

PROTECTION SOCIALE

ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales et des accidents du travail

Bureau de la couverture maladie universelle
et des prestations de santé (2A)

Circulaire interministérielle DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active

NOR : SASS0916024C

Date d'application : 1^{er} juin 2009.

Résumé : le revenu de solidarité active doit permettre à ses demandeurs et bénéficiaires de bénéficier sans délai d'une couverture maladie complète (assurance maladie et protection complémentaire en matière de santé). Des échanges d'informations entre caisses d'allocations familiales et caisses d'assurance maladie, ou entre les différents services des caisses de mutualité sociale agricole, doivent être mis en œuvre pour permettre la rapidité nécessaire à l'ouverture des droits à cette couverture maladie.

Mots clés : sécurité sociale – protection sociale ; prestation sociale, RMI – RSA ; assurance sociale, assurance maladie – CMU ; protection sociale, protection sociale complémentaire. assurance maladie complémentaire.

Références :

Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 ;

Décret n° 2009-404 du 15 avril 2009 ;

Articles L. 861-2, L. 861-5, R. 861-5 et R. 861-7 du code de la sécurité sociale ;

Articles L. 262-1 à L. 262-58, R. 262-1 à R. 262-101 du code de l'action sociale et des familles.

Textes abrogés ou modifiés :

Articles L. 861-2, L. 861-5, R. 861-5 et R. 861-7 du code de la sécurité sociale (modifiés) ;

Articles L. 262-1 à L. 262-55, R. 262-1 à R. 262-87 du code de l'action sociale et des familles (modifiés).

Annexes : néant.

Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ; la ministre de la santé et des sports ; le haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, haut-commissaire à la jeunesse, à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales ; direction de la solidarité et de la santé ; directions de la santé et du développement social [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales ; direction de la solidarité et de la santé ; directions de la santé et du développement social ; direction départementale de la sécurité sociale [pour information]) ; Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (pour information) ; Monsieur le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants (pour information) ; Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (pour information) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (pour information) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie : Banque de France, CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, Port autonome de Bordeaux, RATP, SNCF (pour information).

Le revenu de solidarité active (RSA), généralisé en France métropolitaine au 1^{er} juin 2009, constitue un axe fondamental de la politique de solidarité des pouvoirs publics. La loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion prévoit que le dispositif soit étendu au plus tard le 1^{er} janvier 2011 dans les départements d'outre-mer et les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Ce dispositif qui autorise de manière pérenne le cumul entre revenus du travail et prestation de solidarité poursuit quatre objectifs :

- offrir des moyens convenables d'existence à toute personne privée de ressources ;
- faire en sorte que chaque heure travaillée se traduise, pour l'intéressé, par un accroissement du revenu disponible – c'est-à-dire que le travail « paie » et ce, dès la première heure travaillée ;
- compléter les ressources des personnes reprenant une activité pour réduire la prévalence de la pauvreté au sein de la population active occupée ;
- simplifier les mécanismes de solidarité de façon à les rendre plus lisibles.

Pour parvenir à la réalisation de ces objectifs, il est essentiel que les personnes démunies qui demanderont le RSA puis seront appelées à en bénéficier puissent disposer simplement et rapidement de tous leurs droits, et en particulier de leur droit à être couverts en cas de maladie ou de maternité. Le rôle des caisses de sécurité sociale et les échanges systématiques à opérer entre elles sont donc fondamentaux pour ce plein accès au droit à la prise en charge des frais de santé et de maternité. Afin de pouvoir mesurer le degré de réalisation de cet objectif, les caisses nationales d'assurance maladie sont appelées à faire connaître à la direction de la sécurité sociale à la fin du mois de septembre 2009 le taux de recours à la protection complémentaire en matière de santé des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) au démarrage du dispositif du RSA.

La présente circulaire précise les actions que les caisses de sécurité sociale devront développer pour garantir cet accès au droit, tant pour la couverture de base que pour la couverture complémentaire. S'agissant de ce dernier volet, plus complexe, elle détaille les mécanismes à mettre en place, notamment en termes d'échanges d'informations, pour que les demandeurs et les bénéficiaires du RSA dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire du RSA bénéficient immédiatement de la protection complémentaire en matière de santé instituée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

I. – COUVERTURE MALADIE ET MATERNITÉ DE BASE

La mise en œuvre du RSA ne modifie en rien les règles d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie et maternité de base, sauf pour une catégorie très spécifique de bénéficiaires du régime général : les anciens titulaires de l'allocation de parent isolé (API) prévue à l'article L. 524 du code de la sécurité sociale, abrogé à compter du 1^{er} juin 2009 par la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion. En application de l'article L. 381-2 du code de la sécurité sociale, abrogé par la même loi, les bénéficiaires de l'API étaient obligatoirement affiliés au régime général, pour le bénéfice des prestations en nature, en l'absence de toute possibilité d'être couverts à un autre titre (maintien de droit, qualité d'ayant droit, activité professionnelle, etc.).

L'API a été remplacé au 1^{er} juin 2009 par le RSA majoré prévu à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles. Les ex-bénéficiaires de l'API basculent automatiquement dans le nouveau dispositif sans faire aucune démarche. S'il n'existe plus d'affiliation obligatoire au régime général pour cette catégorie de bénéficiaires du RSA, les règles classiques d'affiliation au régime professionnel concerné ou au régime général sur condition de résidence (CMU de base) doivent donc être appliquées au moment du réexamen des droits comme pour toute nouvelle demande d'affiliation à un régime d'assurance maladie et maternité.

J'attire votre attention sur le fait qu'il convient par conséquent de scrupuleusement veiller à ce que les personnes titulaires de cette allocation jusqu'au 1^{er} juin 2009 et bénéficiaires de l'assurance maladie et maternité à ce titre ne se retrouvent pas sans affiliation ni droits ouverts du simple fait de la disparition des dispositions précitées. L'objectif doit être de maintenir la couverture de ces personnes sans que des courriers leur soient adressés à partir des renseignements déjà à disposition. Si un envoi de courrier s'avérait nécessaire, celui-ci devrait être rédigé de façon à rassurer l'intéressé, sans lui laisser penser qu'il se trouve en rupture de droit.

II. – COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

La loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion prévoit que les bénéficiaires du RSA dont les ressources sont inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA applicable en fonction de la composition du foyer, le cas échéant majoré en application de l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, sont réputés remplir les conditions d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (deuxième alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale). Ce montant forfaitaire est le même que le montant du RMI : il a donc été fixé pour son entrée en vigueur à 454,63 euros mensuels pour une personne seule par l'article 1^{er} du décret n° 2009-404 du 15 avril 2009 ; ce montant est augmenté en fonction de la composition du foyer selon des coefficients également identiques à ceux prévus pour le RMI (article R. 262-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles, introduit par l'article 2 de ce décret). L'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles prévoit la majoration du montant forfaitaire pour les personnes isolées assumant la charge d'un ou plusieurs enfants ou en état de grossesse.

En disposant que les organismes chargés du service du RSA (caisses d'allocations familiales et caisses de mutualité sociale agricole) apportent leurs concours et transmettent sans délai les demandes de protection complémentaire en matière de santé aussi bien pour les demandeurs que pour les bénéficiaires du RSA dont les ressources sont inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA (deuxième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale complété par le 16° du I de l'article 11 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008), le législateur a souhaité manifester le principe selon lequel non seulement les bénéficiaires, mais aussi les demandeurs du RSA dont les ressources sont inférieures à ce montant, doivent pouvoir bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé dans les meilleurs délais.

A. – LES DEMANDEURS DU RSA DONT LES RESSOURCES SONT INFÉRIEURES OU ÉGALES AU MONTANT FORFAITAIRE

En vertu de ce principe, il conviendra de considérer que les demandeurs du RSA dont les ressources apparaissent *a priori* inférieures au montant forfaitaire doivent pouvoir bénéficier immédiatement de la protection complémentaire en matière de santé, sur la base d'une présomption de conditions d'accès (résidence et ressources) réunies, avec effet au premier jour du mois du dépôt de la demande, au titre de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale, comme actuellement les demandeurs du RMI.

Il conviendra donc de présumer, en fonction des éléments du dossier, que les demandeurs du RSA disposent de ressources inférieures au montant forfaitaire pour leur attribuer la protection complémentaire en matière de santé selon la procédure d'attribution immédiate prévue par la circulaire interministérielle DSS/2A n° 2008-155 du 7 mai 2008 relative aux modalités d'attribution immédiate de la protection complémentaire en matière de santé (remise immédiate d'une attestation provisoire de droit pour une durée réduite, en général de trois mois, puis d'une nouvelle attestation pour le reliquat de la période d'un an si les droits sont confirmés).

En conséquence, toute personne déposant auprès de sa caisse d'assurance maladie une demande de protection complémentaire en matière de santé munie d'une attestation de la caisse d'allocations familiales (CAF) ou de la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) de demande de RSA avec des ressources présumées ne pas excéder le montant forfaitaire doit pouvoir bénéficier immédiatement de la protection complémentaire en matière de santé selon la procédure précitée d'attribution immédiate.

B. – LES BÉNÉFICIAIRES DU RSA

1. Les bénéficiaires du RSA dont les ressources sont inférieures ou égales au montant forfaitaire

Toute personne bénéficiaire du RSA et dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire doit bénéficier sans délai de la protection complémentaire en matière de santé. Les caisses d'assurance maladie pourront vérifier que l'intéressé répond à ces qualités et condition au moyen des échanges automatisés avec les caisses d'allocations familiales ou à partir de la consultation de l'outil électronique CAFPRO développé par la caisse nationale des allocations familiales, accessible sur le site internet www.caf.fr (toutefois, pour les ressortissants des caisses de MSA, ces vérifications sont effectuées entre services de la même caisse de MSA). Celles-ci doivent en effet fournir aux caisses d'assurance maladie l'information d'attribution ou de refus de RSA en distinguant les bénéficiaires dont les ressources sont inférieures ou égales au montant forfaitaire et ceux dont les ressources sont supérieures à ce montant. Dans le cas exceptionnel où cette information ne serait pas disponible par flux automatisé, une attestation de la CAF pourra être demandée à l'intéressé. La CAF devra lui remettre cette attestation sans délai.

2. Les bénéficiaires du RSA dont les ressources sont supérieures au montant forfaitaire et les personnes ayant bénéficié du RSA au cours des douze derniers mois

Les caisses d'assurance maladie sont invitées à veiller, à compter de l'entrée en vigueur du RSA, fixée au 1^{er} juin 2009 pour les résidents de France métropolitaine, à exclure le RSA des ressources prises en compte pour l'appréciation du droit à la protection complémentaire en matière de santé et à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale complété par le a du 15^o du I de l'article 11 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008).

Il vous est rappelé par ailleurs que lorsqu'il apparaît après étude des droits que des personnes ne sont pas éligibles à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, il est indispensable d'étudier les droits de ces mêmes personnes à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé prévue à l'article L. 863-1 du même code, permettant également de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires, en venant diminuer leur prime ou cotisation d'assurance complémentaire de santé individuelle versée à un organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance). Cette aide est également attribuée sous condition de résidence et de ressources et est spécialement destinée aux foyers dont les ressources excèdent légèrement le plafond de la protection complémentaire en matière de santé. Le formulaire de demande conjointe de protection complémentaire en matière de santé et d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé doit permettre un traitement rapide de la demande d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé lorsque le foyer de l'intéressé n'est pas éligible à la protection complémentaire en matière de santé.

C. – ARTICULATION DES RELATIONS ENTRE CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le dispositif du RSA a été conçu pour que les demandeurs et bénéficiaires (notamment à l'occasion du dépôt de la déclaration trimestrielle de ressources) du RSA puissent effectuer en même temps auprès d'un organisme unique, l'organisme chargé du service du RSA, une demande de protection complémentaire en matière de santé.

Cet organisme unique existe déjà pour les personnes relevant de leur caisse de MSA. Dans les régimes autres que le régime agricole, l'organisme chargé du service du RSA est la CAF alors que l'organisme chargé de l'instruction des demandes de protection complémentaire est la caisse d'assurance maladie dont relève l'intéressé.

C'est pourquoi le législateur a étendu la mission d'aide aux demandeurs dans leurs démarches pour obtenir la protection complémentaire en matière de santé, actuellement dévolue aux services sociaux, associations ou organismes agréés et établissements de santé, aux organismes chargés du service du RSA pour les demandeurs et bénéficiaires du RSA.

Compte tenu de l'impact en gestion de cette nouvelle mission, celle-ci pourra être mise en œuvre progressivement.

Nous vous proposons donc de la décliner en deux étapes.

1. Délivrance d'une attestation de demande de RSA

Dans un premier temps, les caisses d'allocations familiales délivreront systématiquement une attestation de demande de RSA pour les demandeurs du RSA dont les ressources ne dépassent pas a priori le montant forfaitaire. Cette attestation devra préciser cette indication concernant les ressources. Il reviendra à l'instructeur de la demande de RSA d'ajouter sur l'attestation de dépôt de demande de RSA, si elle n'y figure pas, la mention ressources présumées inférieures ou égales au montant forfaitaire, avec cachet, quand il s'agira d'un futur bénéficiaire présumé du RSA socle.

La connaissance exacte des ressources du demandeur ne pouvant être acquise que lors de la phase de liquidation, donc dans un délai incompatible avec une attribution en urgence de la protection complémentaire en matière de santé, il conviendra de s'en tenir à un montant présumé de ressources à partir de critères simples pouvant être détectés au vu des renseignements portés sur le formulaire de demande de RSA lors de l'entretien d'instruction. Ainsi, pourront être présumés disposer de ressources inférieures au montant forfaitaire les demandeurs du RSA :

- n'ayant porté dans leur déclaration trimestrielle de ressources au cours des trois derniers mois aucun revenu d'activité professionnelle et aucune indemnité de chômage prévue aux articles L. 5421-1 et L. 5421-2 du code du travail (qu'il s'agisse de l'allocation d'assurance, des allocations de solidarité comprenant l'allocation de solidarité spécifique, l'allocation de fin de formation, l'allocation temporaire d'attente, l'allocation forfaitaire du contrat nouvelles embauches, l'allocation équivalent retraite, ou des régimes particuliers propres à certaines professions) ;
- ou ayant porté dans leur déclaration trimestrielle de ressources au cours des trois derniers mois un total de ressources trimestrielles dont la moyenne mensuelle n'excède pas le montant forfaitaire ;
- ou ayant mentionné dans le formulaire de demande de RSA la fin de perception, à la date de cette demande, de revenu professionnel et d'indemnité de chômage (régime d'assurance, de solidarité ou particulier), non compensée par un revenu de substitution, ce qui leur permet une neutralisation des ressources.

Lors de cet entretien d'instruction, il est très important de rappeler aux intéressés que, pour bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, ils devront choisir l'organisme appelé à leur servir les prestations : il s'agit soit de la caisse d'assurance maladie d'affiliation, soit d'un organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé (cette liste est disponible sur le site internet www.cmu.fr).

Les personnes qui ne pourront pas obtenir une attestation de leur CAF à partir des critères précités auront la possibilité de demander à leur caisse d'assurance maladie une attribution immédiate de la protection complémentaire en matière de santé si elles s'y croient fondées, notamment dans le cas où elles porteront à la connaissance de la caisse d'assurance maladie un besoin rapide de soins.

Pour les personnes dont le bénéfice du RSA a finalement été refusé (ou accordé au titre d'un revenu excédant le montant forfaitaire), la CAF transmettra cette information aux caisses d'assurance maladie concernées dans le cadre du flux dématérialisé transmis régulièrement aux caisses d'assurance maladie, ainsi que l'ensemble des pièces relatives à la résidence et aux ressources, comme le précisait la circulaire interministérielle DSS/2A n° 2008-155 du 7 mai 2008.

Dans ce cas, il appartiendra à la caisse d'assurance maladie de déclencher une instruction des ressources et/ou de la résidence prévue à l'article L. 861-1 du CSS pour examiner la demande de protection complémentaire en matière de santé, dans les mêmes conditions que celles prévues actuellement pour les attributions immédiates de la protection complémentaire en matière de santé des demandeurs du RMI (point 2.2 de la circulaire interministérielle précitée).

Il conviendra que les caisses nationales d'assurance maladie veillent à transmettre à la direction de la sécurité sociale un bilan trimestriel des attributions immédiates, en distinguant les demandeurs du RSA dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire et les autres demandeurs d'attribution immédiate, au cours de la première année de mise en œuvre du RSA. Ce bilan devra mentionner le nombre d'attributions immédiates prononcées, leur proportion par rapport au total des demandes et des attributions de la protection complémentaire en matière de santé, le nombre de confirmations et de refus d'attribution à l'issue de la période définie par l'attestation provisoire ainsi que le nombre de dossiers ayant nécessité une nouvelle instruction après la délivrance d'une attestation provisoire.

2. Constitution simultanée du dossier de demande de protection complémentaire en matière de santé

Afin de permettre à toute personne intéressée de demander par une démarche unique le bénéfice du RSA sous réserve de ressources n'excédant pas le montant forfaitaire, et la protection complémentaire en matière de santé, il appartiendra dans un second temps aux CAF de faire remplir aux demandeurs le formulaire de demande de protection complémentaire en matière de santé accompagné du formulaire de choix de l'organisme chargé de cette protection (caisse d'assurance maladie, mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise régie par le code des assurances) en même temps que le formulaire de demande de RSA. Il est particulièrement important de veiller à ce que les personnes concernées choisissent explicitement l'organisme qui sera chargé de leur servir les prestations de la protection complémentaire en matière de santé.

Les conditions de précarité dans lesquelles se trouvent les intéressés rendent indispensable la mise en œuvre de ce nouveau service apporté par les CAF dans les meilleurs délais. La réussite de ce dispositif commande, en tout état de cause, que l'exercice de cette nouvelle mission ne soit pas différé au-delà de la présente année civile. À cette fin, toutes les informations nécessaires sur la constitution du dossier de demande de CMU complémentaire seront mises à la disposition des caisses d'allocations familiales par les caisses d'assurance maladie au cours de l'année 2009. En outre, des formations des agents des CAF pourront utilement être organisées.

Les CAF transmettront alors sans délai à la caisse d'assurance maladie, outre l'attestation de demande du RSA avec ressources présumées inférieures au revenu forfaitaire, les deux formulaires précités, conformément aux indications portées au III du A de la circulaire DSS-2A/DAS/DIRMI n° 2000-382 du 5 juillet 2000. En particulier, les CAF devront veiller à apposer leur cachet sur le formulaire de demande de protection complémentaire en matière de santé. Ce cachet vaudra certification des informations fournies quant aux ressources présumées.

Il est souhaitable que cette transmission soit opérée par flux dématérialisé dans les meilleurs délais possibles.

Par ailleurs, une nouvelle version du formulaire de demande de protection complémentaire en matière de santé ou d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé sera prochainement disponible. Celle-ci permettra de détecter si le demandeur de la protection complémentaire en matière de santé est demandeur du RSA ou s'il en est bénéficiaire (avec des ressources présumées ne pas excéder le montant forfaitaire dans les deux cas). La mise à disposition de cette nouvelle version permettra donc aux CAF de se dispenser de transmettre à la caisse d'assurance maladie l'attestation de demande du RSA avec des ressources présumées inférieures au montant forfaitaire, dans la mesure où son cachet, apposé sur ce formulaire, vaudra certification de cette information.

Toutefois, les CAF devront, même après modification du formulaire de demande de protection complémentaire en matière de santé, délivrer sur demande de l'intéressé une attestation de demande de RSA avec ressources présumées inférieures au montant forfaitaire, au cas notamment où l'intéressé souhaiterait déposer lui-même sa demande de protection complémentaire en matière de santé auprès de sa caisse d'assurance maladie.

En tout état de cause, il est souhaitable que les CAF et tous les autres organismes instructeurs du RSA délivrent dès que possible une attestation de dépôt de demande du RSA à tout demandeur (y compris si ses ressources présumées sont supérieures au revenu forfaitaire).

3. Cas particulier des ressortissants du régime agricole

Les modalités définies ci-dessus doivent pouvoir s'appliquer à tous les demandeurs et bénéficiaires du RSA. Toutefois, les ressortissants du régime agricole s'adressent au même organisme pour leur demande de RSA et de protection complémentaire en matière de santé (sous réserve du choix de l'organisme d'affiliation prévu à l'article L. 731-10 du code rural pour les ressortissants du régime des exploitants agricoles). Dans ce cas, les échanges prévus ci-dessus devront être effectués de manière interne entre les services concernés de la caisse.

Pour les ministres et par délégation :

*Le directeur
de la sécurité sociale,*

D. LIBAULT