

N° 151 • janvier 2002

La mise en œuvre de la CMU, intervenue au début 2000, a donné lieu à une enquête auprès de ses acteurs, afin de recueillir leurs appréciations sur sa mise en place concrète. Celle-ci, tout en « bousculant » les circuits locaux d'information, a généralement donné lieu à une information institutionnelle rapide. L'information pratique a été assurée essentiellement par les CPAM au moment de l'accueil des bénéficiaires, au prix d'un apprentissage de leurs agents. Leur mobilisation a toutefois été diverse allant, selon les sites étudiés, de simples journées de formation, à des permanences d'accueil ou à de plus amples réorganisations. Des partenariats entre les caisses et les associations ont pu se mettre en place pour la constitution des dossiers, mais pas toujours de façon aisée. Les services sociaux des collectivités locales, dégagés de leur implication dans l'aide médicale, ont pu se retrouver en retrait dans certains sites. Les organismes complémentaires apparaissent comme de nouveaux acteurs, mais ont vu leur rôle limité dans les premiers temps, sauf dans les sites où l'influence de la tradition mutualiste était forte. L'analyse des ressources des demandeurs semble avoir été l'une des principales difficultés des agents des caisses tandis que la définition du panier de soin a été ressentie comme un problème pour d'autres acteurs, comme les professionnels de santé. Ceux-ci apprécient généralement la solvabilisation de la demande de soins, mais ils conviennent que l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU est, dans certains endroits, limité dans les faits. Ils soulignent l'utilité d'un accompagnement social pour leur permettre d'accéder aux ressources sanitaires.

Synthèse des rapports de
Daniel SZEFTTEL, CAFI,
Annie MAGUER, **Françoise VOLPINI**, ISM CORUM,
et **Jacques SORIA**, GSP conseil,
par
Bénédicte BOISGUÉRIN,
Martine BURDILLAT et **Claude GISSOT**,
Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES

La mise en place de la CMU une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif

Parmi les éléments contribuant à l'évaluation de la couverture maladie universelle (CMU) figure l'étude des conditions dans lesquelles elle a été mise en œuvre pour le 1^{er} janvier 2000, soit six mois seulement après la promulgation de la loi. La synthèse, présentée ici, s'appuie sur les résultats d'enquêtes qualitatives décrivant les modalités concrètes mises en place par les différents acteurs et institutions pour faire vivre localement les droits étendus par la nouvelle loi. Ces enquêtes ont été réalisées par trois équipes dans plusieurs sites, différents par leurs caractéristiques sociodémographiques et l'organisation de l'offre de soins (encadré 1). Leur objectif était de rassembler les éléments d'appréciation formulés par les acteurs de terrain, sur la mise en œuvre de la CMU au cours des premiers mois de fonctionnement du dispositif.

La CMU, qui succède à l'aide médicale départementale, transfère la responsabilité de l'instruction des dossiers et de l'attribution de l'aide,



L'enquête qualitative réalisée auprès des acteurs

Trois équipes ont analysé, chacune sur deux sites, la mise en œuvre de la CMU. Le cahier des charges de cette étude prévoyait un examen approfondi des aspects concernant l'accès au dispositif (information, accueil des populations, traitement des dossiers de gestion des prestations et orientation dans le système d'assurance maladie et de soins). L'objectif de ces enquêtes était également de repérer les modifications induites par la mise en place de la CMU dans les rôles et fonctions des différents acteurs, par rapport aux publics en difficulté : répartition différente des rôles dans l'orientation de la population dans le système de soin, retrait

de certains acteurs au profit d'autres, modifications de leur organisation du travail, mise en place de nouvelles relations entre eux. De façon exploratoire, les études devaient aussi permettre de détecter les réactions suscitées par la CMU auprès des professionnels de santé et les nouveaux problèmes perçus.

Les sites analysés présentent des caractéristiques contrastées sur les points suivants : zones urbaines denses versus zones rurales, organisation antérieure plus ou moins structurée de l'offre en matière d'accès aux soins des plus démunis, profils de l'offre d'assurance et de l'offre de soins.

Les sites d'enquête et leurs caractéristiques

	Type de population	Population du département	Conditions d'admission à l'aide médicale	Titre d'admission	Prestations couvertes par l'aide médicale	RMI/population au 31 déc. 1999 (en %)	CMU/population au 31 déc. 2000 (en %)
site 1	Urbain	Supérieure à 1 million	Admission totale, seuil supérieur à la CMU	Carte santé	Dentaire, optique	3,6 à 7,2	8,2 à 13,7
site 2	Rural avec un bassin d'emploi ouvrier	Supérieure à 1 million	Admission totale, seuil inférieur à la CMU	Système d'étiquettes	Optique ; pour dentaire, appel au fonds social des caisses	2,9 à 3,5	5,4 à 6,3
Site 3	Urbain	Supérieure à 1 million	Admission totale, seuil = CMU ; admission partielle, seuil > CMU	Carte santé et système d'étiquettes		3,6 à 7,2	8,2 à 13,7
site 4	Rural, avec une ville centre et des zones rurales peu habitées	300 000 à 500 000	Pas de barème d'admission	Carte santé	Dentaire, optique	2,9 à 3,5	6,4 à 8,1
site 5	Urbain	Supérieure à 1 million	Admission totale, seuil < CMU, admission partielle, seuil > CMU	Passeport santé	Pour dentaire et optique, appel au fonds social des caisses	2,9 à 3,5	5,4 à 6,3
site 6	Rural avec un bassin d'emploi ouvrier	500 000 à 800 000	Admission totale, seuil = RMI. Admission partielle, RMI < seuil < 3 471F. En cas d'admission partielle, participation du bénéficiaire à la cotisation à une mutuelle.	Carte santé	Dentaire, optique et audio-prothèses	1,3 à 2,1	3,6 à 5,3

Des entretiens ont été effectués, sur chaque site, auprès des institutions et acteurs suivants : travailleurs sociaux et les institutions sociales (CCAS, services sociaux du Conseil général, DDASS, caisses d'allocations familiales) ; associations et organismes à but non lucratifs ; personnels des établissements de santé (services sociaux, services d'admission, permanence d'accès aux soins de santé) ; personnels des caisses d'assurance maladie (caisses primaires d'assurance maladie, caisses maladies régionales, caisses de mutualité sociale agricole ou caisses des régimes spéciaux) ; organismes complémentaires ; professionnels de santé (en particulier, médecins généralistes, dentistes, opticiens).

Les rapports établis en avril 2001 ont été réalisés par :

● Daniel SZEFTTEL, sous la direction de Philippe URFALINO, Centre d'analyse de formation et d'intervention (CAFI), Paris,

Étude qualitative sur la mise en œuvre de la couverture maladie universelle sur le terrain,

Sites 1 et 2.

● Annie MAGUER et Françoise VOLPINI, avec la collaboration de Frédérique GARCIN et Pierre MAZET,

Inter services migrants Centre d'observation et de recherche sur l'urbain et ses mutations (ISM CORUM), Lyon,

Mise en œuvre de la CMU, 'technicité, partenariat, culture', Sites 5 et 6.

● Docteur Jacques SORIA, Gestion santé publique (GSP conseil), Paris,

Étude qualitative sur la mise en œuvre de la couverture maladie universelle sur le terrain,

Sites 3 et 4.

qui relevait des services sociaux des collectivités territoriales, aux caisses d'assurance maladie. Un aspect important de la mise en œuvre concerne, du fait de ce changement, l'organisation de l'information dispensée aux populations concernées, mais aussi aux institutions qui sont en contact avec elles. Les enquêtes se sont également portées sur les ressources mobilisées par les caisses d'assurance maladie pour réaliser ces nouvelles activités. Des partenariats divers ont pu, avec plus ou moins d'ampleur, se constituer pour faciliter l'accès au dispositif CMU, mais aussi pour poursuivre les actions engagées avant la CMU, en particulier avec les milieux associatifs, en vue de l'accès aux soins des plus démunis. De plus, l'adhésion des professionnels de santé est essentiel pour faciliter l'accès concret aux soins. Leur perception du dispositif, des difficultés et des potentialités qu'il recèle, constituent également des éléments d'appréciation dont il est rendu compte dans les études monographiques.

Une information institutionnelle préalable et rapide

La mise en œuvre rapide de la CMU a, dans tous les sites observés, quelque peu « bousculé » les circuits locaux d'information. La diffusion de supports nationaux par le ministère et la CNAMTS a permis de faire précéder la mise en place de la CMU d'une information rapide sur les objectifs et les grands principes du dispositif, en particulier sur le passage du dispositif d'aide médicale à une couverture de droit commun (encadré 2). Dans la plupart des cas étudiés, une réunion de lancement a, en outre, été organisée sous l'égide du préfet. Cependant, c'est la filière assurance maladie, responsable de la mise en œuvre du dispositif, qui a, au premier chef, bénéficié de la diffusion de l'information institutionnelle. Les travailleurs sociaux et les

professionnels de santé ont surtout indiqué avoir reçu les informations diffusées par les syndicats professionnels ou la presse spécialisée. Toutefois, dans tous les sites où les enquêtes ont été effectuées et quel que soit le médiateur, les populations concernées ont été orientées rapidement sur le « bon » guichet, c'est-à-dire les caisses d'assurance maladie (encadré 3).

Une information pratique assurée essentiellement par la Caisse primaire d'assurance maladie au moment de l'accueil

Dans les sites étudiés, l'accueil mais aussi la diffusion de l'information ont ainsi avant tout reposé sur les caisses d'assurance maladie : caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour le régime général, cais-

E•2

Système de protection sociale, aide médicale et CMU, aspects juridiques

En France, la protection sociale contre les risques financiers liés à la maladie repose sur deux volets :

- l'affiliation à l'assurance maladie (Sécurité sociale) à financement contributif obligatoire ;
- la protection complémentaire à caractère facultatif et assurée par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les compagnies d'assurance.

A - L'affiliation à l'assurance maladie

● Le dispositif général

Les droits à l'assurance maladie proviennent de trois sources : l'activité professionnelle, le bénéfice d'une allocation (API, AAH), le lien de parenté avec un assuré. Qui ne remplissait pas ces conditions, pouvait être affilié à l'assurance maladie par le biais de l'assurance personnelle dont les cotisations pouvaient éventuellement être prises en charge par un organisme tiers (caisse d'allocations familiales, aide médicale des départements ou de l'État ou Fonds Solidarité Vieillesse).

● L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base

La CMU de base remplace l'assurance personnelle et permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré). L'ouverture des droits, conditionnée par le dépôt d'une demande, est soumise au paiement de cotisations au-dessus d'un seuil de revenu.

B - La protection complémentaire

● Le dispositif général

L'assurance maladie ne couvre qu'une partie des frais de santé. Pour réduire la partie restant à sa charge, 85 % de la population a recours à une protection complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une assurance. En cas de ressources insuffisantes, l'aide médicale départementale couvrait les dépenses de soins (ticket modérateur, forfait hospitalier), avec dispense d'avance de frais. Étant décentralisés, les barèmes de ressources pour l'admission et les niveaux de prise en charge des dépenses au-delà des tarifs de la Sécurité Sociale variaient d'un département à l'autre.

● La protection complémentaire en matière de santé ou CMU complémentaire

La CMU complémentaire remplace l'aide médicale départementale et fournit, sous condition de ressources, une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière. Elle prend en charge, avec dispense d'avance de frais, le ticket modérateur, le forfait journalier et certains frais supplémentaires (prothèses dentaires, orthopédie dento-faciale, lunettes, ...).

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie. Au choix du demandeur, les prestations pourront être gérées par la caisse ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institut de prévoyance) inscrit sur une liste.

Les bénéficiaires de l'aide médicale en 1999 ont été transférés à la CMU complémentaire au 1^{er} janvier 2000. Leurs droits ont été prolongés jusqu'au 30 juin 2001. À cette date, un dossier de renouvellement devait déterminer si leur niveau de ressources restait compatible avec le seuil d'accès à la couverture complémentaire.

Bibliographie

La couverture maladie universelle supplément au n° 2 171 des actualités sociales hebdomadaires du 16 juin 2000.

ses de mutualité sociale agricole (CMSA) pour le régime agricole, caisses maladies régionales (CMR) pour le régime des professions indépendantes. L'afflux des demandes et l'accueil des populations ont surtout concerné le régime général ; pour le régime agricole et celui des professions indépendantes, le nombre de personnes concernées était nettement plus faible.

Cette situation reflète d'abord la responsabilité directe des caisses en matière d'instruction des dossiers CMU. Mais leur prééminence en matière d'information s'explique aussi par le fait que c'est au moment de l'établissement des dossiers que l'information concrète et personnalisée sur la nature et les conditions d'ouverture des droits peut être dispensée. Les institutions habituellement en contact avec le public (associations, CCAS, médecins ou hôpitaux, sections locales mutualistes) n'ont généralement pas disposé d'informations suffisamment opération-

nelles pour les dispenser directement aux populations. Par conséquent, ce sont principalement les agents des caisses, lors de l'accueil du public, qui ont assumé cette mission, ce qui a souvent nécessité pour eux un apprentissage. Dans certains sites, toutefois, l'accueil de publics en difficulté n'a pas été ressenti par eux comme une nouveauté : les agents des CPAM des sites 1, 2 et 5 et ceux de la MSA du site 6, ont ainsi déclaré y être déjà accoutumés. Dans les autres sites, la nouveauté de la mission semble avoir été perçue favorablement par les agents : sur le site 4, par exemple, les agents d'accueil interrogés considèrent que l'évolution de leurs tâches vers une action auprès d'un public en difficulté est valorisante.

Des modes d'organisation et de mobilisation variables selon les caisses

Dans l'ensemble des sites étudiés, les agents d'accueil ont reçu une for-

mation sur la CMU, effectuée en interne par un agent de la caisse. Ainsi la MSA du site 6 a dispensé à ces agents deux demi-journées de formation sur la mise en œuvre concrète du dispositif. Cette formation a été complétée dans certains sites par une formation à l'accueil de publics précaires effectuée par des travailleurs sociaux ou des agents de la CAF (sites 1 et 2), ou encore par la CRAM (site 6).

Pour le reste, les caisses se sont diversement engagées dans des actions de mobilisation ou de réorganisation, surtout parce qu'elles ont diversement anticipé les changements liés à la mise en œuvre de la CMU. Certaines CPAM déclarent n'avoir pu prévoir la gestion du dispositif avant le premier trimestre 2000, du fait de l'absence des décrets d'application ou de l'absence d'outils et de logiciels (site 5, site 6). Dans d'autres cas, les mêmes difficultés n'ont pas empêché la mise en place de dispositifs spécifiques de gestion (site 3).

4

E•3

Le système d'acteurs

	Aide médicale	CMU complémentaire
Aide à la constitution des dossiers	Centres communaux d'action sociale, associations	Services sociaux. Associations ou organismes à but non lucratif. Établissements de santé.
Instruction des dossiers	Centres communaux d'action sociale sur délégation du Conseil général.	Caisses d'assurance maladie sur délégation préfectorale.
Décision d'admission	Conseil général.	Caisses d'assurance maladie sur délégation préfectorale.
Barème d'admission	Admission automatique pour les bénéficiaires du RMI. Admission de plein droit selon un barème de ressources, variable selon les départements : * barème pour l'aide médicale totale ; * barème pour l'aide médicale partielle ; * pas de barème dans certains départements. Admission de droit commun (appréciation au cas par cas).	Admission automatique pour les bénéficiaires du RMI. Barème identique sur tout le territoire : 3 600 F mensuel par unité de consommation, majoré de 50 % au titre de la 2 ^e personne, de 30 % au titre de la 3 ^e et 4 ^e personne, de 40 % à partir de la 5 ^e personne.
Prestations couvertes	Variables selon les départements. Au minimum : ticket modérateur, forfait hospitalier, prestations supplémentaires pour les soins dentaires et l'optique dans 65 départements.	Identiques sur tout le territoire. ticket modérateur, forfait hospitalier, prestations supplémentaires pour les prothèses dentaires et l'optique à un tarif déterminé, dans les limites d'un plafond par bénéficiaire.
Gestion des prestations	Effectuée dans 95 % des départements par les caisses d'assurance maladie sur la base d'une convention avec le Conseil général ; convention de gestion avec une mutuelle dans 6 départements.	Caisses d'assurance maladie et organismes complémentaires volontaires pour participer au dispositif.

Sur le site 4, une brochure expliquant le dispositif a, par exemple, été produite dès le 4^e trimestre 1999.

Les actions engagées reflètent parfois des mouvements de réorganisation et des dynamiques de gestion d'ampleur conséquente (encadré 4). Les CPAM les plus actives, généralement celles destinées à gérer un grand nombre de bénéficiaires, ont cherché à soutenir les interventions de leurs agents, notamment grâce à des renforts d'effectifs, au décloisonnement des services et à la constitution d'outils de gestion. À l'inverse, d'autres CPAM ont eu un comportement plus « passif » en laissant les agents apprendre à faire face en situation et dans l'informel (site 4, site 6). Quelques indicateurs convergents permettent de caractériser ces caisses. Confrontées à des bénéficiaires de la CMU en nombre limité, elles ont peu eu recours à des renforts d'effectif, n'ont guère recouru au partenariat non plus qu'à la mise en cohérence des interventions grâce à des méthodologies ou à des procédures nouvelles.

Des permanences d'accueil mais, dans la plupart des cas, sans filière d'accès spécifique

L'organisation mise en place dans les CPAM pour l'accueil illustre la difficulté de répondre à des objectifs en partie contradictoires :

- afin de ne pas stigmatiser les usagers de la CMU, ne pas ménager un accueil qui leur soit spécifique ;
- leur fournir cependant une réponse adaptée à leurs difficultés particulières ;
- et, pour les autres assurés, limiter les files d'attente résultant de ce surcroît d'activité.

Pour répondre à ces objectifs ont été mis en place, dans la plupart des sites, en plus des guichets des caisses, des permanences d'accueil au plus près des populations concernées : auprès des associations, des

CCAS, dans les hôpitaux, les centres médico-sociaux, les mairies, les quartiers de HLM ; installation de boutiques décentralisées en zone rurale. L'existence de ces permanences a permis d'accélérer les démarches pour ces publics en évitant de régler au guichet les situations les plus compliquées. Autre exemple de traitement, à la caisse maladie régionale du site 1 (régime des indépendants), la constitution du dossier s'est faite essentiellement par courrier, après des échanges téléphoniques.

Certaines CPAM ont mobilisé des partenaires spécifiques comme médiateurs pour l'accueil des populations : ainsi, sur le site 6, a été fait

appel aux écrivains publics répertoriés dans le département et à un accompagnement individualisé par des secrétaires médico-sociales.

Sur le site 3, files d'attente et pièce d'accueil étaient spécifiques, mais étaient précédées d'un pré-accueil commun avec les autres assurés.

Dans le seul site 5 a été mis en place un accueil distinct : deux guichets réservés aux populations concernées par la CMU avec des tickets d'attente différents des autres assurés. Cependant, ce choix a été présenté comme contraint par une mise en œuvre en urgence, qui n'a permis la formation que de deux agents.

E•4

Quelques exemples des moyens et des organisations mobilisés pour informer sur la CMU

Sur le site 3, 100 emplois jeunes ont été recrutés, formés et répartis entre les centres à partir de juin 2000 en fonction d'indicateurs locaux de précarité. Ces emplois jeunes issus des populations concernées par la CMU ont permis de faciliter la communication, en résolvant en particulier les problèmes de compréhension linguistique. Sur le site 5, 10 emplois jeunes ont été recrutés pour occuper le poste de « médiateurs d'accès aux droits ». Ils devaient apporter à partir de juin 2001 leur soutien à 10 centres considérés comme prioritaires pour l'accueil des populations concernées par la CMU. Par ailleurs, le même site a créé 11 nouveaux emplois d'« experts accueil assurés », référents CMU pour le public et pour les professionnels.

Au delà de la formation et du recrutement des agents, certaines CPAM ont cherché à définir en interne de nouvelles organisations, en coordonnant par exemple l'activité des différents services, en mettant en place des outils de gestion et d'échanges (site 3, site 5) permettant d'apporter des ressources et des aides aux agents placés à l'accueil.

Sur le site 3, la constitution d'un groupe de projet a préparé la mise en place de la CMU avec la mise au point de courriers types. Des relais d'information se sont mis en place comprenant un groupe assistance, des cadres relais, des agents CMU et les 100 emplois jeunes. Les cadres relais ont été formés en priorité et ils ont ensuite formé les agents CMU. Le groupe assistance assure, depuis lors, une information téléphonique auprès des cadres relais des centres d'accueil et une information sur le terrain par le biais d'interventions ciblées. Les cadres relais sollicitent le groupe assistance pour obtenir un soutien technique, l'information étant basculée sur l'ensemble des centres afin de garantir une homogénéité des réponses apportées. Un réseau intranet permet au groupe assistance de transmettre les actualités CMU annotées et comporte une « foire aux questions ». Les cadres relais remplissent également un rôle dans l'information relative à l'accès aux droits vis-à-vis des partenaires extérieurs (associations, missions locales, assistantes sociales).

La caisse primaire du site 5 a également mis en place un groupe de projet CMU avec la participation de différents services. Des sous-groupes ont mis au point des courriers types sur la mise en application des informations des arrêtés ministériels. Un forum intranet permet aux centres de paiement de poser leurs questions. Un service de lutte contre les exclusions a été créé en avril 2000 qui doit, d'une part, favoriser l'accès aux droits et aux soins et, d'autre part, assurer les relations avec les organismes complémentaires. Composé de 18 personnes, il intervient en concertation avec les 24 centres de paiement.

À la MSA du site 6, qui gère déjà l'aide médicale pour le compte du Conseil général, le service juridique du siège de la caisse répond aux questions des 4 antennes décentralisées et des 19 permanences assurées dans les communes

Des partenariats variés et pas toujours aisés pour la constitution des dossiers

Comme sur les sites 1, 2, 3 et 5, le partenariat avec les associations a évidemment été favorisé lorsque préexistait un tissu associatif orienté vers l'accès aux soins de populations défavorisées. Dans trois sites (sites 1, 2 et 5), ce partenariat se situe dans le prolongement d'une collaboration antérieure à la mise en place de la CMU, liée à l'implication de la CPAM dans l'accès aux soins des publics en difficulté. Ce partenariat se manifeste concrètement par la mobilisation des associations pour aider à la constitution des dossiers, par des permanences effectuées par les caisses dans les associations (sites 1 et 2) ou, inversement, par des associations dans les centres de paiement (sur le site 3). Il a pu aussi consister en un appui de la CPAM sur les associations pour atteindre certains publics, tels que les gens du voyage, les SDF, les étrangers (site 3). La désignation d'une personne référente identifiable dans les CPAM (« cadre relais » sur le site 3, « expert accueil assuré » sur le site 5) a, au dire des associations, facilité les échanges et permis de résoudre les difficultés rencontrées ponctuellement. Ce défaut de personne référente CMU à la CPAM est d'ailleurs souligné comme une difficulté par une association sur le site 6. Sur le site 5, la CPAM est apparue comme un nouvel interlocuteur pour certaines associations, le partenariat étant jugé plus satisfaisant qu'avec le Conseil général du temps de l'aide médicale.

Les enquêtes de terrain font également apparaître que la charge de travail importante à laquelle les caisses ont dû faire face résulte aussi d'un certain retrait des centres communaux d'action sociale (CCAS). En effet, ces derniers assuraient l'instruction des dossiers dans le cadre des dispositifs départementaux d'aide

médicale préexistants à la CMU et financés par les conseils généraux. La suppression des moyens accordés aux CCAS pour l'aide à la constitution des dossiers d'aide médicale a, la plupart du temps, entraîné une position de retrait de leur part vis-à-vis de la CMU qu'ils ont dans certains cas vécu comme une éviction.

Cependant cette position, souvent affirmée par les réseaux nationaux se révèle, sur le terrain, plus nuancée. Ainsi, quatre CCAS sur le site 5, six CCAS sur le site 3 et les CCAS ruraux sur le site 2 ont participé à l'aide à la constitution des dossiers. Sauf dans ces cas, la participation des CCAS a consisté avant tout à orienter les usagers vers les CPAM. Cette situation, prégnante au démarrage du dispositif, n'est cependant pas figée : sur le site 2, un projet de convention entre CCAS et CPAM a été envisagé pour clarifier les rôles respectifs des deux parties. Sur le site 3, malgré une formation effectuée par la CPAM, les CCAS ont déploré leur méconnaissance du dispositif et déclaré souhaiter disposer d'un document simple permettant d'orienter les demandeurs. Par ailleurs sur le site 1 et sur le site 3, la CPAM effectue des permanences dans les CCAS, ce qui facilite les démarches des demandeurs.

Les conseils généraux, associés lors du transfert des anciens bénéficiaires de l'aide médicale, ont été, par la suite, plutôt perçus par les CPAM comme en retrait dans l'ensemble des sites, les assistantes sociales n'aidant généralement pas à la constitution des dossiers. Sur le site 5, le Conseil général justifie l'absence de partenariat par le fait qu'il n'est plus responsable du dispositif. Pourtant, neuf antennes du Conseil général contribuent à l'aide à la constitution des dossiers. De fait, la mise en œuvre de la CMU s'est traduite par un déplacement du centre de décision des conseils généraux vers les caisses d'assurance maladie. Aussi le partenariat avec les

conseils généraux se limite-t-il dans la plupart des cas, là encore, à une orientation des personnes vers la CPAM. Les travailleurs sociaux déclarent en outre ne pas disposer de l'information nécessaire pour cette orientation (liste des pièces à fournir) et déplorent souvent l'absence de retour d'information sur le résultat de leurs démarches. Dans certains cas toutefois, les échanges informels entre la CPAM et les assistantes sociales du Conseil général ont été favorisés par la proximité géographique (site 4).

Les organismes complémentaires, de nouveaux acteurs

La participation effective des organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) à la mise en œuvre de la CMU, s'opère à travers la possibilité qui leur est offerte de gérer les prestations. Cela constitue un des éléments nouveaux du dispositif. Cette disposition permet notamment aux mutuelles d'étendre leur champ d'action dans le domaine de l'accès aux soins des populations démunies, au-delà des initiatives, qu'elles prenaient déjà au niveau local. Ainsi sur le site 6, les mutuelles participaient au dispositif de l'aide médicale avant la mise en place de la CMU, cette participation étant formalisée dans le cadre d'une convention avec le Conseil général et la CPAM. Sur le site 2, l'implication des mutuelles a été favorisée par une forte présence mutualiste, liée aux syndicats et aux comités d'entreprise ainsi que par l'application de tarifs d'adhésion modérés. Toutefois, l'irruption de nouveaux acteurs de l'assurance maladie complémentaire a aussi pu, dans certains cas, perturber des partenariats anciens établis entre les conseils généraux et une mutuelle ou une union mutualiste implantée localement.

La difficile gestion de la liste des organismes complémentaires

Les caisses devaient pouvoir présenter aux demandeurs une liste des organismes complémentaires parmi lesquels choisir, s'ils le souhaitaient, celui qui générerait leurs prestations. Or, la liste des organismes complémentaires participant au dispositif est souvent parue tardivement (en mars 2000 sur le site 5) et pouvait être très longue (pouvant dépasser la centaine). En conséquence, l'ordre de leur présentation, susceptible d'influencer les bénéficiaires de la CMU, a constitué une difficulté certaine.

Face à ces difficultés, la CPAM du site 6 a pris le parti de simplifier la liste. Sur le site 5, un groupe de travail rassemblant la DDASS, la CPAM et la Mutualité a élaboré en juillet 2000 un document destiné à faciliter, pour les agents d'accueil, la présentation des organismes complémentaires aux assurés. Ce document contient un argumentaire destiné à expliquer au bénéficiaire l'intérêt de choisir un organisme complémentaire afin de disposer, à la sortie du dispositif, d'un contrat à tarif de cotisation privilégié. Sur le site 4, les agents d'accueil ont plutôt orienté l'utilisateur vers « l'option caisse » lorsqu'il ne bénéficiait pas déjà d'une mutuelle inscrite sur la liste, en lui présentant l'affiliation comme plus simple. À l'inverse, sur le site 2, les agents de la CPAM ont surtout orienté vers « l'option organisme complémentaire » non seulement les usagers déjà mutualistes, mais également les jeunes et les personnes dont ils estimaient que la situation de ressources pouvait évoluer favorablement.

L'influence de la tradition mutualiste

Le degré d'implication des mutuelles dans la mise en œuvre de la CMU varie fortement selon les sites observés. Il dépend avant tout du ca-

ractère plus ou moins organisé du secteur mutualiste face à la caisse d'assurance maladie et de l'implication des mutuelles dans l'aide médicale avant la mise en place de la CMU. Sur le site 2, les mutuelles bien implantées localement se sont déclarées plutôt réservées quant à un éventuel rôle d'accompagnateur social, qui devrait plutôt revenir, selon elles, aux associations et elles ont effectué des formations sur la CMU pour les travailleurs sociaux. Sur le site 6, où les mutuelles étaient également bien implantées, la CPAM oriente son action en faveur de l'option organisme complémentaire et a transmis aux mutuelles les formulaires pour la constitution des dossiers.

Sur le site 5, la CPAM a signé une convention avec la Mutualité et cinq mutuelles ont répondu favorablement pour fournir une aide à la constitution des dossiers. Sur le site 1, les mutuelles ont pris contact avec les comités d'entreprise pour effectuer des permanences dans le monde du travail ou dans les associations. Elles ont également pris des contacts avec les associations de chômeurs, des associations humanitaires, des syndicats et avec les CCAS. L'accompagnement dans les démarches a donc été l'occasion pour elles de faire mieux valoir le droit d'option.

Le comité de pilotage de la CMU, installé dans chaque département sous la responsabilité du DDASS, constitue aussi parfois une opportunité pour organiser les partenariats. En effet, bien que la circulaire du ministère de l'Emploi et de la solidarité du 4 octobre 1999 ne prévoit pas explicitement la participation des organismes complémentaires, certains DDASS les y ont associées, comme sur le site 2. Dans d'autres départements (site 1), ce comité ne comprend que des représentants des caisses, des associations, du Conseil général, des professionnels de santé et des CCAS. Cette façon de procéder tend plutôt à privilégier les éléments du dispositif

nécessaires à la frange la plus désocialisée de la population.

La multiplicité des opérateurs conduit à l'apparition de nouvelles procédures

La gestion de l'aide médicale était confiée par le Conseil général à un seul type d'opérateur, le plus souvent les caisses d'assurance maladie. Intervenaient à ce titre, les CPAM pour le régime général, la CMSA pour le régime agricole et la CMR pour les professions indépendantes. Le conventionnement avec une mutuelle ou une union de mutuelles était plus rare. Avec la loi sur la CMU, d'une part, les différents régimes de base d'assurance maladie sont désormais tenus de gérer la part complémentaire de la CMU et, d'autre part, tout opérateur d'assurance maladie complémentaire peut également participer à la gestion de la partie complémentaire de la couverture.

Dans les faits, sur les sites observés et lors de la première période de mise en place de la CMU, l'option caisse a été dominante et, compte tenu du poids du régime général, ce sont les CPAM qui accueillent la grande majorité des bénéficiaires. Les procédures correspondantes n'ont, en outre, généralement pas pu se mettre en place dès le début 2000 : le tiers payant coordonné implique en effet de développer des relations informatiques entre l'organisme qui gère la partie base de l'assurance maladie et l'organisme qui gère la partie complémentaire. Dans un site seulement (site 2), où préexistaient les relations informatiques nécessaires au tiers payant coordonné avec une mutuelle, cette facilité technique a privilégié cette mutuelle déjà très présente.

Dans les sites où la CMU concernait un grand nombre de personnes, les caisses d'assurance maladie ont dû faire face à une charge de gestion des dossiers plus importante aux gui-

chets. Cette charge a pu les conduire à privilégier les procédures les plus simples, c'est-à-dire l'option caisse pour la gestion de la CMU complémentaire, et à reporter à plus tard l'établissement de liens avec les organismes complémentaires. Cependant, dans la plupart de ces sites, des débuts de collaboration et de partenariat entre les différents acteurs, intégrant des mutuelles, sont peu à peu apparus.

Deux procédures de tiers payant étaient prévues pour le paiement des soins couverts par la CMU. La procédure majoritairement, sinon exclusivement, utilisée dans tous les sites observés est celle qui permettait à la CPAM de payer au producteur de soins les 100 % de la facture, puis de se retourner vers l'organisme complémentaire pour obtenir le remboursement de la partie complémentaire. Elle conduit donc les organismes complémentaires à exercer un rôle de payeur sans relation directe avec les professionnels de santé, mais elle simplifie le paiement pour la CPAM et le remboursement des professionnels. Avec l'autre procédure, la CPAM ne rembourse au producteur que la partie « base » en envoyant le décompte à l'opérateur complémentaire qui doit, à son tour, payer le professionnel.

L'analyse des ressources des demandeurs : une opération ressentie comme complexe par les agents des caisses

Le versement de prestations soumises à des conditions de ressources constitue une nouveauté pour le personnel des caisses d'assurance maladie. Ce sont en premier lieu les agents chargés de l'accueil et de l'aide à la constitution du dossier qui ont été confrontés aux conséquences liées à ces nouvelles conditions d'accès.

Sur le plan technique, ils jugent d'abord la constitution du dossier complexe. En effet, la période de ré-

férence pour le calcul des revenus porte sur les douze derniers mois précédant la demande sauf pour les revenus issus d'une activité non salariée. Cette disposition est destinée à prendre en compte la situation la plus récente du demandeur. Les agents d'accueil ont souligné, lors des enquêtes, les difficultés pratiques de son application car elle ne permet pas la récupération de déclarations auprès d'autres administrations (administration fiscale ou caisse d'allocations familiales) et nécessite de réunir les justificatifs de ressources pour la période concernée. Ces exigences ont pu apparaître aux agents d'accueil peu adaptées au public le plus désocialisé dans la mesure où plusieurs visites sont nécessaires pour obtenir un dossier complet (sites 2 et 4). Ainsi sur le site 2, près d'un dossier sur deux étudié par le service instructeur doit être retourné à l'agent d'accueil, au CCAS ou au demandeur lui-même pour être complété. La complexité des dossiers entraîne également, selon les agents, un nombre important d'erreurs de traitement. Ainsi, le service du contrôle comptable du même site a constaté 13 % d'erreurs sur l'instruction des dossiers. De fait sur le site 4, le dossier doit être, la plupart du temps, entièrement complété par les agents d'accueil.

La complexité de l'instruction des dossiers ressentie par les agents a été aggravée, dans les premiers mois de la mise en œuvre de la CMU, par l'absence d'un outil informatique pour le calcul des ressources. Le logiciel national est, en effet, parvenu aux CPAM en mai 2000. Ainsi, sur le site 3, dans l'un des centres, le délai moyen de traitement pour la CMU complémentaire était de 28 jours (au cours de la période observée) et le délai de réponse y était compris entre un et deux mois. Dans un autre centre de ce site, le délai d'instruction des demandes était immédiat pour l'option caisse, tandis que pour

l'option OC il a atteint jusqu'à quatre semaines, pour se stabiliser à 10 jours. Sur le site 1, seuls les dossiers RMI permettaient l'accès immédiat à la CMU complémentaire. Pour les autres, selon la CPAM, les droits étaient ouverts dans les 10 jours ; selon une association humanitaire les délais d'accès y étaient parfois supérieurs à 2 mois.

Pour le régime agricole et le régime des professions indépendantes, la difficulté d'instruction consiste essentiellement dans la définition des ressources et des abattements à prendre en compte. Les CMR ont donc disposé de consignes de la CANAM qui a désigné par circulaire les critères de ressources et de résidence. Début février, les CMR ont reçu un outil dit de secours pour gérer les dossiers et imprimer les attestations. L'outil informatique définitif, disponible en mars, permettait le calcul des ressources ainsi que l'envoi de lettres types aux assurés et aux partenaires.

Au delà de la complexité technique, les agents des caisses se sont parfois interrogés sur l'équité des nouvelles procédures. Du fait de sa précision, certains ont pu juger la constitution du dossier intrusive (site 2). De plus, le critère des 12 derniers mois de ressources ne permet pas toujours d'attribuer le bénéfice de la CMU à des personnes connaissant des difficultés financières nouvelles, dues par exemple à des ruptures récentes. Auparavant, les commissions d'aide sociale permettaient de régler ces situations particulières dans l'urgence. Dans les faits, des attestations sur l'honneur ont souvent été acceptées pour faciliter l'accès aux droits des personnes démunies et leur permettre l'accès aux soins. Les procédures s'en trouvaient simplifiées, mais l'équité entre les demandeurs n'était alors plus garantie : certains de ceux qui ont produit des justificatifs ont pu être refusés, alors que d'autres ont pu être acceptés avec des

situations sociales similaires. Cette contradiction entre simplicité de traitement et équité entre demandeurs a été ressentie comme un problème souvent important pour les agents d'accueil.

L'accès aux droits et le panier de soins : certaines difficultés spécifiques

Alors que les nouveaux droits associés à la CMU sont reconnus par l'ensemble des acteurs comme un facteur de réduction des inégalités, l'accès à la CMU de base (de même que, précédemment à l'AME) a pu se heurter pour certaines personnes au problème de la domiciliation. Sur le site 1 notamment, certains CCAS n'ont pas effectué la domiciliation dans l'attente d'un décret d'application concernant l'agrément des organismes pour la domiciliation. Une coopération avec la CPAM leur paraîtrait utile pour mettre en place un suivi des bénéficiaires domiciliés à l'instar de ce qui se produit pour le RMI, grâce au partenariat établi avec la CAF (site 1).

La définition préalable des produits et services de santé pris en charge par la CMU et le plafonnement du montant des dépenses de certains soins encadrent de façon spécifique et au niveau national la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU par rapport à celle des autres assurés. Ces dispositions étaient d'ailleurs déjà pour partie présentes dans les dispositifs antérieurs mais de façon diverse selon les départements.

La définition du panier de soins couverts par la CMU a toutefois pu susciter une divergence d'appréciation entre les soins jugés nécessaires par les professionnels, et ceux inclus dans le panier de soins. Cette contradiction pouvait être résolue par la possibilité d'effectuer des traitements non inclus dans ce panier en cas d'« impérieuse nécessité des soins ».

Cette clause semble avoir été largement utilisée par les professionnels interrogés afin de s'affranchir des limites imposées. Mais elle place les professionnels en situation nouvelle de demande de dérogation. Signalées dans tous les sites, ces difficultés se concentrent essentiellement sur les soins dentaires en raison des difficultés de négociations sur les tarifs, d'ailleurs très variables d'une région à l'autre, et sur les actes pris en compte.

Enfin, une particularité de la définition du panier de soins a posé une difficulté d'ordre technique aux organismes payeurs, soulignée dans presque tous les sites observés : alors que les forfaits optiques et surtout dentaires sont plafonnés pour chaque assuré sur une période de deux ans, il n'existe généralement pas d'outil de suivi pour contrôler ces plafonds.

Une appréciation généralement positive de la solvabilisation de la demande de la part des professionnels de santé, mais avec des interrogations

L'ensemble des acteurs interrogés reconnaissent toutefois que, dans un grand nombre de départements, la CMU offre souvent une possibilité de consommation supérieure à celle permise par les systèmes d'aide antérieurs en raison de l'éventail des soins pris en charge. Le fait que les tarifs du panier de soins s'imposent à tous les professionnels de santé ouvre aux populations mal protégées la possibilité d'un accès à une offre plus diversifiée. Il était encore trop tôt au moment où les enquêtes monographiques ont été réalisées pour apprécier si l'exercice de cette liberté s'est réellement traduit dans les faits. On peut cependant noter une baisse de la fréquentation des structures de soins gratuits dans les sites observés qui disposent d'une telle offre. Mais il ne faut sans doute pas sous-estimer le fait que l'accès à l'offre sanitaire or-

dinaire, organisée en marché, nécessite de la personne soignée une appréciation de la prestation, de son utilité, de son coût, de son efficacité, qui suppose l'apprentissage du comportement de « patient ». Dans cette perspective, le développement de la prévention, dimension que beaucoup jugent trop absente de la CMU, est envisagé par les caisses et les conseils généraux dans certains départements à l'occasion des réflexions sur les dispositifs de lissage de seuils (site 2).

L'ensemble des professionnels de santé interrogés dans le cadre des enquêtes a formulé une appréciation positive de la CMU en termes de solidarité envers des populations défavorisées et de solvabilisation de la demande de soins qui permet moins d'actes gratuits. Cependant, la logique du panier de soins est perçue par certains d'entre eux comme un affaiblissement de leur implication en tant qu'acteur de la solidarité. Le fait que la CMU permette aux bénéficiaires d'intégrer le régime commun transforme leur rôle. Il ne s'agit plus pour les professionnels de prodiguer « aussi » des soins à des personnes en difficulté mais d'appliquer un droit reconnu. Dans le même temps, certains professionnels dans les sites les plus touchés par la précarité regrettent que le plafond de revenus soit trop faible pour que certains bénéficiaires de minima sociaux accèdent à la CMU et disent craindre le risque de voir se développer une médecine à deux vitesses.

Un accès aux soins qui est apparu parfois limité dans les faits

L'accès aux soins peut présenter des difficultés liées à l'offre de soins, variable d'un site à l'autre, et aux comportements des professionnels. Des différences notables ont notamment été repérées par les études monographiques entre les généralistes et les spécialistes, en particulier pour les

soins optiques et dentaires.

Dans l'un des sites étudiés (site 1), près de 70 % des spécialistes exercent dans le secteur à honoraires libres, alors que dans un autre (site 2), les tarifs dentaires pratiqués n'excèdent que de très peu les remboursements de la Sécurité sociale. La présence importante de mutuelles dans deux départements (sites 5 et 6) contribue également à faire varier la façon dont se « polarise » l'offre de soins. Leur impact peut en effet s'exercer soit à travers les structures de soins dont elles disposent localement soit par une incitation à la baisse des tarifs. En particulier sur un site, l'organisation des mutuelles a permis de faire baisser les prix pratiqués pour l'ensemble de la population.

Bien que des refus de soins n'aient pas été concrètement repérés au cours de l'étude, certains professionnels ont reconnu un phénomène d'éviction, en particulier les dentistes qui ont souvent considéré que les tarifs, jugés trop bas, et le panier de biens couverts ne permettent pas de faire le travail souhaité. De ce fait, même s'ils ne refusent pas les soins, certains professionnels disent inciter les bénéficiaires de la CMU à aller se faire soigner dans les centres de santé mutualistes. Ces derniers peuvent alors voir leur clientèle défavorisée prendre de plus en plus d'importance au détriment de leur équilibre financier. Ces processus dépendent de la structure locale de l'offre de soins et notamment des tarifs pratiqués : le phénomène d'éviction est moins évoqué là où les dentistes pratiquent des tarifs plus bas et soignent, de ce fait, les bénéficiaires de la CMU à des tarifs très peu inférieurs à la moyenne, au

moins pour les prothèses courantes.

D'autres difficultés signalées par les travailleurs sociaux des sites 1 et 3 sont dues au fait que dans le cas d'une hospitalisation, si l'admission à la CMU complémentaire n'est pas immédiate, la personne devra payer le forfait hospitalier alors que l'aide médicale permettait un remboursement *a posteriori* dès que la personne obtenait l'aide médicale.

Certaines évolutions, évoquées par certains acteurs rencontrés, paraîtraient susceptibles d'atténuer ces difficultés. Les réflexions en cours, portant sur des dispositifs locaux d'aide à la mutualisation au-dessus des seuils de la CMU (site 6), dessinent, par exemple, des possibilités d'élargissement du périmètre de la population actuellement bénéficiaire. Sur ce dernier point, on peut noter que des aides départementales ont été développées en 2000 dans au moins une trentaine de départements en direction des personnes non bénéficiaires de la CMU. Ces aides sont, en général, soit ciblées sur des publics particuliers, soit consacrées à des prises en charge nouvelles de dépenses de soins¹.

Un accompagnement social ressenti comme une nécessité par les acteurs

Dans tous les exemples étudiés, les acteurs ont largement émis l'opinion que, pour la frange la plus désocialisée des bénéficiaires de la CMU, les ressources sanitaires ne peuvent être accessibles qu'à l'aide d'un accompagnement social. Si le maintien de lieux de soins spécifiques leur paraît nécessaire pour conforter

l'accès aux soins, d'autres structures que les structures médicales humanitaires leur semblent aussi pouvoir jouer un rôle. Ainsi, on observe sur le terrain le repositionnement de certains dispensaires humanitaires, qui délivraient jusqu'alors des soins gratuits, vers des pratiques d'orientation en direction du système sanitaire ordinaire (sites 1 et 2), ou le développement de l'action du service social de certaines CRAM (région des sites 5 et 6) ou encore la redéfinition des missions que s'assignent certaines CPAM (site 5). Dans l'un des sites étudiés, l'École dentaire s'est engagée dans ce type de réflexion et pourrait accueillir une PASS (permanence d'accès aux soins de santé, instaurée par la loi de lutte contre les exclusions). Dans certains sites, des généralistes, qui avant la CMU soignaient quelquefois gratuitement des patients non solvables, jouent également un rôle dans l'accès à la santé. Autre exemple, dans l'un des sites, une mutuelle, s'appuyant sur son statut d'organisme à but non lucratif, a souhaité se voir confier par l'État la fonction d'accompagnateur social (circulaire de juin 2000). De telles dynamiques n'existent cependant pas partout : les études montrent que leur engagement reste dépendant d'opportunités et de facteurs locaux, au premier rang desquels les caractéristiques de l'offre de soins et la plus ou moins grande adhésion des professionnels au dispositif. ●

1. Marie RUAULT, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2000 », Études et Résultats n° 121, juin 2001.

Études et résultats derniers numéros parus

- Laurence Assous : « *Les opinions des Français au début 2000 en matière d'âge de départ à la retraite* », Études et Résultats n° 150, décembre 2001.
- Christine de Peretti, Martine Wcislo et Jean-Marc Nadal : « *Les patients soignés pour infection à VIH en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour* », Études et Résultats n° 149, décembre 2001.
- Dominique Demailly avec la collaboration d'Élisabeth Algava et Christel Gilles : « *Les allocataires des minima sociaux en 2000* », Études et Résultats n° 148, décembre 2001.
- Odile Mesnard : « *Les retraites en 2000* », Études et Résultats n° 147, décembre 2001.
- Sophie Audric : « *Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux* », Études et résultats n° 146, novembre 2001.
- Annick Vilain et Xavier Niel : « *Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital* », Études et résultats n° 145, novembre 2001.
- Marie Ruault : « *Aide sociale à l'enfance : quelle organisation dans les départements ?* », Études et résultats n° 144, novembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001* », Études et résultats n° 143, novembre 2001.
- Nathalie Duthheil : « *Les aides et les aidants des personnes âgées* », Études et Résultats n° 142, novembre 2001.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001* », Études et résultats n° 141, octobre 2001.
- Bertrand Lhommeau : « *Les prestations familiales et de logement en 2000* », Études et résultats n° 140, octobre 2001.
- Jean-Pierre Dupuis : « *Les comptes de la protection sociale en 2000* », Études et résultats n° 139, octobre 2001.
- Sandrine Dufour-Kippelen : « *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution* », Études et résultats n° 138, octobre 2001.
- Christel Gilles : « *La réforme de l'aide sociale aux États-Unis – Un bilan après 5 ans d'application* », Études et résultats n° 137, septembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance à domicile – L'évaluation des besoins par le plan d'aide* », Études et résultats n° 136, septembre 2001.
- Michel Forsé et Maxime Parodi : « *Un panorama des opinions à l'égard de l'État-providence – Étude de l'enquête barométrique de la DREES – vague 1* », Études et résultats n° 135, septembre 2001.
- Élisabeth Algava et Mathieu Plane : « *Vieillesse et protection sociale : une projection comparée pour six pays de l'Union européenne* », Études et résultats n° 134, septembre 2001.
- Nelly Gouider : « *La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier trimestre 2001* », Études et résultats n° 133, septembre 2001.
- Annie Fénina : « *Les Comptes de la santé en 2000* », Études et résultats n° 132, août 2001.
- Carole Bonnet, Martine Burdillat, Nicole Coëffic, Christel Colin, Michèle Lelièvre et Bernard Salzmann, d'après l'étude réalisée par Yves Chassard et Giovanni Tamburi : « *Les systèmes de retraite complémentaire non obligatoires dans sept pays* », Études et résultats n° 131, août 2001.
- Gérard Abramovici : « *Les prestations sociales en 2000* », Études et résultats n° 130, août 2001.

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 ● Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 ● Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/html/publication

Ministère de l'Emploi et de la solidarité

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication



- un hebdomadaire :

Études et résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'administration sanitaire et sociale ;

autres thèmes : CMU, accidents du travail, hôpital »

n° 4, octobre-décembre 2001

Dossiers solidarité et santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Études sociales », n° 3, juillet-septembre 2001

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale

- et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

**Indicateurs sociosanitaires
comparaisons internationales - évolution 1980-1994**
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr