italiens, espagnols...). Du fait de la législation nationale et des textes européens, ils ont bien droit à l'assurance maladie en France : l'entrée par les conditions liées au travail s'impose
- Les personnes (Français ou Etrangers) entrant sur le territoire pour y travailler : ils ne peuvent aspirer d'une résidence stable et régulière au sens du code : l'entrée dans le droit pour le travail est tout à fait utile.
- Les personnes à cheval sur deux pays, ne remplissant pas la condition des 6 mois de présence en France, mais travaillant en partie en France : elles auraient accès à la protection maladie française par le travail, et non par la résidence.
- Les pensionnés de retraite non-résidents (qui ne sont donc pas concernés par les conditions de professionnalité) sont également des assurés maladie non résidents.
- Les expatriés détachés au sens des conventions internationales.

Il apparaît donc difficile de se passer d'une condition alternative-et évidemment non cumulative d'ouverture des droits sur la base du travail pour les deux premières catégories de non-résident (on pourrait se passer de la 3^{ème} et pour les expatriés, les conventions sont en tout état de cause supérieures au droit interne). En revanche pour les résidents la reconnaissance de la qualité n'a aucun impact sur les droits.

4/ La clarté de l'affirmation du passage à la 3^{ème} étape de la construction de la protection sociale est évidemment indispensable pour rompre avec cette idée fausse « la cotisation ouvre le droit », qui justifie la position récente du Conseil Constitutionnel sur l'allègement des cotisations sociales.

En effet, si la cotisation ouvre le droit, l'exemption généralisée des cotisations peut être perçue comme une remise en cause du principe même de cotisation, et une rupture d'égalité au sein des assurés sociaux.

Si l'ouverture du droit procède d'un tout autre élément que la cotisation (la résidence), on peut imaginer un système contributif beaucoup plus librement, ce qui du reste, est exactement le cas avec la cotisation CMU (cotisation progressive avec exonération des foyers modestes).

En revanche, à mes yeux, cette troisième étape n'exclut pas le concept même de cotisation, mais impose de la redéfinir. La cotisation n'est plus la condition préalable à l'ouverture du droit, elle est la contrepartie à l'affiliation au régime, comme l'a rappelé récemment encore le CJCE. La notion de contrepartie de réciprocité, de droits et devoirs demeure bien, mais il n'y a plus de condition de cotisation préalable à l'ouverture du droit et le régime est libre de définir les règles de contributivité de ses membres.

5 / Il n'est pas du tout absurde comme l'a fait le décret de 2013 de repenser les règles de classement entre les différentes affiliations possible (dès lors bien entendu qu'elles n'ont d'impact que sur la contributivité et ne visent pas à s'exonérer du contrôle de la résidence, qui est et reste le seul enjeu de gestion des droits des prestations en nature de l'assurance maladie en France) afin de faciliter la gestion des caisses. Le contrôle de la quotité de travail déclaré est bien plus facile que celui de la résidence :

- Toutefois à moyen terme le vrai enjeu est de gérer au moindre coût pour les caisses et les intéressés les reclassements entre la catégorie « salarié » et la catégorie « CMU » ; Peut être y a-t-il une piste à relier ce classement aux droits vieillesse, ce qui permettrait d'utiliser quasi exclusivement l'exploitation DADS de la CNAMTS (ex : reste « salarié » au sens de l'assurance maladie toute personne ayant validé directement X trimestres dans les X dernières années).

6/ Le contrôle de la résidence n'est pas du tout évident pour la branche maladie. D'une part parce que la résidence stable et régulière n'est pas une notion simple à vérifier. D'autre part parce que la CNAMTS n'a pas la culture de ce contrôle, ne gère pas des prestations logement contrairement à la CNAF et ne dispose pas de corps de contrôle se rendant au domicile des allocataires, là encore contrairement à la CNAF.

Le contrôle de la résidence qu'assure à peu près la branche famille pose problème à la branche maladie.

Pour elle il est beaucoup plus facile de s'assurer que l'assuré est toujours bien dans les conditions pour bénéficier de l'assurance maladie à travers la condition de professionnalité qui donne lieu à déclaration par un tiers (l'entreprise) via la DADS, demain la DSN.

Enfin, l'affiliation en tant que « salarié » demeure prioritaire par rapport à l'affiliation « résidence » (subsidaire) et dispense de l'appel de cotisation CMU.

Malgré l'institution d'un droit aux prestations en nature pour tous, il n'est donc pas illogique, qui en l'état actuel des textes, la CNAMTS contrôle, vérifie le droit en priorisant le contrôle par la professionnalité pour limiter les contrôles vis-à-vis d'un grand nombre d'assurés. Pour cette raison un assouplissement des conditions de professionnalité facilité le travail des caisses, et cet à cet objet que répond le décret de 2013, qui n'est nullement critiquable en lui-même.

Mais – et c'est tout l'objet de cette analyse – le contrôle du droit par le biais de la professionnalité ne doit en aucune façon tendre à limiter, remettre en cause immédiatement par la non attribution d'une carte vitale valide, ou dans la durée par l'affichage d'une durée limitée dans le temps.

7 / Le texte de la COG traduit des pratiques actuelles qui sont très peu satisfaisantes. La conciliation de l'accès au droit le plus simple possible et du contrôle de la résidence passe au minimum par des échanges accrus avec les autres administrations (fisc pour les imposables, CAF pour les non imposables), la réflexion sur un corps de contrôle commun CAF/CPAM, une redéfinition de l'acceptation du « salarié » au sens de l'assurance maladie plus en phase avec

les règles d'acquisition de trimestres vieillesse afin « d'automatiser » au maximum via l'exploitation DADS cette reconnaissance comme salarié.

8 / La constitution d'un régime unique d'assurance maladie peut être l'occasion d'aller plus loin pour assurer enfin une réelle continuité et sécurité des droits à l'assurance maladie pour les résidents réguliers en France.

Il conviendrait notamment :

- de supprimer toute notion de maintien des droits
- de clairement faire des conditions de professionnalité des conditions d'accès aux droits subsidiaires à la résidence
- de créer un fichier unique des assurés maladie connu à toutes les caisses
- de mettre en place pour certaines catégories d'assurés qui peuvent basculer d'un gestionnaire à l'autre un droit d'option « de gestion », afin d'éviter des ruptures de gestion.

Il est en revanche impératif de mieux gérer les sorties du territoire pour revenir à un nombre d'assurés sociaux ayant une carte vitale valide compatible avec le nombre de résidents en France.

15 ans après le vote de la loi CMU, il est temps que la CNAMTS – qui devrait devenir le CNAM – fasse enfin la révolution de l'assurance maladie universelle.