

**RAPPORT**  
**SUR LE PROJET DE LOI, N° 1089,**  
**RELATIVE A LA COUVERTURE MEDICALE SUBSIDIAIRE**

(Rapporteure au nom de la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses :

Madame Marie-Noëlle GIBELLI)

Le projet de loi relative à l'aide médicale de l'Etat payante a été déposé au Secrétariat Général du Conseil National et enregistré par celui-ci le 6 février 2024, sous le numéro 1089. L'annonce officielle de son dépôt est intervenue lors de la Séance Publique du 22 février 2024, au cours de laquelle il a été renvoyé devant la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses.

Ce projet de loi a pour objet d'instituer une nouvelle prestation, initialement intitulée « *aide médicale de l'Etat payante* », pour les personnes de nationalité monégasque ou étrangères résidant en Principauté de façon stable et régulière depuis au moins cinq années, qui :

- ne relèveraient d'aucun organisme d'assurance maladie monégasque ou étranger ;
- justifieraient de trois refus de prise en charge par des assurances privées ;
- seraient inéligibles à l'aide médicale de l'Etat.

Plus précisément, ce mécanisme prévoit, moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, une couverture médicale de base pour la prise en charge, par l'Office de protection sociale, des frais médicaux en cas de maternité et de maladie, autre que maladie professionnelle ou accident du travail, invalidité ou décès.

Comme cela est rappelé dans l'exposé des motifs du présent projet de loi, ce nouveau dispositif s'inscrit dans une meilleure garantie du droit à la santé consacré, tant par l'article 26 de la Constitution, que par les engagements internationaux souscrits par la Principauté en matière de santé, notamment par la voie de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Afin de mieux appréhender l'ensemble des enjeux du présent projet de loi, la Commission a consulté :

- le Conseil Économique, Social et Environnemental ;
- le Haut Commissariat à la Protection des Droits, des Libertés et à la Médiation;
- la Chambre monégasque de l'assurance ;
- le Syndicat Professionnel des Intermédiaires d'Assurance ;
- l'Ordre des médecins ;
- l'Ordre des pharmaciens ;
- le Centre Hospitalier Princesse Grace ;
- les services et directions du Gouvernement chargés de mettre en œuvre le présent dispositif.

Votre Rapporteuse souhaite remercier l'ensemble des entités ayant fait part de leur avis, permettant ainsi aux élus d'apporter des compléments utiles au texte déposé par le Gouvernement.

Votre Rapporteuse souhaite également remercier les représentants du Département des Affaires Sociales et de la Santé, du Service des Prestations Médicales de l'État ainsi que ceux de l'Office de Protection Sociale pour la qualité des échanges intervenus en réunion de travail et qui permettent de soumettre au vote des élus un texte équilibré et adapté aux objectifs poursuivis par le présent dispositif.

Ces éléments contextuels mentionnés, peuvent être à présent exposées les principales modifications opérées par la Commission dans le cadre de l'élaboration du texte consolidé.

En premier lieu, il convient d'apporter des précisions sur les raisons ayant conduit la Commission à renommer la prestation instituée par le présent projet de loi.

Lors des échanges intervenus avec les services du Gouvernement, il est apparu que le terme « *aide médicale de l'Etat payante* » pouvait conduire à une confusion avec le régime général des aides sociales prévu par la loi n° 1.465 du 11 décembre 2018 relative à l'aide à la famille monégasque et à l'aide sociale, modifiée, consacrant déjà l'« *aide médicale de l'Etat* ».

De surcroît, Monsieur le Conseiller de Gouvernement – Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a fait savoir qu'il ne considérait pas ce mécanisme comme une aide sociale *stricto sensu*, mais comme un dispositif s'apparentant davantage à un mécanisme « *assuranciel* » proposé par l'Etat, subsidiaire et payant, visant à pallier l'absence de prise en charge par le secteur privé, indépendamment des conditions de ressources du bénéficiaire.

Par conséquent, en accord avec le Gouvernement, la Commission a modifié le nom de cette prestation en la désignant comme une « *couverture médicale subsidiaire* » au sein de l'intitulé et de l'ensemble du dispositif, afin de mieux en traduire l'objet. En outre, une interrogation a porté sur le maintien de la mention « *payante* » dans l'intitulé du dispositif. Ce qualificatif paraissait se justifier, voire être nécessaire, dans l'appellation d'origine afin de bien distinguer ce dispositif de l'Aide Médicale d'Etat gratuite. Dans la mesure où le nouveau dispositif porte désormais un nom autonome, à l'instar des produits de nature assurantielle, il n'est pas apparu nécessaire de conserver la mention « *payante* ».

En deuxième lieu, s'agissant du renouvellement annuel de la couverture médicale subsidiaire, et afin d'alléger les formalités administratives qui pèsent sur les bénéficiaires à cette occasion, les élus ont souhaité que le demandeur n'ait à justifier que d'un seul refus de prise en charge par les assureurs privés, et non de trois refus de prise en charge. Le texte a donc été amendé afin d'apporter une précision en ce sens.

En troisième lieu, au vu de la nature et de l'objet de cette couverture médicale les élus ont décidé, en accord et concertation avec le Gouvernement, de limiter son bénéfice au seul demandeur.

En effet, il est rappelé que la couverture médicale subsidiaire aura vocation, en pratique, à se substituer à défaut d'assurance privée du fait, par exemple, d'un risque aggravé que présente l'état de santé de la personne. Par conséquent, il n'est pas apparu opportun d'affilier systématiquement les ayants droit d'un bénéficiaire alors que ceux-ci ne se trouveraient pas nécessairement dans la même situation d'impossibilité de souscrire un contrat d'assurance privée. C'est pourquoi, sur la base des échanges qui se sont tenus avec les services du Gouvernement, il est préférable que le bénéfice de la couverture médicale subsidiaire revête un caractère individuel.

En quatrième et dernier lieu, les services du Gouvernement ont confirmé aux élus, à leur demande, que ce dispositif aura vocation à pallier toute carence des assureurs privés, et ce même en cas de refus de prise en charge partielle. La Commission a donc décidé de le préciser au sein du texte et a amendé l'article premier en ce sens. Cela permettra, dès lors, à des personnes couvertes dans le cadre d'un contrat d'assurance souscrit auprès d'un opérateur privé, pour d'autres actes médicaux, d'accéder à une prise en charge au titre de la couverture médicale subsidiaire pour des pathologies particulières exclues dudit contrat.

Sous le bénéfice de ces observations d'ordre général, votre Rapporteuse entend apporter maintenant certaines observations concernant les amendements opérés par la Commission.



Au cours de l'examen du présent projet de loi, outre des modifications typographiques et de pure forme qui ne seront pas explicitées, la Commission a procédé aux amendements de fond qui suivent.

A titre liminaire, et du fait de l'exclusion des ayants droit du bénéfice du présent dispositif pour conférer à la couverture médicale subsidiaire un caractère individuel, les mineurs pourront désormais en être titulaires à titre personnel s'ils répondent aux conditions requises par la loi.

Il convenait à cet effet de préciser que les mineurs seront assujettis aux obligations déclaratives par le biais de leur représentant légal, en raison de leur incapacité juridique.

Par conséquent, les dispositions du présent dispositif, relatives aux obligations, et à la sanction de leurs manquements ont été amendés afin de faire explicitement référence au représentant légal tant du mineur que du majeur incapable.

Les articles 2, 3, 4, 5 et 6 du projet de loi sont amendés en ce sens.



Outre les éléments développés en partie générale, l'article premier du projet de loi relatif aux conditions du bénéfice de la couverture médicale subsidiaire a été amendé afin de préciser la notion « *d'assurance de santé* » en vue de mieux dissocier ce qui relève d'un contrat d'assurance ou d'un régime obligatoire. Cela permet également de rapprocher la terminologie employée par le projet de loi, de celle usitée par la loi n° 1.465, modifiée, précitée, et d'autres dispositifs existants en matière assurancielle.

Ce faisant, les termes retenus au sein du chiffre 3°) du premier alinéa et de l'alinéa 2 visant « *l'impossibilité de souscrire un contrat d'assurance individuel auprès d'une compagnie d'assurance privée* » clarifient les critères permettant aux éventuels demandeurs de prétendre au bénéfice de cette couverture médicale subsidiaire.

Au surplus, et en concertation avec le Gouvernement, les élus ont jugé opportun d'encadrer les refus de prise en charge opposés par les assureurs privés au demandeur de la couverture dans un certain délai afin de s'assurer de l'actualité de la situation alléguée par ce dernier. Par conséquent, les trois refus concernés devront intervenir dans un délai de moins de un an précédant la date de la demande d'ouverture de droit.

L'article premier du projet de loi est ainsi amendé.



Concernant l'article 2 du projet de loi, comme détaillé en partie générale, un dernier alinéa a été inséré par les membres de la Commission s'agissant de la demande de renouvellement de la couverture médicale subsidiaire.

Il est par ailleurs précisé que l'unique refus, qui devra être produit par le demandeur, devra intervenir dans un délai de moins de trois mois précédant la date de la demande de renouvellement.

L'article 2 du projet de loi est ainsi amendé.



Les articles 3 et 6 du projet de loi initialement projetés prévoyaient, à l'instar de l'aide médicale de l'Etat instaurée par la loi n° 1.465, modifiée, précitée, la déclaration par le bénéficiaire de tout changement dans sa situation familiale, personnelle, professionnelle, financière ou de résidence, et le contrôle par la Direction de l'action et de l'aide sociales de la réalité des déclarations effectuées par le demandeur s'agissant de ces différentes situations.

Les élus se sont dans un premier temps interrogés sur la pertinence des éléments devant être déclarés à l'Administration ainsi que de ceux soumis à son contrôle, dont la diversité et l'importance pouvaient sembler disproportionnées pour apprécier les conditions d'ouverture du bénéfice de la présente prestation.

Toutefois, le Gouvernement a insisté sur la nécessité pour l'Administration de bénéficier de ces informations. En particulier, il a mis en avant le fait que le contrôle des différents éléments pourrait porter :

- S'agissant de la situation familiale : sur le lien conjugal ou, pour les mineurs, sur l'existence d'un nouveau lien de filiation *via* l'adoption, afin de contrôler la qualité d'ayant droit d'un organisme de prestations médicales ;
- S'agissant de la situation professionnelle : sur le bénéfice d'un droit aux prestations médicales auprès d'un organisme auquel le professionnel est obligatoirement affilié ;

- S'agissant de la situation de résidence : sur le lieu de résidence en Principauté, qui est une condition pour bénéficier de la couverture médicale subsidiaire ;
- S'agissant de la situation personnelle : sur des éléments permettant de justifier une prise en charge des frais médicaux par un autre organisme.

Le Gouvernement a néanmoins reconnu qu'il n'était pas nécessaire de déclarer ni de contrôler la situation financière dès lors que l'obtention de la couverture médicale subsidiaire n'est pas subordonnée à une condition de ressources.

C'est pourquoi les élus ont finalement, après de nombreux échanges avec le Gouvernement, décidé de n'exclure que les informations concernant la situation financière du bénéficiaire.

Les articles 3 et 6 du projet de loi sont ainsi amendés.



La rédaction du second alinéa de l'article 5 du projet de loi a été modifiée en vue d'être harmonisée, pour plus de clarté, avec celle des dispositions relatives à la répétition de l'indu figurant, en l'état, à l'article 37 de la loi n° 1.465, modifiée, précitée.

L'article 5 du projet de loi est ainsi amendé.



Les articles 7 et 8 du projet de loi relatifs aux sanctions pénales ont été amendés afin d'écartier l'éventualité d'un cumul des peines, strictement exclu tant par l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950, que par l'article 347 du Code de procédure pénale.



En effet, en visant initialement une peine d'amende « *sans préjudice des peines résultant d'autres lois* », la rédaction antérieure semblait légalement consacrer cette possibilité, en contradiction avec les normes susvisées.

En outre, cette nouvelle rédaction permet de mieux établir les chefs d'incrimination (faux, escroquerie, déclaration mensongère) et les peines encourues, facilitant ainsi la prévisibilité des sanctions pour le justiciable et renforçant le caractère dissuasif du dispositif pour les éventuels contrevenants, qu'ils obtiennent indument le bénéfice de cette couverture sans en remplir les conditions (article 7), ou qu'ils modifient frauduleusement le montant de la prestation à servir (article 8).

Les articles 7 et 8 du projet de loi sont ainsi amendés.



L'article 9 du projet de loi a été amendé afin que l'arrêté ministériel, pris en application de la présente loi, ne concerne que les dispositions relatives à la couverture médicale subsidiaire ; les autres dispositions concernant la loi n° 1.465, modifiée, précitée, étant déjà régies par plusieurs ordonnances souveraines.

L'article 9 du projet de loi est ainsi amendé.



La Commission a procédé à un amendement d'ajout créant un nouvel article 10 au projet de loi afin de procéder à l'insertion d'un article 18-1 au sein de la loi n° 1.465, modifiée, précitée. Cet article vise à réunir après les articles 17 et 18 de la loi n° 1.465, modifiée, précitée, les dispositions relatives à la répétition de l'indu, d'une part, et à les dissocier et les exclure des articles 36 et 37 relatifs aux sanctions pénales, d'autre part.

Un article 10 nouveau est ainsi inséré au sein du projet de loi.



La Commission a procédé à deux amendements d'ajout créant deux nouveaux articles 11 et 12 au projet de loi afin de transposer au sein des articles 36 et 37 de la loi n° 1.465, modifiée, précitée, les modifications opérées dans le cadre du présent dispositif s'agissant des sanctions pénales encourues et d'établir ainsi deux régimes identiques en la matière.

Deux articles 11 et 12 nouveaux sont ainsi insérés au sein du projet de loi.



Sous le bénéfice de ces observations, votre Rapporteuse vous invite désormais à voter en faveur du présent projet de loi tel qu'amendé par la Commission des Intérêts Sociaux et des Affaires Diverses.