

Évaluation de la loi CMU

RAPPORT N°IV

JUILLET 2009

réalisé en application de l'article 34 de la loi n°9 9-641 du 27 juillet 1999

**Fonds de financement de la protection complémentaire
de la couverture universelle du risque maladie**

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS

☎ 01 58 10 11 90 📠 01 58 10 11 99

www.cmu.fr

accueil@fonds-cmu.gouv.fr

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	5
1. LA PROTECTION MALADIE COMPLEMENTAIRE EST INDISPENSABLE POUR LES PLUS DEMUNIS	7
1.1. La prise en charge des dépenses de santé	7
1.1.1. Une complémentaire santé est indispensable	7
1.1.2. La part de la population disposant d'une complémentaire.....	8
1.2. Les dispositifs d'accès à une complémentaire santé pour les plus démunis .	9
1.2.1. Présentation des dispositifs	9
1.2.2. Evolutions législatives et réglementaires de la CMU-C et de l'ACS	12
1.2.3. Barèmes d'attribution CMU-C et ACS, montants des minima sociaux	19
1.2.4. Les aides de l'action sanitaire et sociale	20
1.3. L'état de santé des bénéficiaires	21
1.3.1. Un état de santé perçu moins bon que celui des autres assurés	21
1.3.2. Troubles spécifiques et maladies chroniques	22
1.3.3. Une surmortalité.....	24
2. PRÈS DE 5 MILLIONS DE PERSONNES ACCEDENT A UNE COMPLEMENTAIRE SANTE AVEC LA CMU-C OU AVEC L'ACS	25
2.1. Les bénéficiaires de la CMU-C	25
2.1.1. Connaissance des bénéficiaires de la CMU-C	25
2.1.2. La baisse des effectifs	33
2.1.3. La rétropolation	34
2.2. L'aide complémentaire santé	35
2.2.1. L'ACS continue de monter en charge	35
2.2.1.1. Les bénéficiaires d'attestations ACS.....	35
2.2.1.2. Les attestations utilisées par les bénéficiaires.....	43
2.2.2. Les aides complémentaires à l'ACS.....	47
2.2.2.1. Les aides du régime général	47
2.2.2.2. Les aides du RSI.....	49
2.2.2.3. Les aides de la MSA.....	50
2.2.3. Prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS	51
2.3. Les dispositifs dans les DOM	56
2.3.1. Une situation particulière et des règles adaptées	56
2.3.2. Des bénéficiaires nombreux avec des profils particuliers	57
2.3.3. Des dépenses de CMU-C très limitées.....	58
2.4. Un non-recours contrasté pour la CMU-C et l'ACS	59
2.4.1. Le non-recours à la CMU-C	59
2.4.2. Le non-recours à l'ACS	62
2.4.2.1. Un taux de recours limité	62

2.4.2.2.	Les limites du dispositif	62
2.4.2.3.	Les pistes d'amélioration du dispositif	64
3.	UNE COMPLEMENTAIRE SANTE POUR ACCEDER AUX SOINS.....	69
3.1.	Un parcours de soins un peu particulier	69
3.1.1.	Le respect du parcours de soins coordonnés	69
3.1.2.	L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU	70
3.1.3.	L'évolution du panier de soins de la CMU-C	74
3.2.	Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C.....	76
3.2.1.	L'évolution de la dépense individuelle.....	76
3.2.2.	Répartition de la dépense par région	78
3.2.3.	Structure et niveau des dépenses de CMU complémentaire.....	79
3.3.	Un problème majeur : les refus de soins	82
3.3.1.	Petit retour en arrière.....	82
3.3.2.	Des premiers bilans très limités.....	83
3.3.3.	Un nouveau testing	86
3.3.4.	Combattre réellement les refus de soins	89
4.	LA GESTION DE LA CMU ET DE L'ACS	91
4.1.	Un financement solidaire et pérenne de la CMU-C et de l'ACS	91
4.1.1.	Des évolutions régulières dans le financement du Fonds CMU	91
4.1.2.	Un équilibre global satisfaisant.....	92
4.1.3.	Des financements parfois insuffisants pour certains gestionnaires.....	93
4.2.	La lutte contre la fraude	95
4.2.1.	La notion de fraude	95
4.2.1.1.	La notion juridique de la fraude	95
4.2.1.2.	La définition de la fraude.....	96
4.2.1.3.	La fraude à la CMU et la CMU-C	96
4.2.2.	Le cadre de la lutte contre la fraude	97
4.2.2.1.	La politique nationale	97
4.2.2.2.	Le cadre législatif pour les organismes de sécurité sociale	98
4.2.3.	La mise en œuvre de la lutte contre la fraude	98
4.2.3.1.	En amont de la fraude.....	98
4.2.3.2.	La fraude recherchée, suspectée ou avérée.....	103
4.2.3.3.	La coopération dans la lutte contre la fraude	105
4.3.	Des difficultés qui subsistent.....	108
4.3.1.	Délivrance de la carte Vitale	108
4.3.2.	Relations OC / caisses d'assurance maladie	108
4.3.3.	Relations caisses / professionnels de santé	110
	LISTES DES ANNEXES	112
	ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA DSS.....	113
	ANNEXE 2 : ENQUÊTE SANTE PROTECTION SOCIALE 2006.....	115
	ANNEXE 3 : ACS, INFORMATION DES CRAM.....	119

ANNEXE 4 : ACS, CAMPAGNE CAF / CPAM	120
ANNEXE 5 : ACS, CAMPAGNE CAF / CPAM, DONNEES DE 3 CAISSES	121
ANNEXE 6 : ACS, CNAMTS : PROGRAMME NATIONAL D'ACCOMPAGNEMENT	122
ANNEXE 7 : STRUCTURE DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE	123
ANNEXE 8 : ORDRE DES MEDECINS, CIRCULAIRE DU 11 JUILLET 2008 ...	127
ANNEXE 9 : ARTICLE DU PROJET DE LOI HPST	128
ANNEXE 10 : SYNTHÈSE RECAPITULATIVE DES PROPOSITIONS	131

INTRODUCTION

Le présent rapport est rendu public le mois même du 10^{ème} anniversaire de la publication de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Comme les deux précédents rapports, la rédaction en a été confiée au Fonds CMU par le directeur de la sécurité sociale (cf. annexe 1).

CMU complémentaire et aide complémentaire santé (ACS) permettent à 5 millions de personnes d'accéder à une complémentaire santé. Or, sans cette complémentaire santé, c'est l'accès aux soins lui-même qui devient difficile, sinon impossible, pour les plus démunis. Il convient ainsi de rappeler qu'un enfant ou jeune de moins de 20 ans sur dix bénéficie de la CMU-C.

Ces deux dispositifs n'ont certes pas fait disparaître les inégalités sociales de santé qui reposent sur des facteurs multiples, mais on peut penser qu'ils sont des vecteurs déterminants pour les réduire.

C'est pourquoi le non recours à l'ACS, même si le nombre de ses bénéficiaires a fortement augmenté, reste une question à résoudre. De même, les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU continuent d'être pratiqués.

Les principales propositions du rapport sont donc relatives à ces deux points. Synthétiquement : se donner les moyens d'actions efficaces vis-à-vis des bénéficiaires potentiels de l'ACS ; se donner de réels et nouveaux outils pour combattre les refus de soins.

Il est d'autres aspects de la loi CMU qui ont, sinon prêté le flanc à critiques, du moins servi à véhiculer des idées reçues, idées en bonne partie entachées d'inexactitudes. Dans ce rapport, nombre d'éléments permettent d'éclairer ces points.

« La CMU complémentaire coûte cher ». Avec un coût moyen dans le régime général de 416 € en 2008 pour une complémentaire santé de bonne facture, il est difficile de considérer la CMU-C comme onéreuse. De plus, aucune dérive n'est constatée puisque l'évolution de ce coût moyen est inférieure à celle de l'ONDAM.

« La CMU est un facteur de fraude ». Sans prétendre que la fraude n'existe pas, le rapport expose d'abord que tous les outils existent pour la combattre et que les résultats montrent son caractère marginal (220 cas pour la CMU de base, 588 pour la CMU-C en 2008 soit 1,5 % des cas de fraude).

« Les bénéficiaires de la CMU ne respectent pas le parcours de soins ». Ils sont pourtant plus nombreux à avoir choisi un médecin traitant (86,5 % au 31 mars 2009) que les autres assurés sociaux (84,6 %).

Au moment de la rédaction du présent rapport, les effets de la crise sont à peine perceptibles sur le nombre de personnes protégées par la CMU-C. En 2008, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a baissé de 5 % et ce n'est qu'à compter de mars 2009 qu'une très légère remontée est perceptible. Le droit à la CMU-C et à l'ACS est étudié en fonction des ressources perçues lors des douze mois précédant la demande. Ainsi, par exemple, un chômeur indemnisé aura dans un premier temps des revenus dépassant le plafond. Ce n'est qu'à l'extinction de ses droits au régime d'assurance chômage que ses revenus pris en compte passeront sous le plafond CMU.

Il est donc certain que le nombre de bénéficiaires de la CMU-C va augmenter plus fortement dans les mois qui viennent. Le montant des dépenses de CMU-C et d'ACS (1,7 Md€ prévus en 2009) va suivre cette courbe. C'est à l'honneur d'un pays comme la France que de disposer de tels mécanismes de solidarité dans cette période difficile pour nombre de ses habitants.

Le présent rapport d'évaluation, réalisé par le Fonds CMU, ne saurait engager que cet établissement.
--

1. LA PROTECTION MALADIE COMPLÉMENTAIRE EST INDISPENSABLE POUR LES PLUS DÉMUNIS

1.1. La prise en charge des dépenses de santé

L'assurance maladie obligatoire peut s'avérer aujourd'hui insuffisante pour un remboursement satisfaisant des dépenses de santé. Le bénéfice d'une assurance complémentaire santé est donc souvent indispensable pour une prise en charge des dépenses permettant un réel accès aux soins, en particulier pour les plus démunis. En dehors des contrats collectifs d'entreprise, aidés fiscalement et socialement, ce second étage de protection, facturé pour l'essentiel en fonction de l'âge et du nombre de personnes couvertes par le contrat, devient difficile d'accès, tout particulièrement pour les personnes les plus financièrement défavorisées.

1.1.1. Une complémentaire santé est indispensable

La part de la sécurité sociale dans la prise en charge des soins, stable à 77,1 % jusqu'en 2004, baisse depuis 3 ans : en 2007, elle est de 76,6 %.

Cette baisse est sensible à l'hôpital, dont les dépenses restent cependant remboursées à 91,1 % par la sécurité sociale en 2007 (92,2 % en 1995 et 2000), et l'est encore plus pour les soins de médecine de ville : 65,5 % en 2007 (67 % en 1995 et 2000).

Au-delà de l'intervention de la sécurité sociale et de l'État (1,4 %, essentiellement la CMU), en 2007, les organismes complémentaires santé prennent en charge 13,5 % des dépenses et les ménages en supportent directement 8,5 % (Comptes nationaux de la santé 2007 – septembre 2008 - DREES).

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet aux personnes atteintes d'une grave maladie reconnue, d'être remboursées à 100 % par l'assurance maladie obligatoire pour les seuls soins s'y rapportant.

En dehors de ces situations, au regard des sommes non prises en charge par la sécurité sociale, une couverture complémentaire santé s'avère nécessaire pour ne pas laisser à la charge des malades des sommes que leur budget ne pourrait supporter.

1.1.2. La part de la population disposant d'une complémentaire

L'enquête santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES fournit des données en ce qui concerne la couverture complémentaire santé (cf. annexe 2).

En 2006 (derniers résultats publiés), en métropole, près de 93 % de la population était couverte par une complémentaire santé (dont un peu plus de 4 % par la CMU-C – on sait que dans l'ESPS, les bénéficiaires de la CMU sont sous représentés, ils sont en fait un peu moins de 6 % de la population métropolitaine).

Pour les personnes qui travaillent, 61 % des couvertures santé sont obtenues dans le cadre d'un contrat collectif d'entreprise. La participation moyenne de l'employeur est de 50 % et ces contrats apportent généralement une couverture haut de gamme.

Le taux d'effort des ménages (part des revenus consacrés au paiement de la cotisation) pour les contrats individuels augmente en même temps que les revenus diminuent : 2,9 % pour les ménages les plus riches mais 10,3 % pour les plus pauvres (soit plus d'un mois de revenus par an consacré à l'achat de la complémentaire santé). Par contre, pour ces derniers, les sommes consacrées à l'achat d'une complémentaire santé est moindre que celles mobilisées par les ménages les plus aisés. Ainsi, les couvertures obtenues sont de moindre qualité pour les ménages les plus pauvres, malgré un taux d'effort plus important.

Par ailleurs, plus le chef de ménage est âgé, plus le taux d'effort augmente.

Si plus de 7 % des ménages déclarent ne pas avoir de couverture, cette moyenne cache de fortes différences entre les ménages en fonction de leurs revenus. Pour les plus modestes (moins de 800 € par unité de consommation), le taux de non couverture est de 14,4 %. Il se réduit en même temps que les revenus augmentent pour aboutir à 3 % pour les ménages les plus riches. On peut penser qu'une part de ces derniers a décidé « rationnellement » de s'auto-assurer, ce qui est plus difficile sinon impossible pour les ménages les plus pauvres.

L'enquête montre aussi, bien logiquement, que l'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins : 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins contre 13 % de celles qui disposent d'une couverture (cf. page 73).

C'est la raison d'être, de la CMU complémentaire et de l'ACS, que d'aider à l'obtention d'une complémentaire santé gratuite ou à moindre coût, pour permettre l'accès aux soins.

1.2. Les dispositifs d'accès à une complémentaire santé pour les plus démunis

La loi du 27 juillet 1999 projetant de répondre d'une part, au défaut d'assurance maladie d'une partie de la population et, d'autre part, à la difficulté pour les personnes les plus démunies d'accéder à certains soins faute de moyens financiers, créa la Couverture maladie universelle de base, et la Couverture maladie universelle complémentaire.

Par la loi du 13 août 2004, le législateur vint compléter les dispositifs existants en créant une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visant les personnes disposant de ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU complémentaire.

1.2.1. Présentation des dispositifs

- ***La CMU de base***

Même si ce premier dispositif n'entre pas dans le cadre de la complémentaire santé, il a semblé indispensable de le mentionner ici, ayant été mis en place par la loi de 1999. Selon l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale : « Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité ».

La couverture maladie universelle de base permet donc l'accès à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie.

La demande de CMU de base s'effectue auprès des caisses d'assurance maladie du régime général.

La seule CMU de base engendre les mêmes obligations que l'assurance maladie : le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, il est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

Une cotisation de 8 % est due sur les revenus perçus au-delà d'un plafond de ressources annuelles (8 774 € à compter du 1^{er} octobre 2008). Un contrôle annuel des ressources et de la résidence est effectué par les organismes d'assurance maladie.

Au 31 décembre 2008, la CMU de base concernait 1 500 000 personnes. Parmi elles, 51 000 assurés étaient soumis au paiement d'une cotisation à la CMU de base.

- ***La CMU complémentaire***

Cette prestation constitue une complémentaire santé gratuite pour les plus démunis. Pour bénéficier de la CMU complémentaire (CMU-C), les ressources annuelles des demandeurs doivent être inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer (7 447 € pour une personne seule en métropole à compter de juillet 2008).

La couverture maladie universelle complémentaire est accordée pour un an. La demande est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. La protection complémentaire santé est gérée soit par le régime de sécurité sociale de base, soit par un organisme complémentaire au choix du bénéficiaire.

Cette prestation de solidarité constitue une complémentaire santé de bon niveau. Ce dispositif prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers, et le forfait hospitalier sans limitation de durée. Au delà des tarifs de l'assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, pour l'optique et les appareillages sont également pris en charge. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales.

C'est donc la possibilité d'accéder à l'ensemble du système de soins sans dépense à charge et sans avance de frais puisque le tiers payant est de droit pour le bénéficiaire (pour la pharmacie, à condition d'accepter les médicaments génériques dans les cas prévus par la loi). Le professionnel de santé est payé par l'assurance maladie et il doit respecter les tarifs opposables : les dépassements sont interdits.

- ***L'aide complémentaire santé***

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, communément appelée aide complémentaire santé (ACS), vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %.

La demande se fait dans les mêmes formes que celles de la CMU complémentaire, auprès des caisses d'assurance maladie.

La demande peut être faite soit par le biais d'un formulaire spécifique, soit par le biais d'un formulaire commun à celui de la CMU-C. Dans ce second cas, le droit à l'ACS est étudié sans autre formalité, si la condition de ressources pour l'octroi de la CMU-C n'est pas remplie.

L'ACS consiste en une aide financière pour le paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel.

Son montant varie en fonction de l'âge des personnes, apprécié au premier janvier, composant le foyer couvert par le contrat (100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € par personne âgée de 25 à 59 ans, 400 € pour celles de 60 ans et plus). Le montant de l'ACS est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. L'aide est accordée pour un an renouvelable.

En cas d'accord, la caisse d'assurance maladie du demandeur lui remet une attestation de droit à l'ACS qui donne droit à une réduction sur le contrat santé individuel nouvellement choisi ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'article L. 871-1 soumet le bénéficiaire de l'aide pour une complémentaire santé au respect de règles fixées par les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale (contrat responsable).

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en vertu de l'article 1 de l'avenant n° 8 (signé le 16 juin 2005 et approuvé par arrêté du 28 juillet 2005 - publié au JO le 7 août 2005) à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 12 janvier 2005, les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé et leurs ayants-droit, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie. Ce droit au tiers payant reste en théorie valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit, que le bénéficiaire ait, ou non, souscrit une complémentaire santé. L'effectivité de cette disposition n'a pu être évaluée.

1.2.2. Evolutions législatives et réglementaires de la CMU-C et de l'ACS

La loi du 27 juillet 1999 créant la CMU complémentaire, et la loi du 13 août 2004 créant l'aide pour une complémentaire santé, ont connu des évolutions législatives depuis le précédent rapport d'évaluation. En outre, quelques textes réglementaires sont venus apporter des précisions sur l'application pratique des dispositifs.

L'entrée en vigueur du revenu de solidarité active (RSA) et la suppression des droits connexes l'accompagnant, soulèvent la question de l'attribution de la CMU complémentaire pour les bénéficiaires du RSA.

▪ *Evolutions de la CMU complémentaire*

Certaines de ces modifications apportées l'ont été dans une optique de lutte contre les fraudes. Ce thème sera plus précisément abordé en partie 4.2.

La subordination de la dispense d'avance des frais à l'acceptation des médicaments génériques

L'article 56 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, complète l'article L. 162-16-7 en subordonnant la dispense d'avance des frais des bénéficiaires de la CMU complémentaire à l'acceptation par ceux-ci de la délivrance d'un médicament générique.

Cependant cette disposition ne s'applique pas dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, ou lorsque le médecin a exclu, par une mention expresse portée sur la prescription, cette possibilité de substitution pour des raisons tenant au patient.

Evaluation du train de vie

L'article L. 861-2-1 créé par l'article 132-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dispose que : « Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation. Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit ».

L'objectif est de mettre fin « à des situations rares mais choquantes de personnes pour lesquelles le bénéfice de minima sociaux ou de prestations sociales n'est pas justifié ».

L'article 5 du décret 2008-88 du 28 janvier 2008 fixe le barème et la procédure applicables pour cette évaluation.

L'appréciation de la condition de régularité de séjour pour l'accès à la CMU des ressortissants européens

La directive européenne 2004/38/CE du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union européenne et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres, a été transposée en droit français par la loi 2006-911 du 24 juillet 2006 et par le décret 2007-371 du 21 mars 2007.

L'article 23 de la loi du 24 juillet 2006 dispose que : « Tout citoyen de l'Union européenne, (...) ou de la Confédération suisse a le droit de séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois, s'il satisfait à l'une des conditions suivantes :

- 1° s'il exerce une activité professionnelle en France ;
- 2° s'il dispose pour lui et les membres de sa famille de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, ainsi que d'une assurance maladie ;
- 3° s'il est inscrit dans un établissement (...) pour y suivre des études (...) et garantit disposer d'une assurance maladie ainsi que de ressources suffisantes pour lui et les membres de sa famille (...);
- 4° s'il est un descendant direct âgé de moins de 21 ans ou à charge, ascendant direct à charge, conjoint, ascendant ou descendant direct à charge du conjoint, accompagnant ou rejoignant un ressortissant qui satisfait aux conditions énoncées aux 1° et 2° ;
- 5° s'il est le conjoint ou un enfant à charge accompagnant ou rejoignant un ressortissant qui satisfait aux conditions énoncées au 3° ».

Le bénéfice de la CMU est accordé sous condition d'un séjour stable et régulier en France depuis au moins trois mois.

Avec la loi du 24 juillet 2006, le caractère régulier du séjour des ressortissants européens se formalise par un droit au séjour, qui ne sera acquis qu'à la condition que le ressortissant qui s'installe en France dispose de ressources suffisantes et d'une assurance maladie couvrant l'ensemble des risques.

En pratique, l'accès à la CMU des ressortissants inactifs ne sera accordé que, lorsque, ayant acquis un droit de résider, ces ressortissants connaissent un accident de la vie les conduisant à perdre leurs ressources ou leur assurance maladie.

La circulaire du 23 novembre 2007 de la division des affaires communautaires et internationales de la direction de la sécurité sociale précise que les personnes hors du champ CMU et CMU-C bénéficient soit du dispositif de prise en charge des soins urgents prévu à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elles sont sur le territoire depuis moins de trois mois, soit de l'aide médicale de l'Etat prévue à l'article L. 251-1 du même code, lorsqu'elles résident depuis plus de trois mois sur le territoire, dès lors qu'elles remplissent les conditions d'ouverture de ce droit (ressources inférieures à un plafond, identique à celui de la CMU-C).

La domiciliation des personnes sans domicile stable

L'attribution de la CMU est soumise, comme celle d'un certain nombre de prestations, à une condition de stabilité de résidence. Les personnes sans domicile stable au moment de leur demande doivent élire domicile auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, ou d'un organisme agréé.

L'article 51 de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, a introduit dans le Code de l'action sociale et des familles un chapitre consacré à la domiciliation des personnes dépourvues d'une résidence stable.

Cette loi a réformé la procédure existant antérieurement. Elle était complexe et ne garantissait pas un accès aux différents droits sociaux, civiques, et civils.

La procédure de domiciliation permet donc aux personnes sans domicile stable, qui ne disposent pas d'une adresse leur permettant d'y recevoir et de consulter leur courrier de façon constante, d'avoir une adresse administrative pour faire valoir leurs droits civils, civiques et sociaux.

Les modalités pratiques ont été définies par les décrets du 15 mai et du 20 juillet 2007. Certaines associations indiquent que des difficultés demeurent cependant en ce domaine.

La suppression de la dispense d'avance de frais et l'absence de prise en charge du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

L'article 54-1 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 modifie l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale et prévoit que le bénéficiaire de la CMU complémentaire qui ne respecte pas le parcours de soins coordonné (qui ne choisit pas de médecin traitant, ou consulte un médecin spécialiste sans prescription de son médecin traitant), ne puisse bénéficier de la dispense d'avance des frais normalement accordée aux bénéficiaires de la CMU-C.

Le même article prévoit également que les majorations du ticket modérateur appliquées à un assuré qui ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le seront également au bénéficiaire de la CMU et le ticket modérateur restera à sa charge.

Ces dispositions ne seront applicables qu'après parution d'un décret d'application.

La modification de l'attribution immédiate de la CMU complémentaire

La loi du 27 juillet 1999 prévoyait, dans les situations d'urgence sanitaire ou sociale, la possibilité d'attribuer la CMU complémentaire dès le premier jour du dépôt du dossier, puis au premier jour du mois du dépôt (modification apportée par l'article 136-1 de la loi de finances pour 2003) alors même que l'étude des conditions d'attribution n'était pas finalisée.

Les demandeurs du RMI se voyaient également attribuer la CMU complémentaire alors que leur demande de RMI n'avait pas encore été étudiée.

Les attestations mentionnaient une période d'attribution de douze mois, mais le droit devait être interrompu si les conditions d'attribution de la CMU complémentaire n'étaient pas remplies.

Or, les caisses ont fait part de leurs difficultés à récupérer les attestations d'attribution de la CMU-C.

La circulaire interministérielle DSS/2A du 7 mai 2008 a eu pour objectif de permettre aux caisses de remettre aux bénéficiaires une attestation provisoire de droits, d'une durée généralement de trois mois, durée permettant aux caisses de vérifier que la situation effective du demandeur, à la date de la demande, justifie l'attribution du droit.

L'application de pénalités financières en cas de fraude

L'article 110 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 est venu modifier l'article L. 162-1-14 en étendant aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, les pénalités prévues par cet article en cas de fraude.

L'article 115 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 réécrit l'article L. 162-1-14. Il étend les pénalités encourues aux bénéficiaires des dispositifs d'aide au paiement d'une complémentaire santé, et de l'aide médicale d'état ; il réforme la procédure de sanction, en instituant une procédure plus simple et plus dissuasive, avec des amendes plus adaptées à la gravité de chaque infraction.

La prise en compte de la résidence alternée

L'article 5 du décret 2008-88 du 28 janvier 2008 introduit à l'article R.861-2 du code de la sécurité sociale la situation des enfants en résidence alternée suite à la séparation des parents.

Lors de l'examen du droit à la CMU complémentaire ou à l'ACS, en fonction de leur situation au regard de la déclaration fiscale des parents (en application de l'article 194 du code général des impôts), les enfants seront considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents, s'ils sont fiscalement rattachés aux deux parents, et seront donc intégrés aux deux foyers.

Dans ce cas, la majoration du plafond de ressources à laquelle ouvrent droits ces enfants, prévue à l'article R.861-3 du code de la sécurité sociale, est réduite de moitié dans chacun des deux foyers, dans le respect des taux liés au rang des enfants dans le foyer.

Si l'enfant n'est fiscalement rattaché qu'à un seul des deux parents, il sera considéré comme étant uniquement à la charge réelle et continue de celui-ci.

L'appréciation de la composition du foyer au regard de la dernière déclaration fiscale

L'article 5 du décret 2008-88 du 28 janvier 2008 modifie l'article R.861-2 relatif à la composition du foyer.

Désormais le partenaire lié par un pacte civil de solidarité entre dans la composition du foyer dès lors que les partenaires sont soumis à une imposition commune. En conséquence, les possibilités de dérogation à cette règle prévues au I de l'article R. 861-16 du code de la sécurité sociale, lorsque la situation ayant justifié le rattachement fiscal prend fin, sont étendues aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Cette règle s'applique dorénavant au regard du dernier avis d'imposition, ou si celle-ci est plus récente, au regard de la dernière déclaration fiscale.

En revanche, le rattachement au foyer du concubin s'apprécie à la date du dépôt de la demande.

L'alignement du forfait logement pour les premières demandes et les demandes de renouvellement

L'article 120 de la loi de finances pour 2008, du 24 décembre 2007, modifie l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale s'agissant des règles de détermination du forfait logement pris en compte dans les ressources des demandeurs de la CMU complémentaire, et de l'ACS. Désormais le montant du forfait logement est identique pour les premières demandes et pour les demandes de renouvellement.

L'article 5 du décret 2008-88 du 28 janvier 2008 modifie l'article R.861-7 du code de la sécurité sociale et fixe le montant du forfait logement applicable aux personnes bénéficiant d'aides personnelles au logement :

- 12 % du montant mensuel du revenu minimum d'insertion fixé pour un allocataire lorsque le foyer est composé d'une personne ;
- 16 % du montant mensuel du revenu minimum d'insertion fixé pour deux personnes lorsque le foyer est composé de deux personnes ;
- 16,5 % du montant mensuel du revenu minimum d'insertion fixé pour trois personnes lorsque le foyer est composé d'au moins trois personnes.

A compter du 1^{er} juin 2009, en France métropolitaine, ces taux s'appliquent au montant mensuel du revenu forfaitaire du RSA.

Mise en service à la direction générale des impôts et à la CNAMTS d'une procédure automatisée de transfert des données fiscales

En application du décret 2002-771 du 3 mai 2002, créant pour le compte de l'Etat et des organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, une procédure de transfert de données fiscales, la CNAMTS et la direction générale des impôts ont été autorisées, par arrêté du 9 juin 2008, à mettre en œuvre, à titre expérimental, cette procédure automatisée de transfert de données fiscales.

Les informations transmises à la CNAMTS servent exclusivement à contrôler a posteriori la cohérence et l'exactitude des déclarations de personnes affiliées au régime général sur critère de résidence (CMU de base), et des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire.

▪ *Evolutions de l'aide complémentaire santé*

Le dispositif ACS, plus récent que la CMU complémentaire, a déjà connu des évolutions non négligeables. Il convient de noter que pour l'ouverture de droit à l'ACS, les textes relatifs à la CMU-C sont applicables (modalités de prise en compte des ressources, de la composition familiale, etc.) et que les modifications citées ci-dessus pour la CMU-C concernent donc automatiquement l'ACS.

Etendue des obligations de prise en charge des prestations

Le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 créant les articles R. 871-1 et R. 871-2 subordonnait l'attribution de l'aide à la souscription d'un contrat dit « responsable », c'est-à-dire des contrats ne prenant pas en charge la participation forfaitaire de 1€, les majorations pour non-respect du parcours de soins coordonnés, mais prévoyant la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant, des médecins correspondants et à leurs prescriptions.

La prise en charge doit porter sur au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique.

L'arrêté du 8 juin 2006 du ministère de la Santé et des Solidarités, est venu préciser quelles étaient les prestations de prévention concernées : prévention des caries, bilan langage oral, dépistage de l'hépatite B, des troubles de l'audition, ostéodensitométrie, vaccinations.

Un plafond d'accès revalorisé et une nouvelle dénomination au dispositif

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a décidé de la revalorisation du plafond d'accès à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé et de donner un nouveau nom au dispositif. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2007, l'ACS est accessible aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond d'attribution de la CMU complémentaire, et celui-ci majoré de 20 % (au lieu de 15 % auparavant).

Le nom antérieur du dispositif « crédit d'impôt » a été remplacé par celui d'« aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ».

Un nouveau modèle d'attestation

Mis en place le 2 janvier 2008, ce nouveau modèle d'attestation sous forme de lettre-chèque mentionnant clairement le montant de l'aide, appelé « chèque aide pour une complémentaire santé » avait pour objectif d'être plus parlant pour les bénéficiaires de cette aide, en permettant une visualisation immédiate de l'avantage pécuniaire proposé.

A la demande de la CNAMTS, ce chèque avait préalablement été testé auprès d'assurés par l'Institut de sondage IPSOS Santé pour en mesurer la visibilité, évaluer sa perception et compréhension, et appréhender son caractère incitatif. Après étude, il est apparu que la matérialisation de l'aide au travers d'un chèque était pertinente et de nature à inciter les assurés à engager les démarches nécessaires auprès des organismes complémentaires.

Augmentation de l'aide pour les plus de 50 ans

La loi HPST revalorise l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Cette loi crée une nouvelle tranche pour les 50-59 ans. Les montants de l'aide sont portés à 350 € (au lieu de 200 €) pour la tranche des 50-59 ans, et 500 € pour les plus de 60 ans (au lieu de 400 €). Les montants pour les moins de 25 ans (100 €) et les 25-50 ans (200 €) sont maintenus).

Cette nouvelle mesure est inspirée du rapport 2007 du Fonds CMU, sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Ce rapport soulignait que le plus important taux d'effort fourni pour le financement d'une complémentaire santé était celui des personnes les plus âgées.

▪ *Evolution attendue avec la mise en place du RSA*

Jusqu'à présent, l'allocataire du RMI bénéficiait de droits connexes liés à son statut d'allocataire : exonération du paiement de la taxe d'habitation, de la redevance audiovisuelle, bénéfice de la CMU complémentaire sans examen de ses ressources.

La loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion entrant en vigueur le 1^{er} juin 2009, en métropole, a nécessité une réforme des droits connexes.

Afin de ne pas pénaliser les nouveaux bénéficiaires du RSA, la loi a prévu des mécanismes permettant de leur accorder la CMU complémentaire sans alourdir leurs démarches administratives :

- l'attribution de la CMU complémentaire pour les allocataires du montant forfaitaire prévu à l'article 11 de la loi 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008, dit « RSA socle », équivalent de l'ex-RMI, sans examen des conditions prévues à l'article L. 861-1 du CSS (ressources, stabilité et régularité de résidence) à condition d'en faire la demande et de choisir le gestionnaire de la CMU-C ;
- l'aide au remplissage ou pré-instruction par les caisses d'allocations familiales des dossiers de CMU-C ;
- une transmission sans délai des demandes de CMU complémentaire aux caisses d'assurance maladie par les services compétents : services sociaux, organismes agréés, établissements de santé, caisses d'allocations familiales ;
- l'exclusion du RSA dans l'assiette de ressources prises en compte pour le calcul du droit à la CMU complémentaire.

Globalement, ces dispositions devraient permettre de faciliter les démarches d'obtention de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA.

1.2.3. Barèmes d'attribution CMU-C et ACS, montants des minima sociaux

Depuis le 1^{er} juillet 2008, le plafond d'attribution de la CMU-C est de 621 € pour une personne seule ; celui de l'ACS est de 745 €. Ces plafonds excluent des dispositifs une grande part de la population démunie financièrement, y compris les allocataires de certains minima sociaux. En outre, l'application d'un forfait logement venant s'additionner aux ressources des personnes hébergées à titre gratuit, propriétaires ou bénéficiant d'une aide au logement (c'est à dire l'essentiel des demandeurs) accentue cette exclusion.

Ainsi, les ressources des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sont rapidement au dessus des plafonds dès l'application du forfait logement.

Les plafonds d'accès aux dispositifs CMU et ACS restent nettement inférieurs au seuil de pauvreté. Rappelons que le seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie. Il est toutefois nécessaire de préciser que les revenus pris en compte pour l'attribution de l'ACS et de la CMU-C ne correspondent pas exactement à ceux qui le sont pour le calcul du seuil de pauvreté.

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	par personne en +
<i>Plafonds CMU-C en Métropole</i>	621	931	1 117	1 303	248
<i>Plafonds CMU-C dans les DOM</i>	691	1 036	1 243	1 450	276
<i>Plafonds ACS en Métropole</i>	745	1 117	1 340	1 564	20 % du plfd a
<i>Plafonds ACS dans les DOM</i>	829	1 243	1 492	1 741	20 % du plfd a
Revenu Minimum d'Insertion	455	682	818	955	182
Allocation Parent Isolé	584	778	973	1 168	195
Allocation Adulte Handicapé	667				
AAH + Forfait logement	722				
AAH + MVA**+ Forfait logement	826				
AAH+CPLT de ressources** + FL	901				
Allocation de solidarité spécifique (montant minimum versé)	449				
Allocation de solidarité spécifique (montant maximum perçu)	1 047	1 646			
Allocation de solidarité aux personnes âgées	677	1 136			
Seuil de pauvreté 2006 (60% de la médiane des niveaux de vie)	880				
SMIC net au 1er juillet 2008 pour 35 heures + forfait logement	1 092	1 147	1 173	1 173	
	<i>CMUC en métropole et a fortiori dans les DOM</i>				
	<i>CMUC uniquement dans les DOM</i>				
	<i>ACS en métropole et a fortiori dans les DOM</i>				
	<i>ACS uniquement dans les DOM</i>				

* Montant du forfait logement : 1 personne, 54,56 € ; 2 personnes, 109,11 € ; 3 personnes, 135,03 €.

** Majoration pour vie autonome et complément de ressources : supplément versé à certains bénéficiaires de l'AAH.

1.2.4. Les aides de l'action sanitaire et sociale

Malgré l'existence de la CMU-C et de l'ACS, la population visée par ces dispositifs est réduite. Une proportion importante de la population ne peut donc accéder à une couverture santé complémentaire.

Afin de permettre un accès aux soins aux personnes démunies, des dispositifs d'aide sociale supplémentaires existent.

- ***L'aide sociale communale et départementale***

Les conseils généraux sont habilités, au titre de leur compétence d'aide sociale générale, à prendre en charge des dépenses de soins non couvertes par l'assurance maladie, pour des personnes dont la situation sanitaire et sociale le justifie. Sans prétendre être exhaustif, on peut indiquer par exemple que les départements de l'Essonne et de La Réunion ont mis en place des aides complémentaires à l'ACS.

Les centres communaux d'action sociale sont également habilités à dispenser ces aides.

- ***Le fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie***

Les caisses du régime obligatoire disposent d'un fonds d'action sanitaire et sociale leur permettant de verser des aides individuelles aux assurés en difficulté.

Ces aides prennent généralement les formes suivantes :

- une aide financière accordée à titre exceptionnel, après examen de la situation sociale, prenant en charge une dépense de santé (optique, prothèses dentaires, traitement orthodontique, frais d'hospitalisation, etc.) ;
- une aide supplémentaire accordée aux bénéficiaires de l'ACS pour les aider à acquérir une complémentaire santé ;
- une aide consistant en une ACS « extralégale » attribuée aux personnes dont les ressources dépassent de peu le plafond d'octroi de l'ACS.

- ***L'action sociale des organismes complémentaires ou des caisses de retraite***

Certains organismes disposent d'un fonds d'action sociale leur permettant d'attribuer des aides financières à ceux de leurs adhérents qui rencontrent des difficultés à faire face à des dépenses de santé ou des aides financières spécifiques aux besoins des retraités.

Permettre une prise en charge maximale des soins des personnes démunies est d'autant plus indispensable que, parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire, ils sont plus nombreux que dans le reste de la population à déclarer avoir une mauvaise santé.

1.3. L'état de santé des bénéficiaires

A structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont plus nombreux que les autres assurés à déclarer un mauvais ou très mauvais état de santé.

Les différentes études menées par la DREES, l'IRDES et la CNAMTS sur l'état de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire révèlent que ces derniers présentent des pathologies spécifiques et sont plus nombreux à présenter une maladie chronique.

1.3.1. Un état de santé perçu moins bon que celui des autres assurés

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire se déclarent en plus mauvaise santé que le reste de la population.

En effet, à la question « comment qualifieriez-vous votre état de santé » en 2006, ils étaient, à structure d'âge et de sexe équivalente, 8 % à se déclarer en mauvais ou très mauvais état de santé, contre 2 % pour les autres assurés (ESPS 2006, traitement DREES). La situation semble toutefois s'être améliorée puisque, lors de la précédente étude, la part des bénéficiaires se déclarant en mauvaise santé était de 14 %.

Cet indicateur, de nature subjective, donne néanmoins un bon aperçu de la santé de la population, en englobant à la fois les aspects physiques et mentaux de la santé. Des études ont montré que la santé telle qu'elle est perçue donne une image fidèle de l'état de santé réel des populations. La santé perçue est corrélée à la mortalité (Benyamini et Idler, 1999) et à la morbidité (Ferraro, 1995).

Ainsi, depuis 2007, le Fonds CMU utilise la note moyenne de santé perçue comme sous-indicateur, versant sanitaire, de l'indice de satisfaction de l'indicateur 1 de l'objectif 1 du programme 183 de la LOLF.

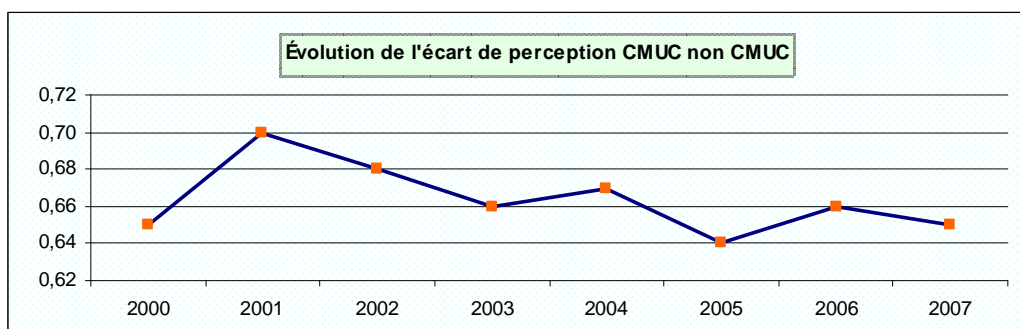
Ces résultats sont extraits des données du CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé). Le CETAF regroupe les données des examens de santé pratiqués auprès de 600 000 personnes par an.

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart entre la note moyenne de santé perçue, établie par le CETAF pour les bénéficiaires de la CMU-C et la même note moyenne pour les autres consultants des centres d'examen de santé. Ces notes retracent l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10. Ces chiffres sont disponibles à la fin de l'année n pour l'année n-1, donc fin 2008 pour l'année 2007.

L'écart oscille toujours entre 0,64 et 0,70 entre la population des non bénéficiaires de la CMU-C et celle des bénéficiaires. En 2007, il se situe à 0,65, ce qui correspond à l'un des meilleurs scores connus.

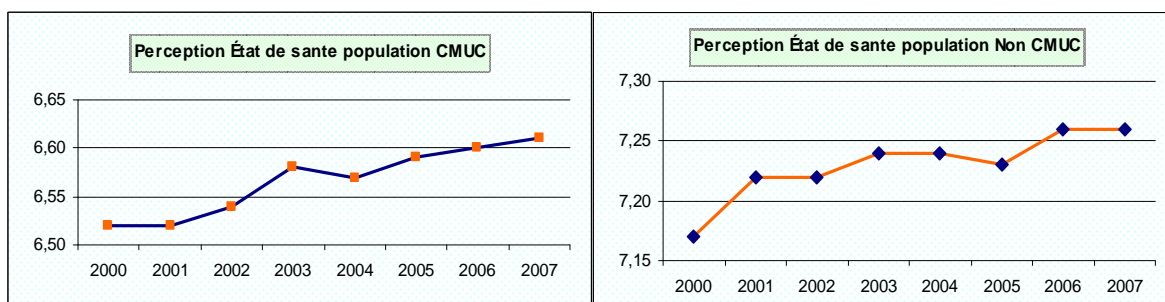
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Écart	0,65	0,70	0,68	0,66	0,67	0,64	0,66	0,65

Source : CETAF



Concomitamment, les notes de satisfaction sanitaire augmentent régulièrement pour les deux catégories de population.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Note de santé	CMUC	6,52	6,52	6,54	6,58	6,57	6,59	6,60	6,61
	Non CMUC	7,17	7,22	7,22	7,24	7,24	7,23	7,26	7,26



1.3.2. Troubles spécifiques et maladies chroniques

Parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire, nombreux sont ceux qui souffrent de troubles mentaux, troubles du sommeil, maladies du système nerveux, de l'oreille (essentiellement surdités et otites), maladies infectieuses, de l'appareil respiratoire et de problèmes bucco-dentaires (Questions d'économie de la santé n° 130 – mars 2008 – IRDES).

Cette spécificité se retrouve dans leur utilisation de médicaments : ils utilisent 2,3 fois plus de médicaments à visée psychiatrique, 6,76 fois plus de médicaments relatifs au système nerveux.

Par ailleurs, ils sont plus touchés par les maladies chroniques (Points de repère n°8 – août 2007 - CNAMTS). Se basant sur les informations médicales saisies à l'occasion des demandes d'exonération du ticket modérateur pour les patients en affection longue durée, la CNAMTS a pu établir des écarts de morbidité entre les bénéficiaires de la CMU-C et le reste

de la population. Les données portent sur l'ensemble des assurés du régime général. Comparativement aux autres assurés du régime général, les titulaires de la CMU-C sont 1,8 fois plus nombreux, à âge et sexe identique, à souffrir d'une « affection longue durée ».

Au 31 décembre 2005, ils étaient 10 % des bénéficiaires de la CMU-C à souffrir d'une ALD, ce taux était de 13,1 % dans le reste de la population, mais à structure d'âge et de sexe équivalente à celle des bénéficiaires de la CMU-C, le taux des personnes en ALD dans le reste de la population serait de 5,7 %.

Comme bien souvent, l'état de santé est fragile en raison de la situation sociale (tout en sachant qu'une santé dégradée influe de manière symétrique sur la situation sociale). De plus, l'état de santé peut supporter les conséquences de « comportements à risque » favorisés eux-mêmes par la précarité.

On observe une prévalence des maladies hépatiques : cirrhoses, hépatites chroniques virales favorisées par l'alcoolisme, la toxicomanie, etc., addictions plus fréquentes chez les populations précaires.

S'agissant des maladies cancéreuses, les rapports de prévalence sont également plus élevés pour les cancers du foie, de la trachée, des poumons, des voies aérodigestives supérieures. Les rapports de prévalence s'échelonnent de 1,66 à 2,31. Là encore la corrélation avec l'addiction tabagique et alcoolique est établie. Chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C, on retrouve également un rapport de prévalence plus élevé pour les cancers du col de l'utérus (2,22). En revanche, le rapport de prévalence du cancer du sein est moindre. Cette pathologie semble être plus fréquente (mais peut-être seulement plus dépistée) chez les populations d'un niveau social élevé.

La prévalence de la tuberculose est quatre fois plus élevée (4,63) chez les bénéficiaires de la CMU-C. On retrouve également de nombreux malades psychiatriques parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire. L'insertion de ces malades chroniques est très difficile ; dans ces cas c'est principalement la maladie qui semble favoriser la précarité.

Le taux de bénéficiaires de la CMU est de 14 % parmi les enfants âgés de moins de 15 ans dépendant du régime général. Parmi les enfants de moins de 15 ans en ALD, il est de 20 %, et même de 24 % parmi les enfants en ALD psychiatrique et de 17,8 % pour ceux en ALD neurologique (Points de repère n° 18 - septembre 2008 - CNAMTS).

Autre maladie prépondérante chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire : l'asthme (Points de repère n° 24 - décembre 2008 - CNAMTS). Ainsi, parmi, les patients asthmatiques, le taux des patients ayant été hospitalisés est de 2,1 % parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire, contre 1,4 % pour les autres bénéficiaires de l'assurance maladie.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont aussi de ceux qui sont le plus insuffisamment suivis médicalement. Cette insuffisance dans le suivi médical, est sans aucun doute l'un des facteurs de la surmortalité retrouvée chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

1.3.3. Une surmortalité

Par rapport au reste de la population, on observe une surmortalité chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire en ALD. A structure d'âge et de sexe équivalente, pour la plupart des affections chroniques, ils souffrent de formes plus graves que le reste de la population. La surmortalité se retrouve pour la plupart des affections longue durée.

Ainsi, en 2004, le taux annuel de décès des personnes en ALD, bénéficiaires de la CMU-C, est plus élevé pour les cancers lèvre-bouche-pharynx ; trachée-bronche-poumon, du sein, ainsi que pour les maladies coronariennes, et les insuffisances respiratoires chroniques graves.

Cette surmortalité s'explique probablement par un diagnostic effectué plus tardivement chez des bénéficiaires de la CMU complémentaire, qui présentent un état de santé plus dégradé lorsqu'ils accèdent aux soins.

En effet, il y a chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire une plus grande proportion de personnes, que chez les autres assurés, qui n'a pas eu recours à un médecin depuis au moins deux ans : 9,6 % chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire contre 5,3 % chez les autres. De même, il y a 23,3 % de non-recours au dentiste pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 19,8 % pour les autres assurés (données recueillies par le CETAF, sur l'année 2007).

Il est utile de préciser que les données du CETAF concernent des personnes en situation de précarité, les examens périodiques de santé sont proposés en priorité aux personnes qui ne bénéficient pas d'un suivi médical de prévention ou en marge du système de santé. Parmi celles-ci figurent les personnes inactives de plus de 16 ans, les personnes en situation de précarité vis-à-vis de l'emploi, les préretraités ou retraités, ainsi que les personnes exposées à des risques menaçant leur santé.

Les bénéficiaires de la CMU-C effectuent moins d'actes de dépistage. Ainsi, l'Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais indique qu'en 2007, dans cette région, 36 % des bénéficiaires de la CMU-C ont réalisé un dépistage du cancer du sein, contre 71 % des personnes non couvertes par la CMU-C. Les femmes sont moins nombreuses à effectuer régulièrement des frottis cervico-vaginaux. En 2006, parmi les femmes de 20 à 65 ans bénéficiaires de la CMU-C, 36,2 % déclarent ne pas avoir effectué de frottis au cours des cinq dernières années contre 14,9 % parmi les femmes de 20 à 65 ans couvertes par une couverture complémentaire santé privée.

Parmi les personnes de 50 à 74 ans bénéficiaires de la CMU-C, ils sont 75,8 % à n'avoir jamais effectué de test hemocult (recherche de sang dans les selles en vue d'un dépistage du cancer du côlon), contre 65,2 % chez les personnes du même âge bénéficiant d'une complémentaire santé.

2. PRÈS DE 5 MILLIONS DE PERSONNES ACCEDENT A UNE COMPLEMENTAIRE SANTE AVEC LA CMU-C OU AVEC L'ACS

2.1. Les bénéficiaires de la CMU-C

Près d'un enfant ou jeune de moins de 20 ans sur dix bénéficie de la CMU-C. Ces jeunes sont essentiellement les ayants droit des personnes qui se situent dans les tranches d'âge entre 20 et 59 ans. Ainsi, la CMU-C permet majoritairement à des familles de bénéficier d'une couverture maladie complémentaire.

Les effectifs ont régulièrement baissé depuis 2007 mais le rythme de cette décroissance s'est ralenti dans les derniers mois de 2008 et l'inversion de tendance, c'est-à-dire la hausse du nombre de bénéficiaires, est déjà perceptible dans les premiers mois de l'année 2009. Cette hausse risque de s'amplifier dans les prochains mois. En effet, les règles d'indemnisation du chômage, amènent un décalage d'entrée dans le dispositif CMU, le montant des indemnités dépassant dans un premier temps les plafonds d'accès à la CMU-C.

2.1.1. Connaissance des bénéficiaires de la CMU-C

Au 31 décembre 2008, on compte 4 186 221 bénéficiaires de la CMU complémentaire, tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, métropole et DOM, soit 6,4 % de la population française, dont 3 557 916 bénéficiaires en métropole, soit 5,7 % de la population métropolitaine.

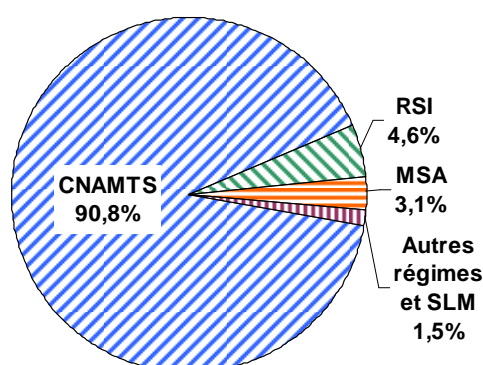
La région Ile-de-France rassemble 16 % des bénéficiaires mais ce sont les départements d'outre-mer qui affichent la plus forte proportion de bénéficiaires, avec plus de 30 % de la population bénéficiant de la CMU-C.

Sur l'ensemble du territoire, la CMU-C est très majoritairement gérée par les régimes obligatoires.

▪ **Les bénéficiaires par régimes**

La plupart des bénéficiaires de la CMU-C, 91 %, dépendent du régime général de sécurité sociale (données de l'ensemble des régimes, métropole et DOM) ; il s'agit ici des régimes de base ouvrant le droit à la CMU-C. Plus loin sera abordée la question du gestionnaire de la CMU-C (régime ou OC).

	Effectifs	Pourcentage
CNAMTS	3 801 186	90,8 %
RSI	193 926	4,6 %
MSA	127 711	3,1 %
Autres régimes et SLM	63 398	1,5 %
Total	4 186 221	100,0 %

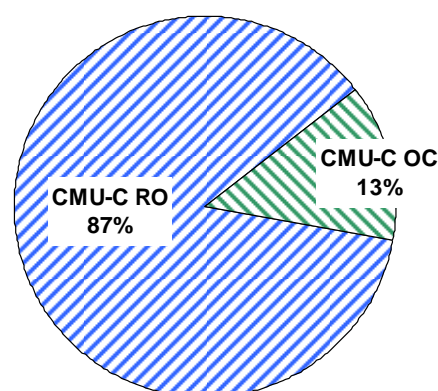


Sources : tous régimes confondus 31/12/2008

▪ **La répartition entre gestion par le régime obligatoire et gestion par un organisme de complémentaire maladie**

Tous régimes confondus, métropole et DOM, la grande majorité des bénéficiaires, 87 %, confie la gestion de la CMU-C à leur régime obligatoire (CMU-C RO), plutôt qu'à un organisme de complémentaire maladie (CMU-C OC).

	Effectif
CMU-C RO	3 624 335
CMU-C OC	561 886
Total	4 186 221



Sources : tous régimes confondus 31/12/08

En centrant cette approche sur les effectifs CNAMTS-RSI-MSA, pour les départements de la métropole, de fortes disparités dans cette répartition apparaissent. Les départements aux plus faibles effectifs affichent les proportions de CMU-C OC les plus importants et les départements aux plus forts effectifs sont très en dessous du taux national, 1,9 % pour les Bouches-du-Rhône ou 6,3 % pour le Nord.

Au sein des OC, 78 % des bénéficiaires sont gérés par des mutuelles.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C

Mutuelles	77,89 %
Institutions de prévoyance	2,89 %
Sociétés d'assurances	20,02%
TOTAL	100 %

Source : déclarations contribution CMU
1^{er} trimestre 2009

▪ **Les effectifs par régions et par départements**

Pour les trois régimes CNAMTS, RSI, MSA, métropole et DOM, l'ensemble des cinq régions, Nord-Pas-de-Calais, PACA, Languedoc-Roussillon, Île-de-France et Rhône-Alpes rassemblent 46,8 % des bénéficiaires. Avec un total de 668 927 bénéficiaires la région Ile-de-France représente 16,2 % des bénéficiaires. Les départements d'outre-mer représentent 2,8 % de la population mais 13,5 % des bénéficiaires de la CMU-C.

Le département de la Réunion compte 283 342 bénéficiaires, soit le plus fort effectif pour l'ensemble du territoire.

Pour la métropole, les 5 premiers départements en effectifs rassemblent plus de 25 % des effectifs de la CMU-C.

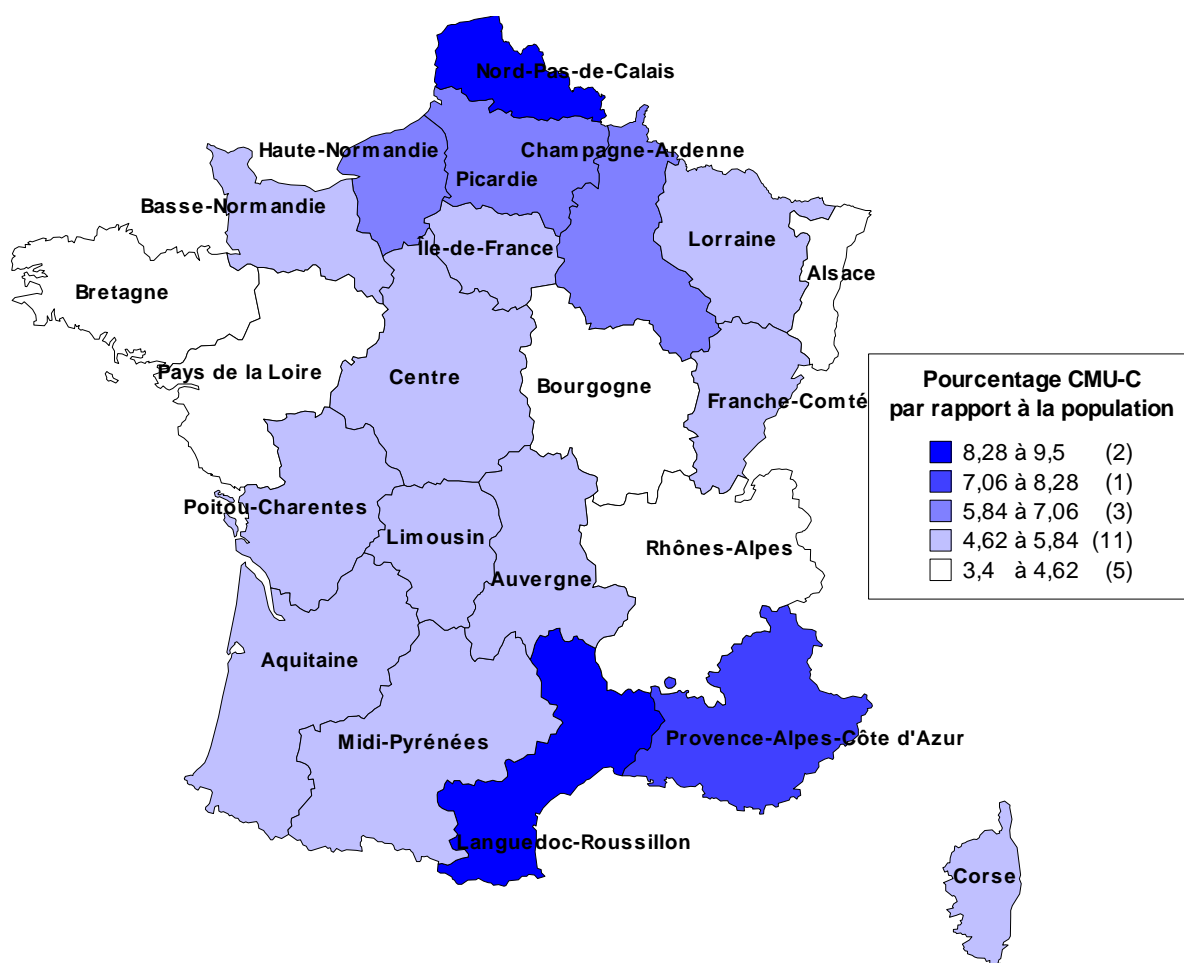
Num Dpt	Département	Total
59	Nord	245 835
13	Bouches-du-Rhône	197 494
75	Paris	171 331
93	Seine-Saint-Denis	152 695
62	Pas-de-Calais	143 918
Total		911 273

▪ **La proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population.**

Si l'on retient les effectifs des principaux régimes (CNAMTS, RSI, MSA), pour la métropole, les effectifs au 31 décembre 2008 sont de 3 557 916 bénéficiaires, soit 5,7 % de la population.

Pour les départements d'outre-mer, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport au nombre d'habitants est de 30,8 %.

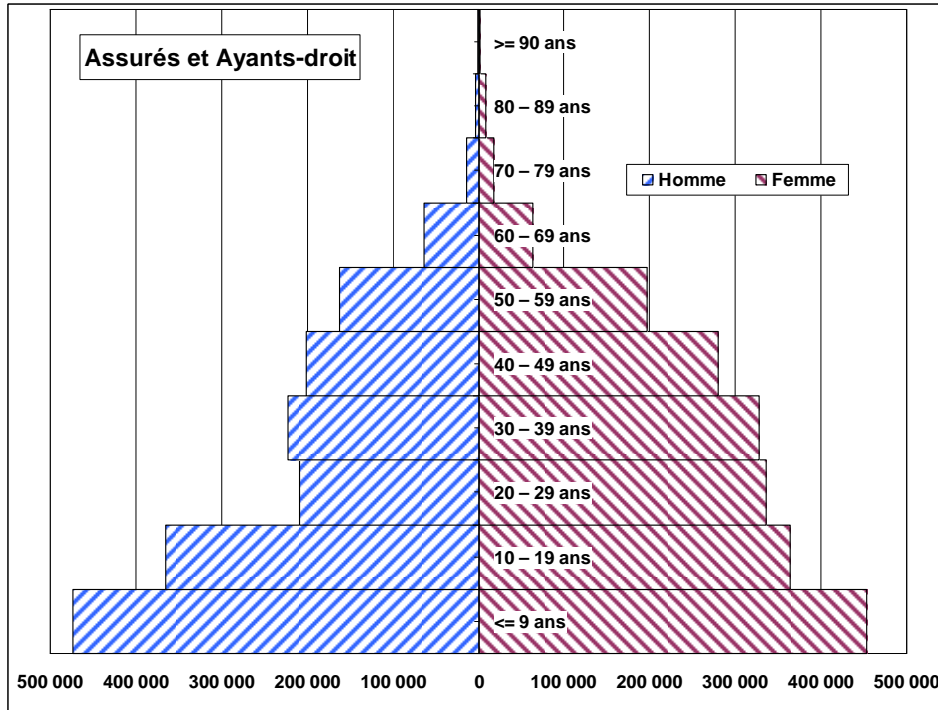
En métropole, les proportions les plus importantes de bénéficiaires se situent dans le Nord-Pas-de-Calais, 9,57 %, le Languedoc-Roussillon, 9,11 % et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur, 7,40 %. La proportion la plus faible se compte en Bretagne, 3,40 %.



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, effectifs au 31/12/2008

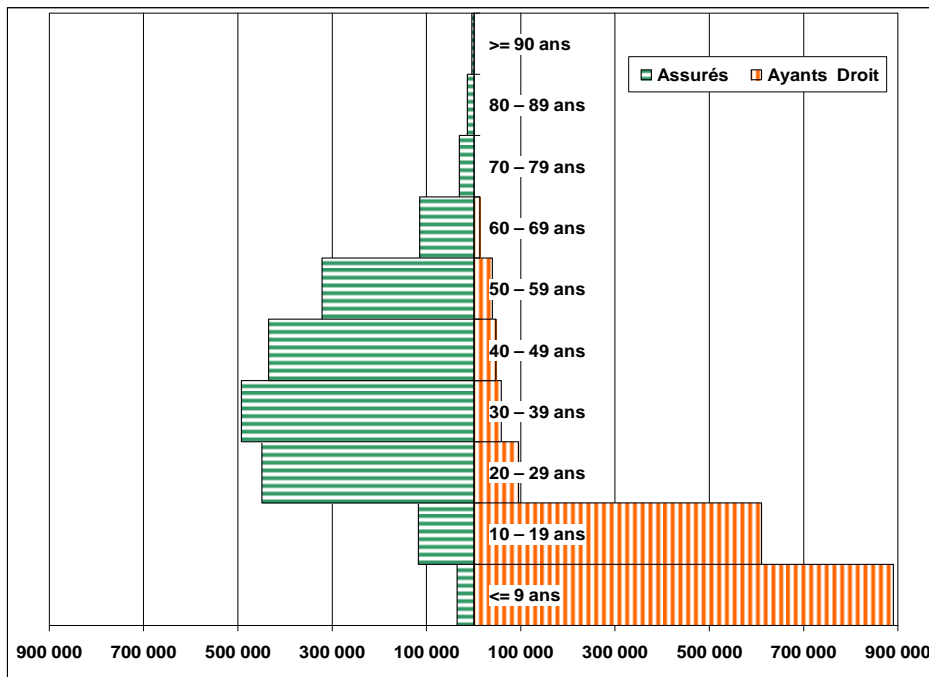
▪ **La répartition des bénéficiaires par tranches d'âge et par sexe**

En se basant sur les effectifs de la CNAMTS au 31 décembre 2008, on constate la forte proportion de personnes de moins de 20 ans : 44 %.



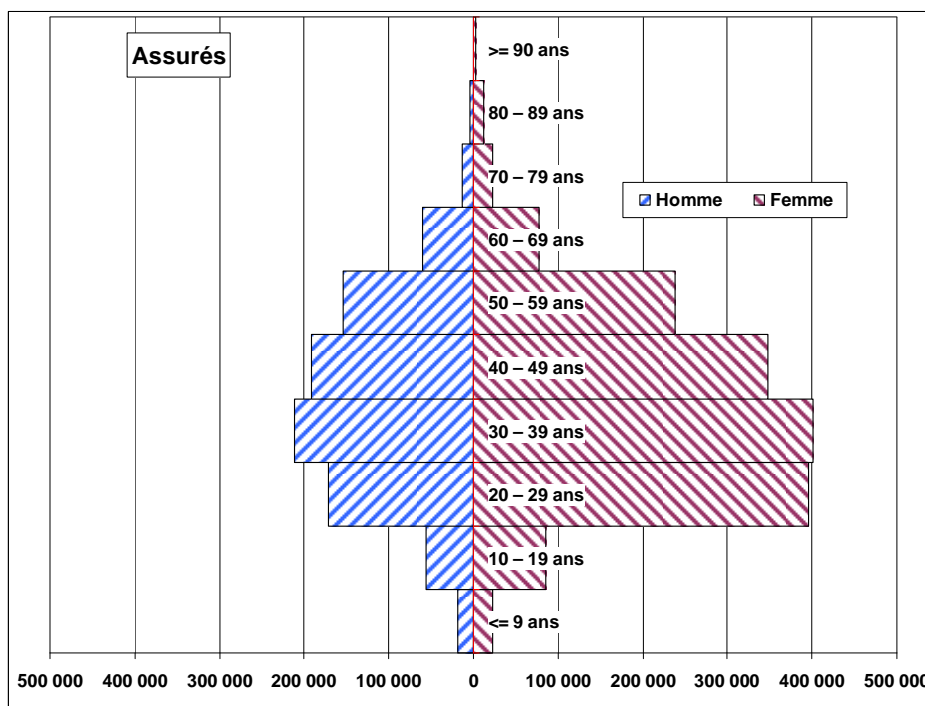
Source : CNAMTS

Dans ces tranches d'âge, il s'agit essentiellement d'ayants droit. La proportion d'ayants droit baisse ensuite régulièrement par tranche d'âge, jusqu'à être inférieure à 1 % après 70 ans. Les assurés se regroupent à 84,5 % d'entre eux entre 20 et 59 ans, avec un pic entre 30 et 39 ans.



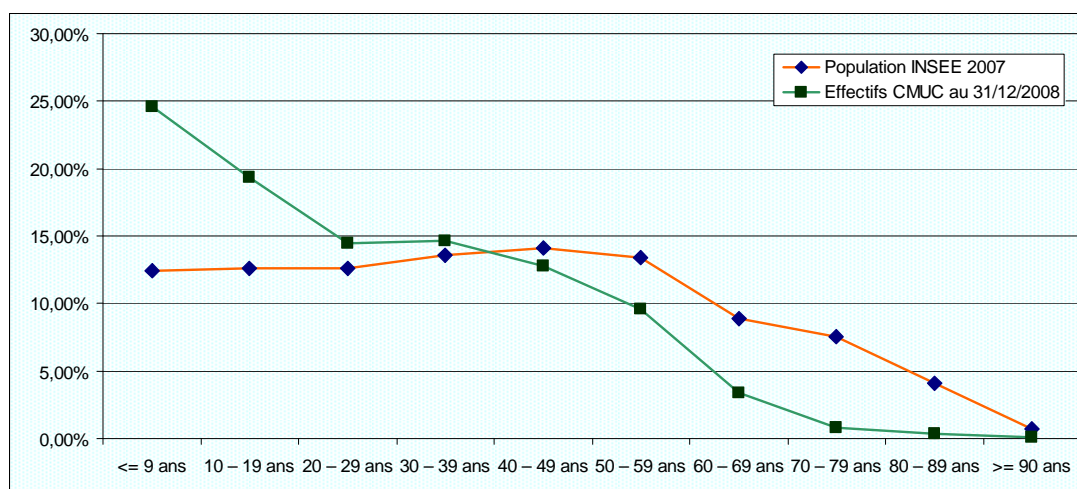
Source : CNAMTS

Dans une répartition qui ne retient que les assurés, par sexe et par tranches d'âge, les femmes sont largement majoritaires, les 20-39 étant en plus grand nombre, 49,5 % d'entre elles. Le nombre d'assurés, tout comme le nombre de bénéficiaires en règle générale, chute à partir de 60 ans. Ceci est lié au passage vers d'autres modes de revenus, qui peuvent légèrement dépasser le plafond de ressources fixé pour bénéficier de la CMU-C. Enfin, les mineurs directement assurés sont des enfants pris en charge dans le cadre de mesures liées à la protection de l'enfance.



Source : CNAMTS

Les courbes de répartition des tranches d'âges par rapport à l'ensemble de la population confirment les tendances des graphiques précédents : une surreprésentation des bénéficiaires de la CMU-C jusqu'à 40 ans puis une baisse vers les tranches d'âge supérieures.



Sources : INSEE et CNAMTS

▪ *Le profil des bénéficiaires*

Toutes les études menées relatives aux caractéristiques du bénéficiaire de la CMU complémentaire révèlent les mêmes informations : dans la majorité des cas, il s'agit d'une population jeune, composée à 44 % d'enfants de moins de 20 ans, et à 30 % de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans, résidant en zone urbaine.

Il s'agit souvent d'une personne vivant seule ou étant à la tête d'une famille monoparentale. Cette proportion élevée s'explique par le taux de pauvreté des familles monoparentales, et sans doute parce que ce type de famille fait plus souvent l'objet d'un suivi social, et a accès à une plus grande information des dispositifs d'aide.

En outre, le nombre de personnes dans le ménage faisant diminuer le revenu par unité de consommation, les ménages ayant au moins trois enfants occupent une place importante dans la population des bénéficiaires de la CMU.

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire appartient majoritairement à un ménage dont la personne de référence a un faible niveau scolaire, il est issu d'un milieu social modeste, principalement ouvrier, touché par le chômage.

Le phénomène de travailleurs pauvres : rapport 2007-2008 de l'ONPES

En 2006, 46 % des chefs de ménage ouvriers ou employés sont chômeurs parmi les bénéficiaires de la CMU-C contre 6 % pour le reste de la population. Dans 38 % des cas, il s'agit d'un chômage sans indemnisation (Etudes et résultats n° 675 – janvier 2009 – DREES).

Toutefois, cette étude relève que la part de bénéficiaires inactifs est moins importante qu'elle ne l'était en 2003 (date de la dernière enquête menée par la DREES).

Cette évolution est en corrélation avec l'amplification du phénomène de travailleurs pauvres (emplois à temps partiel, de courte durée, faiblement rémunérés, etc.) révélée en France depuis plusieurs années.

Une part des bénéficiaires est donc composée de « travailleurs pauvres » c'est-à-dire de personnes qui, tout en travaillant une partie de l'année, vivent dans un ménage dont les revenus ne suffisent pas à offrir à ses membres un niveau de vie supérieur au seuil de pauvreté monétaire (définition française).

D'après le rapport de l'ONPES, la France comptait, en 2005, 1,7 millions de travailleurs pauvres, soit 7 % des travailleurs. Parmi eux, on trouve une surreprésentation des travailleurs indépendants : 27 %, contre 10 % de l'ensemble des travailleurs.

78 % de ces travailleurs pauvres occupent un emploi toute l'année, 21 % occupent un emploi à temps partiel, alors que seuls 14 % de l'ensemble des travailleurs est dans cette situation.

Entre 1982 et 2005, la part des salariés à temps partiel est passée de 8,2 % à 17,9 %.

En 2005, 83 % des emplois à temps partiel sont occupés par des femmes. Les mères de famille cumulent un taux important de chômage, d'inactivité, une plus grande exposition aux emplois atypiques (temps partiel, contrat à durée déterminée, emplois aidés) et de plus faibles revenus.

Les bénéficiaires de la CMU-C dans les zones urbaines sensibles : le rapport 2008 de l'ONZUS

Dans son rapport 2008, l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) consacre une section sur l'étude de la situation des bénéficiaires de la CMU-C dans les ZUS.

Les ZUS sont des territoires infra-urbains, définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville. La loi du 14 novembre 1996 a défini 751 ZUS, représentant 6,5 % de la population.

En raison des difficultés économiques qui les caractérisent, ces zones concentrent une partie des bénéficiaires de la CMU-C. L'ONZUS relève en effet que, dans ces zones, un assuré du régime général sur cinq est bénéficiaire de la CMU-C, soit plus de trois fois plus qu'en France métropolitaine et 2,4 fois plus que dans les unités urbaines dans lesquelles sont situés ces quartiers. En outre, la CMU-C couvre un tiers des personnes âgées de moins de 18 ans vivant dans les ZUS.

Toutefois, de fortes disparités existent entre les ZUS. Ainsi, dans les 10 % de zones urbaines sensibles les moins couvertes par la CMU-C, la part des habitants bénéficiaires de la CMU-C n'excède pas 10,7 %, alors que dans les 10 % des ZUS les plus couvertes, la part des bénéficiaires de la CMU-C dépasse 35,5 %.

De manière générale, d'après les données recueillies dans l'enquête décennale Santé 2002-2003, 32 % des personnes vivant dans les ZUS se déclarent en mauvaise santé. Elles ont globalement le même comportement que les bénéficiaires de la CMU-C, elles recourent moins souvent à un médecin spécialiste que le reste de la population : en 2006, 57,2 % des habitants des ZUS ont consulté au moins une fois dans l'année un médecin spécialiste, contre 64,4 % des autres assurés. Elles sont plus souvent hospitalisées : 15,6 % d'entre elles ont été hospitalisées au moins une fois au cours de l'année précédente, contre 13,5 % pour les autres assurés.

Dans ces zones, on trouve une présence moins diversifiée et moins importante de l'offre de soins de ville près du lieu de résidence.

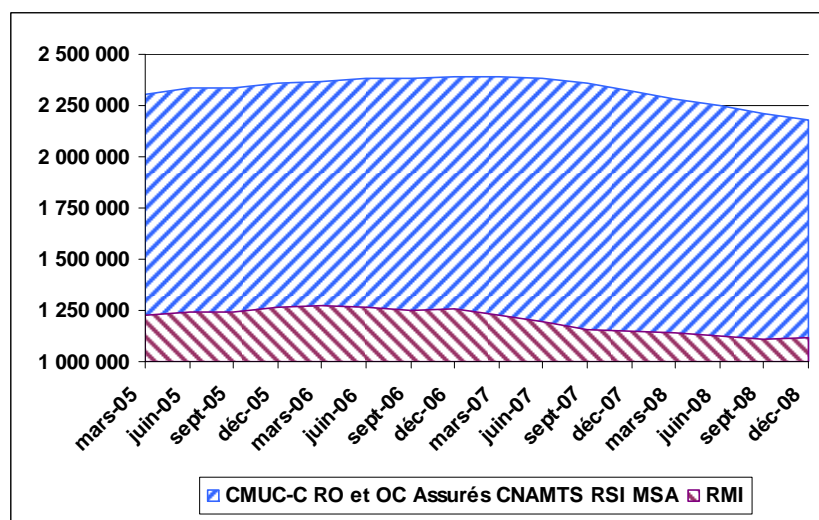
2.1.2. La baisse des effectifs

On note une diminution des effectifs de l'ordre de 5 % entre décembre 2007 et décembre 2008, répartie régulièrement sur chaque mois. Cette évolution est similaire à celle de minima sociaux tels que le revenu minimum d'insertion (RMI).

Tous régimes confondus, les effectifs sont passés de 4 404 849 bénéficiaires au 31 décembre 2007 à 4 186 221 au 31 décembre 2008, soit une baisse de 5,1 % en 2008. Au niveau de la CNAMTS, cette baisse est de 5 % pour la même période.

En octobre 2008, les effectifs de la CNAMTS, pour la période 2005 à 2007, ont fait l'objet d'une rétopolation (cf. 2.1.3.). En intégrant cette nouvelle base pour recalculer le nombre de bénéficiaires tous régimes confondus, on obtient 4 508 132 bénéficiaires au 31 décembre 2006 pour 4 404 849 au 31 décembre 2007.

Cette baisse régulière se retrouve, du moins jusqu'à octobre 2008, dans les courbes de bénéficiaires du RMI depuis 2007. Sont ici retenus le nombre de dossiers pour le RMI et le nombre d'assurés pour la CMU-C pour les trois régimes CNAMTS-RSI-MSA.



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, CNAF

Enfin, les chiffres de 2008 n'intègrent pas la crise économique qui s'est pleinement déclarée à partir de l'automne. On constate déjà une hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU-C de 0,1 % entre décembre 2008 et mars 2009, hausse qui pourrait aller en augmentant au fur et à mesure de l'épuisement des droits aux allocations chômage des demandeurs d'emploi.

Pour les mêmes effectifs CNAMTS-RSI-MSA en métropole, la baisse relève des effectifs CMU-C RO, -5,2 %, les effectifs de la CMU-C OC augmentant de 1,5 %. Dans les DOM, la baisse des effectifs est de 4,8 %, avec une répartition de -5,1 % pour la CMU-C RO et de -2,1 % pour la CMU-C OC.

2.1.3. La rétropolation

Le rattachement des ayants droit à un seul bénéficiaire et un meilleur suivi lors des mouvements entre caisses d'affiliation permet d'obtenir des effectifs plus affinés. Cette nouvelle méthode a été mise en place début 2008 et a donné lieu à un nouveau calcul des effectifs depuis 2005.

La mise à jour du programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU pour la CNAMTS a eu lieu en mai 2008 et porte sur les deux points suivants :

- un bénéficiaire est désormais repéré par son matricule (ou NIR) : cet identifiant unique et stable dans le temps permet de supprimer les doubles comptes liés aux affiliations d'une même personne sur plusieurs assurés. En effet, auparavant, un bénéficiaire était repéré par le matricule (ou NIR) de son ouvrier de droit, sa date de naissance et son rang « Laser ». Un enfant pouvait, par exemple, être rattaché à ses deux parents ;
- les indicateurs du Répertoire national inter régimes de l'assurance maladie (RNIAM) sont désormais utilisés : ils permettent notamment de savoir si un bénéficiaire est affilié à une caisse ou muté hors de cette caisse et de connaître la date de son affiliation ou de sa mutation. Il devient alors possible de comptabiliser les bénéficiaires de la CMU réellement affiliés dans une caisse et d'exclure des dénombrements les personnes ayant déménagé ou changé de régime de sécurité sociale.

Le premier traitement des données utilisant le nouveau programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU a eu lieu en mai 2008. Il fournissait les dénombrements définitifs au 29 février 2008. Pour les effectifs de janvier 2005 à janvier 2008, un coefficient correcteur a été déterminé en superposant les données de février 2008 obtenues selon l'ancien mode de requête et celles obtenues selon le nouveau, par caisse, catégorie de bénéficiaire et mode de couverture. Ces différents coefficients ont ensuite été appliqués mois par mois. L'écart entre l'ancien et le nouveau mode de requête est en moyenne de -8,3 % pour la CMU-C RO et de -6,8 % pour la CMU-C OC. Les études effectuées par le Fonds CMU depuis la rétropolation tiennent compte des effectifs recalculés.

2.2. L'aide complémentaire santé

2.2.1. L'ACS continue de monter en charge

Le suivi de la montée en charge du dispositif est apprécié à partir de deux indicateurs : le nombre de bénéficiaires d'attestations, le nombre de personnes qui les ont effectivement utilisées auprès d'un organisme complémentaire. Au vu de ces indicateurs, le dispositif poursuit sa montée en charge.

L'ACS est un dispositif dont la relative complexité rend difficile une pénétration plus large au sein d'une population le plus souvent en difficulté face aux écrits et aux démarches administratives :

- la plage de revenu pour y accéder est extrêmement étroite et il est impossible a priori de savoir si on est éligible ou pas ;
- au-delà de la constitution et du dépôt du dossier, la recherche d'un organisme complémentaire peut s'avérer compliquée, sans même évoquer la question de son prix.

Le problème déterminant pour l'ACS est celui de la non demande et non celui du taux d'utilisation des attestations qui atteint désormais un niveau élevé, autour de 75 %. Sous l'impulsion de la direction de la sécurité sociale, deux campagnes d'information ciblées ont été conduites en direction de publics potentiels, visant à améliorer le taux de recours.

Les résultats de ces campagnes, même s'ils sont significatifs, peuvent paraître modestes, toutefois ces initiatives sont riches d'enseignements quant à l'approche à adopter, aux orientations qu'il convient d'envisager, en particulier s'agissant du développement de l'accompagnement individualisé. Cette approche nécessiterait toutefois des moyens humains importants.

2.2.1.1. *Les bénéficiaires d'attestations ACS*

En 2007, le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS a été de 511 000, tous régimes confondus, en augmentation de 31 % par rapport à 2006 (391 000 bénéficiaires d'attestations). Cette évolution entre les deux années ne peut être dissociée du relèvement de 33 % du plafond de l'ACS, intervenu à compter du mois de janvier 2007.

Entre 2007 et 2008, le nombre de bénéficiaires d'attestations, tous régimes confondus, est passé de 511 000 à 597 000, soit une augmentation de 16,7 %. Sur 2008, la répartition des bénéficiaires entre les régimes est la suivante :

- 549 000 pour la CNAMTS (+ 17,1 % par rapport à 2007 et + 30,1 % entre 2006 et 2007) ;
- 17 000 pour le RSI (+ 20,0 % et + 40,8 % entre 2006 et 2007) ;
- 31 000 pour la CCMSA (+ 8,6 % et + 33,9 % entre 2006 et 2007).

Depuis la mise en place de l'ACS, le directeur de la sécurité sociale, s'implique fortement dans l'organisation de réunions suivies (3 en 2008) dont l'objet est le développement de l'ACS. L'ensemble des acteurs du dispositif y est associé : caisses d'assurance maladie, fédérations d'organismes complémentaires, Fonds CMU. En outre, sont également conviés la CNAVTS, la CNAF et l'UNEDIC compte tenu de leurs liens avec les publics potentiellement éligibles au dispositif.

Force est de constater que l'ensemble des acteurs se sont fortement mobilisés pour faire connaître davantage le dispositif au travers de campagnes de communication et d'information en direction des publics et des partenaires, ainsi que de formation des personnels. Caisses d'assurance maladie et fédérations d'organismes complémentaires ont présenté leurs initiatives dans le cadre de leurs contributions. Le lecteur pourra s'y référer pour son information.

Le chèque aide pour une complémentaire santé a remplacé l'attestation de droits à partir du 1^{er} janvier 2008. Cette action de communication, menée par madame la Ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, était destinée à faire connaître davantage le dispositif. Il s'agissait également d'améliorer la qualité des documents remis au bénéficiaire. En première analyse, cette mise en place ne s'est que modérément traduite dans les chiffres : du 1^{er} janvier au 30 juin 2008, le nombre de bénéficiaires d'attestations a cependant augmenté de 7,2 % par rapport à la même période en 2007. On constate, par contre, au niveau de la CNAMTS, une augmentation du nombre de refus à compter de février 2008 : de 12 000 refus en moyenne mensuelle sur la période allant de juillet 2007 à janvier 2008, on est passé à 16 000 refus de février à mai 2008. L'absence de ciblage, dans le cadre d'une telle opération, peut expliquer ce résultat.

Au-delà des campagnes de communication générales, il est apparu nécessaire de dynamiser le dispositif en ciblant les personnes potentiellement éligibles en fonction du niveau de leurs ressources, puis de les informer.

Le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), gérée en particulier par les CRAM, permet aux personnes isolées bénéficiant de cette allocation de pouvoir prétendre à l'ACS (l'allocation pour 2 personnes dépasse le plafond ACS de 13 % en métropole).

Une partie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et des allocations de logement, prestations gérées par les CAF, peuvent également être éligibles à l'ACS, selon le niveau de leurs ressources et la composition de leur foyer. Une information spécifique en direction de ces publics a donc été initiée.

Le bénéficiaire isolé de l'ASPA satisfaisant les conditions de ressources pour bénéficier de l'ACS, la question du ciblage n'a pas posé de problème particulier pour les CRAM.

Le ciblage par les CAF s'est en revanche avéré plus compliqué, nécessitant un examen au cas par cas des situations. En effet :

- la plage des ressources ouvrant droit à l'ACS est extrêmement étroite ;
- les CAF travaillent sur les ressources d'une année civile alors que les CPAM tiennent compte de celles des 12 derniers mois glissants pour ouvrir le droit à l'ACS ;
- les CAF prennent en compte les ressources fiscales alors que toutes les ressources, imposables ou non, sont retenues lors de l'examen des droits à l'ACS.

Il a donc été nécessaire de créer une base ressources spécifique permettant d'obtenir un calcul s'approchant le plus possible de celui effectué par les CPAM. Les fichiers ainsi obtenus ont été ensuite croisés avec les bases de données des CPAM pour identifier les situations de non-recours.

Comme le souligne Héléna REVIL (Le non-recours à la CMU-C et à l'ACS – ODENORE Observatoire des non-recours aux droits et services – 3 septembre 2008), « la confrontation des fichiers CAF ou CRAM avec ceux issus des bases de données opérantes des CPAM n'est pas évidente a priori car les systèmes informatiques n'utilisent pas les mêmes langages informatiques, les mêmes codes, les mêmes variables ». Le travail effectué dans ce cadre vise à « dépasser le cloisonnement des sources informationnelles ».

▪ **La campagne d'information des CRAM à l'attention des personnes isolées bénéficiaires de l'ASPA**

376 000 lettres d'information, assez simples dans leur formulation (cf. annexe 3), accompagnées d'une demande d'ACS, ont été envoyées entre le 20 septembre et le 31 octobre 2007 directement par les CRAM, sans croisement préalable avec les bases CPAM.

Suite à cet envoi, la CNAMTS a réalisé un suivi des contacts « front office » des CPAM (accueils physiques et téléphoniques) touchant la population âgée de « 60 ans et plus ».

Elle a constaté un impact assez sensible, l'accueil physique étant ressorti largement majoritaire (65 % en janvier 2008 pour 35 % de contacts téléphoniques) :

En volume	Sept 07	Oct 07	Nov 07	Dec 07	Janv 08
Hommes	12	1 562	3 082	2 548	4 118
Femmes	12	2 243	5 495	4 918	7 767
Total	25	3 805	8 577	7 466	11 885

Au niveau du suivi des bénéficiaires âgés d'attestations CPAM, entre juillet 2007 et juin 2008, on observe les résultats suivants :

	Nombre de bénéficiaires âgés de « 60 ans et plus » en plus par rapport à la date précédente	Ecart par rapport au chiffre enregistré en juillet 2007 : 6 837 bénéficiaires (en %)
1 ^{er} juillet 2007	—	-
31 juillet 2007	6 837	-
4 septembre 2007	6 324	-7,5
2 octobre 2007	7 238	5,9
30 octobre 2007	7 808	14,2
27 novembre 2007	8 451	23,6
31 décembre 2007	10 126	48,1
31 janvier 2008	7 532 *	10,2
26 février 2008	8 939 **	30,7
31 mars 2008	9 872	44,4
29 avril 2008	8 718	27,5
3 juin 2008	9 848	44,0

(*) Décompte remis à 0 au 1^{er} janvier

(**) 16.471 (bénéficiaires au 28.02.08) – 7.532 (au 31.01.08) = 8.939 bénéficiaires en plus entre les 2 dates

En première approche, on constate qu'un pallier a bien été franchi à partir d'octobre 2007 puisque le différentiel passe de 6 500 bénéficiaires environ avant la campagne, à près de 9 000 après la campagne (d'octobre 2007 à mai 2008).

Un différentiel mensuel de 2 500 personnes supplémentaires sur 8 mois (période indicative d'effet de la campagne) ne conduit toutefois qu'à 20 000 personnes, soit un taux d'accord final qui dépasserait légèrement les 5 %. On peut s'étonner de ce résultat alors qu'a été constaté un impact sur les demandes de renseignements et que les personnes contactées sont a priori éligibles au dispositif au regard de leurs ressources.

▪ ***La campagne d'information des CPAM à l'attention des bénéficiaires de l'AAH et des bénéficiaires d'aides au logement***

La CPAM de Grenoble, en relation avec la CAF, a expérimenté cette nouvelle forme de coopération. La pertinence des résultats obtenus sur les croisements des informations détenues par les deux organismes a amené la CNAMTS à généraliser cette opération sur l'ensemble des CPAM. A partir de mai 2008, les CAF ont transmis aux centres de traitement informatiques des CPAM les fichiers sous forme de CD Rom. Après retraitements éventuels des CPAM (épuration des fichiers des droits en cours et des refus récents), un courrier d'information a été envoyé aux bénéficiaires potentiels (cf. annexe 4), accompagné d'un formulaire de demande d'adhésion au dispositif.

Bilan intermédiaire de l'opération par la CNAMTS

Début novembre 2008, les CPAM ont répondu à une enquête de la CNAMTS sur l'état d'avancement de l'opération. Au 3 novembre 2008, 97 avaient envoyé le courrier (17 étaient toutefois encore en cours d'envoi à cette date), 29 caisses (23 % des caisses) n'avaient toujours pas initié l'opération.

Les 97 caisses ont ainsi adressé près de 470 000 courriers, chiffre à rapprocher de la population cible de l'opération (allocataires AAH et bénéficiaires d'aides au logement éligibles à l'ACS après examen de leurs ressources) estimée à 650 000 assurés.

Parmi les principaux motifs invoqués pour l'envoi différé des courriers figurent en particulier :

- des déficits d'effectifs au regard de la lourdeur de l'opération (tri des fichiers, mailing de sollicitation en publipostage, etc.) et de la période des congés ;
- des problèmes de transmission des fichiers par les CAF.

77 caisses ont déclaré avoir constaté un impact sur l'accueil physique, 59 sur l'accueil téléphonique, 80 sur le volume des demandes. Ces résultats doivent cependant être appréciés au regard du cadencement de l'envoi des courriers.

Un suivi spécifique des retours courriers a été instauré, conduisant aux résultats suivants jusqu'au mois de septembre :

En nombres de demandes

Mois 2008	Demandes reçues	Attestations délivrées	Refus
Mai	1 296	347	266
Juin	1 688	1 099	621
Juillet	12 011	6 649	4 068
Août	14 127	7 798	4 595
Septembre	33 073	17 858	9 184
Total	62 195	33 751	18 734

62 195 demandes ont été enregistrées au 30 septembre sur un nombre de 469 781 courriers conduisant à un taux de retour provisoire de 13 % (31 caisses n'ont effectivement démarré leur envoi qu'à compter de septembre).

33 751 attestations de droits ont été remises sur cette même période par rapport aux demandes reçues. A l'inverse, 18 734 refus ont été opposés aux demandes conduisant à un taux de rejet de 30 % (dont des accords CMU non chiffrables de manière précise dans l'enquête).

5 012 demandes de pièces complémentaires ont été formulées par les caisses dont 905 en août et 2 841 en septembre, soit un taux de retour de 15 %. Les 10 à 15 % de dossiers restant correspondant à des instances à la date de l'enquête.

Les résultats de trois CPAM

Le Fonds CMU, outre le bilan provisoire opéré par la CNAMTS, a souhaité disposer de résultats plus avancés auprès de trois CPAM : les CPAM de Grenoble, des Hauts-de-Seine et de Haute-Marne. Un tableau synthétique des principaux résultats obtenus figure en annexe 5.

Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par la CNAMTS : en moyenne, le taux de retour du courrier se situe autour de 18 %. Le taux d'accord s'établit autour de 55 %, le taux de refus à un peu plus de 30 %. Quant aux 10 à 15 % restant, ils correspondent à des accords CMU.

La CPAM de Grenoble a travaillé sur la base d'un envoi et d'une relance à 6 mois d'intervalle sur l'AAH. Elle a observé un pourcentage de retours nettement supérieur dans le cadre de la relance, alors que les destinataires étaient les mêmes. Le taux de retour final s'élève à environ 30 % sur ce champ. La CPAM observe un fort taux de réponse de la part des services des tutelles. Les dossiers retournés dans ce cadre sont très majoritairement complets.

Mesure de l'impact sur les attestations délivrées au niveau national par les CPAM

L'enquête diligentée par la CNAMTS montre que l'opération a commencé à produire ses effets, en termes de dépôts de dossiers, à compter de juillet 2008, avec une accélération très nette à partir de septembre 2008. En prenant en compte le décalage entre le dépôt des demandes et l'examen des dossiers, les effets n'ont pu réellement être observés qu'à compter de septembre, ce qui est d'ailleurs confirmé par les chiffres :

	Nombre d'attestations délivrées CPAM
Janvier 2008	21 461
Février 2008	26 025
Mars 2008	29 141
Avril 2008	23 985
Mai 2008	20 729
Juin 2008	25 871
Juillet 2008	21 591
Août 2008	21 706
Septembre 2008	31 917
Octobre 2008	30 935
Novembre 2008 (*)	41 836
Décembre 2008	29 433
Janvier 2009	32 221
Février 2009	29 704
Mars 2009	30 092
Avril 2009 (**)	24 105

(*) le mois de novembre 2008 inclut des régularisations effectuées sur des mois précédents

(**) le mois d'avril 2009 ne prend pas en compte les données de la CGSS de la Réunion (2 000 attestations environ)

On notera que :

- de janvier à juin 2008, le nombre d'attestations délivrées a augmenté de 7 % par rapport à la même période un an plus tôt ;
- il augmente sur la période « juillet – août » : + 12 % ;
- il s'envole sur la période « septembre – décembre » : + 36,4 % (et ce sans prendre en compte l'augmentation exceptionnelle sur novembre 2008 intégrant des régularisations par rapport à des mois passés).

Le nombre moyen d'attestations a cru de 33 % sur la période « septembre 2008 – février 2009 » par rapport à la période « janvier – juin 2008 ». La tendance observée sur la fin 2008 se poursuit début 2009. Toutefois, un tassement semble se dessiner à partir d'avril 2009. Les données à venir devront être suivies avec attention.

▪ *Les enseignements de la campagne « CAF-CPAM »*

Une opération globalement positive ...

La campagne de communication « CAF-CPAM » est à l'origine de l'augmentation sensible d'attestations enregistrée à partir du second semestre 2008. Toutefois, comme dans le cadre de l'opération « CRAM-CPAM », les résultats doivent être appréciés au regard du nombre de courriers envoyés.

Le taux de retour moyen devrait se situer in fine entre 15 et 20 %. Il s'agit d'un résultat très correct en référence aux standards attendus d'une opération « mailing » classique.

Le taux de refus se situe, quant à lui, à un niveau élevé malgré le ciblage, autour de 30 %. La combinaison du taux de retour avec celui du taux de refus conduit à un taux d'accord final que l'on peut donc évaluer à 13 % (18 % * 70 %). Ce pourcentage peut être rapproché de celui de 5 % évalué à titre indicatif sur la campagne « CRAM-CPAM ».

Pour la CNAMTS, l'opération dans sa finalité globale est très positive. Elle s'est cependant avérée très lourde dans les modalités retenues, en particulier du fait de « la structure des fichiers transmis impliquant des manipulations et épurations préalables qui, outre le publipostage ont été consommatrices de ressources ». Dans le cadre d'une telle opération, des ressources importantes doivent également être mobilisées pour faire face à l'afflux des demandes dans des conditions acceptables.

La CNAMTS souligne également que, malgré le ciblage initial, la volumétrie des refus (30 %) demeure importante, générant de fortes insatisfactions auprès des assurés. Elle avance deux explications à l'origine de ces refus :

- le décalage dans les périodes de référence de prise en compte des ressources entre les CAF et les CPAM ;
- le décalage entre la mise à disposition des fichiers par les CAF et l'envoi des courriers, la situation des assurés ayant pu évoluer sur la période.

La CPAM de Grenoble souligne pour sa part que l'existence d'autres personnes bénéficiant de revenus dans le foyer et non identifiées en préalable, est une source non négligeable de refus.

... qu'il convient de poursuivre en automatisant le processus ...

La CNAMTS indique qu'il « importe qu'en cycle d'exploitation normale, le processus soit revu et qu'à l'instar de la mise en œuvre d'échanges dématérialisés entre les branches Vieillesse et Maladie, il soit procédé à une convention d'échange avec la CNAF pour le routage des flux ».

En effet, dans le prolongement de l'opération qu'ont diligentée les CRAM, des échanges dématérialisés seront effectués prochainement entre la branche Vieillesse et la branche Maladie. Le fichier des nouveaux bénéficiaires éligibles sera envoyé trimestriellement aux CPAM qui assureront ensuite l'envoi automatique des courriers d'information via ESOPE (20 000 courriers en moyenne trimestrielle environ).

... avec des limites à l'exercice

Les caisses qui ont été associées à l'enquête complémentaire, mettent en avant le problème de la compréhension des écrits par ces populations. « Les écrits sont effectivement complexes, le dispositif aussi » souligne la CPAM des Hauts-de-Seine. Ce constat rejoint celui d'Hélène REVIL pour qui « les personnes qui répondent à une sollicitation écrite de type administratif sont celles qui sont en « capacité » de lire le courrier, de le comprendre, et de donner suite ».

Selon l'ODENORE, l'information des bénéficiaires potentiels par simple courrier a des effets limités, avec des résultats décevants par rapport aux moyens investis. L'amélioration de l'accès à des dispositifs complexes comme l'ACS ne peut « se suffire d'une information de masse », elle nécessite d'être expliquée.

A la demande du Fonds CMU, la CPAM des Hauts-de-Seine a contacté des destinataires du courrier qui n'y avaient pas donné suite après un certain délai. La caisse souligne en préalable la très grande difficulté à joindre les personnes concernées.

Une centaine de personnes a été contactée : 48 % des personnes ne se souvenaient pas avoir reçu de courrier, 26 % admettaient ne pas l'avoir compris. Ce sont donc, au total, 73 % des personnes pour qui la démarche n'est pas apparue claire.

Informer est une condition nécessaire mais pas suffisante, l'accompagnement s'avère indispensable à l'obtention de résultats

Anticipant ce constat, la CPAM de Grenoble a décidé de mettre en œuvre un service spécifique expérimental dans un de ses centres, en direction de toute personne se présentant à l'accueil pour se renseigner sur la CMU ou l'ACS. La personne est systématiquement reçue 10 à 15 minutes par l'accueil qui lui remet un dossier et lui présente le dispositif. Un rendez-vous est toujours proposé au demandeur pour l'aider à remplir le dossier, avec le même agent d'accueil si possible. Pour ne pas pénaliser l'indicateur « délai d'attente à l'accueil », les rendez-vous sont plutôt programmés pendant les heures creuses.

L'opération, testée sur quatre mois, a été l'objet de retours très positifs, autant de la part des assurés que de celle des agents d'accueil. La CPAM souligne par contre, qu'en cas de rendez-vous, l'expérience montre que cette pratique fonctionne beaucoup mieux si on rappelle les personnes pour confirmer la rencontre. La CPAM souligne l'intérêt de cette approche qualitative qui va dans le bon sens mais se pose toutefois la question des moyens.

La CPAM des Hauts-de-Seine, dans le cadre de la campagne courrier « CAF-CPAM », a mis en œuvre une démarche spécifique pour les dossiers qui lui avaient été retournés incomplets. Le demandeur a systématiquement été contacté par un délégué social, expert de l'ACS, pour lui proposer une aide dans la constitution de son dossier. A la fin janvier 2009, l'ensemble des personnes qui ont pu être contactées ont bénéficié d'un accompagnement qui leur a permis d'aller jusqu'au bout de leur démarche. Cette action, souligne la CPAM, montre que la multiplication des démarches, même strictement nécessaires, est un facteur de non aboutissement des dossiers, qui concourt au non exercice du droit.

Au niveau national, la CNAMTS a développé un programme national d'offre du service social dans le cadre de l'ACS. Un des 4 programmes nationaux définis en 2007, dans le cadre du service social de l'institution, porte en effet sur « l'accès aux soins par une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ». Tout bénéficiaire d'une attestation ACS se voit ainsi proposer cet accompagnement (cf. annexe 6).

L'offre de service dans ce cadre a deux objectifs :

- mieux faire connaître l'ACS auprès de ces publics, en mettant en place des actions collectives ainsi que des interventions sociales individuelles avec des accompagnements personnalisés (démarches auprès des régimes complémentaires, etc.) ;
- accompagner également ces personnes dans la réalisation d'une démarche de soins (parcours de soins coordonnés, bilans de santé, etc.) et/ou d'éducation à la santé.

Un indicateur a été finalisé dans les conventions pluriannuelles de gestion (CPG) portant sur le nombre de participants bénéficiaires d'une attestation ACS identifiés dans les actions collectives. Un taux de 10 % avait été fixé pour objectif en 2007, il a atteint 12 % en moyenne nationale. Pour 2008, l'objectif a été fixé à 15 %.

2.2.1.2. Les attestations utilisées par les bénéficiaires

Le nombre d'utilisateurs d'attestations de l'ACS est un des indicateurs du programme de qualité et d'efficacité Maladie (PQE) annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cet indicateur est rattaché à l'objectif n° 1 du PQE : « Assurer un égal accès aux soins ». Il s'agit plus précisément de l'indicateur n° 1-3 qui vise à suivre le recours à une complémentaire santé pour les plus démunis.

▪ *Un nombre d'utilisateurs d'attestations ACS en constante augmentation*

Les données sur les utilisateurs d'attestations sont reprises dans ce tableau :

	Nombre d'utilisateurs d'attestations	Coût pour le Fonds CMU	Montant moyen déduction annuelle
févr-07	244 662	12 920 782 €	211 €
mai-07	275 472	14 887 015 €	216 €
août-07	304 774	16 597 216 €	218 €
nov-07	329 669	17 939 202 €	218 €
févr-08	360 095	20 036 646 €	223 €
mai-08	382 069	21 047 049 €	220 €
août-08	410 262	22 590 922 €	220 €
nov-08	441 947	24 272 662 €	220 €
févr-09	472 255	25 955 650 €	220 €

Source ; déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI

Le nombre de personnes ayant utilisé leur attestation s'élève à 472 255 au 28 février 2009, en augmentation de 31 % par rapport à février 2008 (+ 37 % entre 2006 et 2007). La montée en charge du dispositif continue donc de manière soutenue.

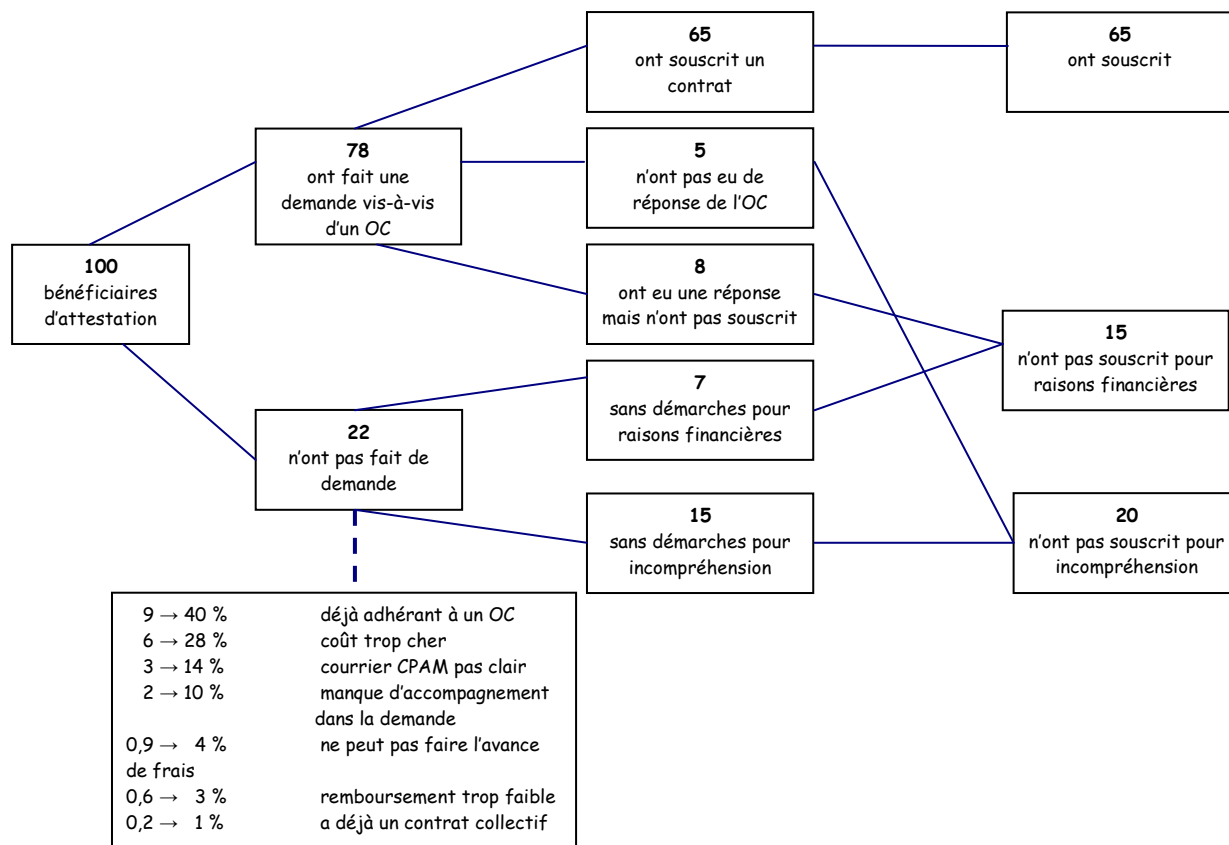
Parmi les bénéficiaires, 74 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 23 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans une institution de prévoyance. Cette répartition est proche de celle constatée sur la CMU complémentaire (respectivement 78 %, 20 % et 2 %).

L'aide à la complémentaire santé touche une part de la population plus âgée que celle de la CMU complémentaire. 20 % des bénéficiaires d'une aide pour une complémentaire santé sont des personnes âgées de 60 ans et plus, contre 4 % dans la population des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

▪ *Un taux d'utilisation déjà satisfaisant qui augmente sensiblement en 2008*

En 2007, ce taux ressortait à 65 % (attestations utilisées / attestations délivrées à fin novembre). Il correspondait déjà à un très bon résultat s'agissant d'un dispositif fonctionnant sous la forme d'un bon d'achat.

Une enquête de la CNAMTS, diligentée auprès de bénéficiaires d'attestations fin 2006 – début 2007, avait conduit au même résultat :



Fin 2008, ce taux a augmenté sensiblement pour atteindre 75 %. Ce résultat est clairement très satisfaisant.

Il convient d'ajouter qu'une partie des bénéficiaires d'attestations ne peuvent de toute façon utiliser ce droit puisqu'ils ont souscrit un contrat collectif d'entreprise dont la grande majorité n'ouvre pas droit à l'ACS (contrats collectifs obligatoires ou facultatif avec une participation extérieure). A partir de données disponibles dans l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006 – IRDES), on peut évaluer que la population concernée se situe entre 10 % et 15 % pour les personnes dont les revenus avoisinent ceux ouvrant droit à l'ACS (cf. 2.4.1).

Compte tenu de l'étroitesse de la plage des ressources pour accéder à l'ACS et de la difficulté de diffusion du dispositif dans la population, il est admis qu'une grande partie des demandeurs et son corollaire, des détenteurs d'attestations, sont en réalité des « recalés » de la CMU complémentaire. D'après l'enquête de la FNMI conduite auprès de mutuelles adhérentes, ces personnes ont alors tendance à s'inscrire « dans une logique de gratuité ».

« Le passage d'une couverture gratuite (du type CMU-C) à une couverture avec un reste charge induit inévitablement des comportements d'évitement et d'éviction d'une partie des bénéficiaires. »

La CPAM des Hauts-de-Seine a effectué une étude complémentaire sur les raisons de la non utilisation de l'attestation. Dans ce but, elle a contacté des bénéficiaires d'attestations délivrées en mai 2008 et qui ne les avaient pas utilisées à la fin octobre (échantillon d'une centaine de personnes). L'appel de la CPAM a été très bien perçu. Après une phase d'« étonnement », la démarche a été jugée très positive par les personnes. Une offre personnalisée d'accompagnement dans l'engagement des démarches leur était en effet proposée.

A la question sur les raisons ayant conduit les personnes à ne pas donner suite à l'attestation reçue, il ressort que :

- 52 % des personnes n'ont pas donné suite faute de comprendre ce qu'il leur était notifié ;
- 33 % n'ont pas donné suite pour des raisons financières, 15 % en raison de la complexité des démarches.

Les résultats sont assez proches de ceux obtenus par la CNAMTS sur le même sujet fin 2006-début 2007.

Les deux enquêtes conduites par la CPAM des Hauts-de-Seine, à la fois sur le non-recours (cf. supra) et sur la non utilisation des attestations convergent : les écrits administratifs posent problème à ces populations et la complexité des démarches est un facteur de renonciation. Selon la CPAM : « La relance, via une proposition concrète et effective d'aide à la constitution de dossiers ou d'aide à la recherche d'une complémentaire santé, pourrait contribuer à rendre effectif ce droit. » C'est d'ailleurs dans cette logique que s'inscrit le programme national d'offre du service social développé par la CNAMTS.

▪ *Le devenir des anciens bénéficiaires de l'ACS*

Une enquête a été menée par la FNMF fin 2008 sur « le devenir des bénéficiaires de l'ACS à l'issue d'une année ». Cette enquête fait suite à une première enquête, qui avait été conduite sur le même champ entre mars et octobre 2008. Il s'agissait cependant de valider les premiers résultats obtenus, en étendant cette étude à un nombre sensiblement plus important d'organismes : 8 mutuelles lors de la première enquête, 24 mutuelles (12 % des bénéficiaires de l'ACS) à la fin 2008.

Les nouveaux résultats confirment ceux obtenus dans le cadre de la première enquête :

Le devenir des bénéficiaires de l'ACS à l'issue d'une année (en %)

	Seconde enquête : 28 mutuelles	Première enquête : 8 mutuelles
Restent bénéficiaires de l'ACS dans l'OC	45	38
Passage en CMU-C dans l'OC	9	12
Adhérents dans l'OC sans ACS ni CMU-C	34	36
Total « encore présents dans l'OC »	88	86
Ont quitté l'OC	12	14

Il faut retenir que sur 100 bénéficiaires de l'ACS, 88 sont encore présents dans l'OC à l'issue d'une année. Ce résultat montre que l'ACS constitue objectivement une clef d'entrée et de fidélisation dans la complémentaire santé.

S'agissant de la dimension « clef d'entrée » dans la complémentaire santé, le Fonds CMU a confirmé cette hypothèse dans le cadre des enquêtes « prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS » en 2007 et 2008.

Fin 2007, sur un groupe d'OC regroupant 50 % des bénéficiaires de l'ACS, 58 % étaient des nouveaux entrants dans l'OC. Fin 2008, le résultat s'établit à 54 %.

Les chiffres obtenus par le Fonds, sur un échantillon très représentatif, montrent que l'ACS constitue une mesure qui contribue à faciliter l'accès à la complémentaire santé et donc, à étendre la clientèle des OC.

2.2.2. Les aides complémentaires à l'ACS

2.2.2.1. Les aides du régime général

- ***L'aide complémentaire santé n'est plus financée par le Fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) à compter de 2009***

Depuis sa création en 2005, et jusqu'à 2008, l'ACS a été financée par une contribution globale des régimes d'assurance maladie. Pour le régime général, cette contribution était financée par le budget du FNASS. Cette contribution prenait la place des financements antérieurs affectés à des aides extra-légales à l'acquisition d'une complémentaire santé octroyées par les caisses.

Dans ce cadre, la répartition de la dotation paramétrique de 140 M€ (budgets 2004 et 2005) devait se faire pour moitié en faveur de l'ACS et pour moitié pour d'autres actions décidées par les organismes. La lente montée en charge de l'ACS a amené une répartition différente et 97 M€ restèrent, hors ACS, à la disposition des caisses (budgets 2006 à 2008).

Concernant l'ACS, le crédit réservé au sein du budget du FNASS est de 243 M€ sur la période de la COG 2006-2009, soit 43 M€ en 2006, 60M€ en 2007, 70 M€ en 2008 et 70 M€ en 2009 :

Budget exécutoire au 31/12/2007	Budget exécuté au 31/12/2007	Budget initial 2008	Budget rectificatif 2008 intégrant les reports	Budget initial 2009	Budget rectificatif 2009 intégrant les reports
60 M€	47 M€	70 M€	83 M€	70 M€	0 M€

Les changements intervenus à compter du 1^{er} janvier 2009, qui prévoient le financement de l'ACS par le Fonds CMU, ont eu pour conséquence de supprimer les 70 M€ initialement prévus à cette attention. Mais l'importance de la dotation paramétrique laissée à disposition des CPAM et CGSS explique que de nouveaux dispositifs complémentaires à l'ACS se sont développés.

▪ *Les dispositifs complémentaires à l'ACS financés par le FNASS de la CNAMTS*

La CNAMTS a recensé les dispositifs complémentaires à l'ACS financés sur les fonds de l'action sanitaire et sociale des CPAM, en distinguant les compléments d'aides à l'ACS des aides « effet de seuil ACS ».

	Aides complémentaires à l'ACS	Aides « effet de seuil ACS »
Nombre de caisses concernées	84 CPAM, 5 CPAM ont un dispositif en cours de structuration, 38 CPAM sans dispositif. 51 CPAM ont ce seul dispositif.	51 CPAM, 11 CPAM ont un dispositif en cours de structuration, 65 CPAM sans dispositif. 13 CPAM ont ce seul dispositif.
Nombre de bénéficiaires et montants de dépenses	69 774 assurés ont bénéficié d'une aide pour 8 231 K€ en 2008 (118 € par assuré) avec 3 régions particulièrement actives : Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et Picardie.	11 022 assurés ont bénéficié d'une aide pour 2 017 K€ en 2008 (183 € par assuré).
Modalités d'atteinte de la population cible	24 CPAM utilisent différentes procédures non systématisées pour atteindre leur population cible : aides attribuées sur proposition du service social régional, si le reste à charge sur la prime ou cotisation est trop élevé, en cas d'impayés de primes ou cotisations etc.	20 CPAM utilisent différentes procédures non systématisées pour atteindre leur population cible.
Caractéristiques de l'aide	Les 2/3 des CPAM modulent leur participation en fonction de l'âge. Presque la moitié des CPAM allouent un montant forfaitaire, le reste selon un pourcentage de l'ACS ou de la prime ou cotisation. Seulement 5 % des CPAM ne visent qu'une seule classe d'âge (les moins de 25 ans pour la moitié d'entre elles).	Près des 2/3 des CPAM modulent leur participation en fonction de l'âge. 41 % des CPAM allouent un montant forfaitaire, le reste selon un pourcentage de l'ACS ou de la prime ou cotisation. 8 % des CPAM ne visent qu'une seule classe d'âge 24 % des CPAM limitent leurs interventions pour des ressources qui ne dépassent pas 30 % le plafond CMU-C, 1/3 au-delà entre 40 % et 50 %.

La dépense totale 2008, pour les deux types d'intervention, est de 10,2 millions d'euros. Elle représente 11,6 % de la consommation de la dotation paramétrique. La CNAMTS souligne que pour plus de la moitié des organismes ayant mis en place leurs dispositifs dans le courant de l'année 2008, ce poste de dépenses est appelé à augmenter sur les prochains exercices.

Ces dispositifs sont donc en plein développement, même si certaines caisses, craignant un impact financier important au détriment de l'attribution d'autres types d'aides, attendent un retour d'expérience d'organismes déjà impliqués. La diversité des actions traduit la volonté des conseils locaux d'intervenir selon leurs propres orientations.

Les aides complémentaires à l'ACS sont privilégiées par les caisses. Une minorité de caisses ciblent des tranches d'âges spécifiques dans le cadre de leurs interventions.

▪ *Les aides financières exceptionnelles*

Ces aides sont accordées, à titre exceptionnel, après examen de la situation sociale des assurés, pour prendre en charge une dépense de santé. Elles se sont élevées en 2008 à près de 42 millions d'euros (entre 300 et 400 € euros en moyenne par aide) et se répartissent de la manière suivante selon leur destination :

	Montants en K€	Répartition entre postes
Dentaire	17 039	40,69 %
Autres (pharmacie, frais de transport, aides techniques etc.)	10 097	24,12 %
Hospitalisation	6 204	14,82 %
Auditif	5 670	13,54 %
Optique	2 860	6,83 %
Total	41 869	100,00 %

Hors la rubrique « autres », le dentaire prédomine clairement suivi de l'hospitalisation (30 % environ du montant consacré au dentaire). L'hospitalisation est suivie de près par les prothèses auditives.

2.2.2.2. Les aides du RSI

Ces interventions s'inscrivent dans le cadre des orientations pour la gestion de l'action sanitaire et sociale, précisées par la lettre réseau RSI N°2007/018 du 1^{er} février 2007. Cette lettre précise que les aides individuelles proposées, sous conditions de ressources sont notamment :

- la prise en charge du ticket modérateur et du complément de droit à déduction ;
- des soins spécifiques insuffisamment pris en charge (dentaire, optique, auditif) ;
- des soins et des transports non pris en charge mais reconnus médicalement justifiés.

Une enquête diligentée par le RSI, fin mars 2009, sur les dispositifs complémentaires à l'ACS, montre que 19 caisses sur 30 sont concernées. Les interventions sont distinguées selon 3 groupes.

Les aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS (5 caisses concernées) : une caisse prévoit d'aider les personnes dont les revenus se situent entre le plafond ACS et le plafond CMU majoré de 35 %, 4 caisses dans une fourchette allant du plafond ACS au plafond CMU majoré de 50 %.

	Année	Nombre d'aides servies	Montant total des aides servies (€)	Montant moyen de l'aide (€)
Plafond ACS + 15 %	2007	54	8 592	159
	2008	3	907	277
Plafond ACS + 30 %	2007	380	70 654	137
	2008	517	8 592	159

Des aides ponctuelles avec critères de ressources et sociaux (12 caisses concernées). On ne s'inscrit pas dans le cadre d'un barème fixe, les dossiers sont étudiés au cas par cas. Il faut, dans ce cadre, déposer une demande qui peut être refusée. Elles concernent des prises en charges de dettes d'assurés envers des complémentaires santé, de tickets modérateurs, etc. :

Année	Nombre d'aides servies	Montant total des aides servies (€)	Montant moyen de l'aide (€)
2007	470	131 552	280
2008	654	180 332	276

La poursuite de l'ancien dispositif, mis en place avant 2005, où les plafonds étaient plus favorables (2 caisses encore concernées). Ces interventions étaient amenées à s'éteindre progressivement :

Année	Nombre d'aides servies	Montant total des aides servies (€)	Montant moyen de l'aide (€)
2007	121	27 440	227
2008	24	9 368	386

Sur ce point, la circulaire RSI N°2007/036 du 15 mars 2007, précisait : « s'agissant du dispositif national d'intervention de l'action sanitaire et sociale des caisses régionales, la caisse nationale du RSI rappelle qu'il a pris fin au 31 décembre 2006. Néanmoins, à titre exceptionnel et transitoire, les caisses régionales peuvent décider d'interventions ponctuelles de l'action sanitaire et sociale au bénéfice d'assurés ayant déjà fait l'objet d'une aide en 2006, qui en demanderaient la reconduction et dont la situation financière ou sociale est particulièrement sensible. Il ne pourra en aucune façon s'agir d'une aide systématique et générale ».

2.2.2.3. Les aides de la MSA

Lors d'une récente enquête conduite par la CCMSA sur ce sujet, 60 % des caisses de MSA ont transmis des données relatives aux aides financières complémentaires à l'ACS. Pour l'année 2008, et le groupe de caisses considéré, les aides se répartissent de la manière suivante :

	Aides complémentaires à l'ACS	Aides "effets de seuil" à l'ACS	Aides financières ponctuelles à l'acquisition d'une complémentaire santé	Totaux
Nombre de caisses de MSA	3	2	24 (dont 3 CMSA pour lesquelles on ne dispose pas de dénombrement et de montant)	29
Nombre de départements	3	5	42 (dont 6 départements pour lesquels on ne dispose pas de dénombremens et de montants)	50
Nombre de bénéficiaires	154	61	266	481
Montant des aides financières	30 223 €	16 841 €	83 873 €	130 937 €
Moyennes montant par bénéficiaire	196 €	276 €	315 €	272 €

Ainsi :

- 5 caisses de MSA (8 départements) accordent sous conditions (ressources, âge, etc.) une aide complémentaire à l'ACS ; sur un département, la MSA n'intervient pas car le conseil général propose une participation sous condition de ressources. Parmi ces 5 caisses, 2 caisses attribuent également des aides financières ponctuelles.
- 21 caisses (36 départements) accordent des aides financières ponctuelles pour permettre aux personnes ou familles de régler les primes ou cotisations de complémentaire santé ;
- 1 caisse est en cours d'étude d'attribution d'aides ponctuelles. Le potentiel de dossiers est de 514 pour un montant estimé à 85 890 € ;
- 3 caisses (6 départements) versent au cas par cas des aides ponctuelles sans possibilité d'évaluation relative aux dénombrements et montants ;
- seules 5 caisses (7 départements) indiquent n'accorder aucune aide.

A ce jour, 2 caisses ont prévu de développer une aide complémentaire à l'ACS.

On notera que le versement, prélevé sur les fonds d'action sanitaire et sociale, d'une aide supplémentaire à l'ACS est une décision relevant du conseil d'administration de chaque caisse. Aucun positionnement institutionnel national n'a été pris sur ce sujet.

2.2.3. Prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS

L'étude annuelle sur les contrats de complémentaire santé ayant ouvert droit à l'ACS contribue à dresser un panorama très précis des contrats de complémentaire santé.

L'étude 2008, effectuée dans la continuité des 3 précédentes études sur ce thème, est basée sur la réponse de 47 OC couvrant 60 % des bénéficiaires de l'ACS (160 000 contrats et près de 263 000 bénéficiaires). Pour plus de précisions sur les résultats, le lecteur est invité à consulter le rapport disponible en ligne sur le site du Fonds CMU : www.cmu.fr / Etudes et rapports / Fonds CMU / Rapport 2008 sur le prix et le contenu des contrats ACS.

Les résultats obtenus confortent les conclusions tirées des études précédentes :

- parmi les OC enquêtés, chaque contrat couvre en moyenne 1,6 personnes. Les contrats couvrant une seule personne représentent 73 % des contrats et 45 % des bénéficiaires ;
- le prix annuel moyen du contrat (couvrant 1,6 personnes) est de 734 €. L'ACS prend en charge 50 % du prix de la complémentaire santé. Le dispositif laisse à la charge des foyers bénéficiaires 377 € par an, montant qui représente 4 % de leur revenu annuel. Ce pourcentage correspond au « taux d'effort » de ces ménages pour acquérir leur complémentaire santé.

Dans l'Enquête santé protection sociale 2006 (Questions d'économie de la santé n° 132 – mai 2008 - IRDES), l'IRDES souligne que, s'agissant des contrats individuels, le taux d'effort augmente nettement quand le revenu des souscripteurs diminue. Il est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élève progressivement pour atteindre 10,3 % pour les ménages les plus pauvres. Dans ce contexte, il ressort que le taux d'effort après application de l'ACS rejoint celui des cadres et professions intellectuelles qui, d'après l'enquête, s'élève en moyenne à 3,8 %.

Néanmoins, la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS puisqu'un peu moins d'un demi-mois de revenu est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. S'ils n'avaient pas l'ACS cependant, ce serait quasiment un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé.

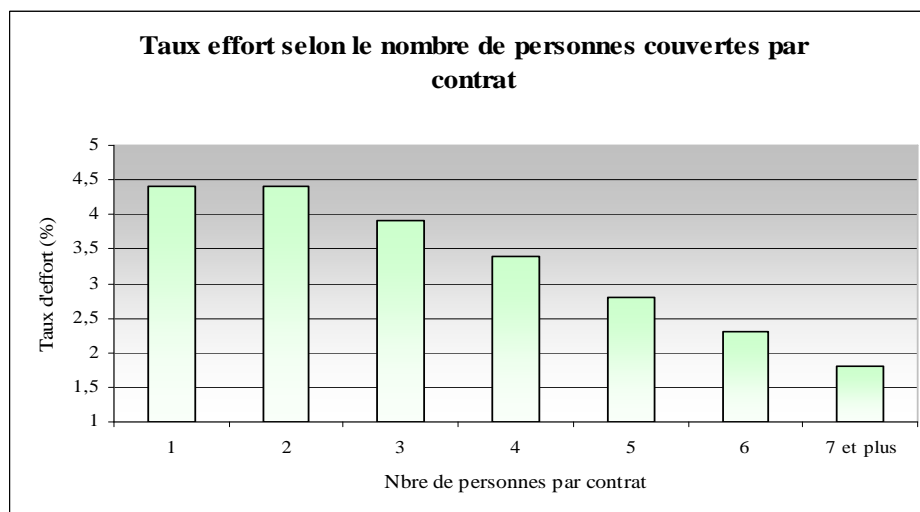
Restes à charge et taux d'effort sont calculés par rapport à l'acquisition d'une complémentaire santé. Or, il est essentiel de garder à l'esprit que la complémentaire santé peut en outre laisser elle-même à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées, non négligeables, notamment au regard des dépassements pratiqués.

L'enquête se donne également pour objectif de mesurer l'impact de différents facteurs (taille de la famille, âge du souscripteur du contrat, niveau de garantie) sur le niveau de prix des contrats, le montant et le taux de reste à charge (RAC), le taux d'effort. L'importance relative de ces différents facteurs est également appréciée.

▪ *Impact de la taille de la famille sur les prix des contrats*

Les analyses montrent que le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires de celui-ci. Ainsi, le passage de une à deux personnes couvertes amène une augmentation se situant autour de 60 % du prix du contrat. Cette augmentation décroît ensuite régulièrement à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente.

On constate que le taux d'effort diminue régulièrement avec le nombre de personnes couvertes pour atteindre 1,8 % dans les foyers dont la taille est la plus importante :



Source : Fonds CMU

En effet, contrairement à l'aide, le prix du contrat ne suit pas linéairement l'augmentation du nombre de personnes couvertes du fait notamment de dispositions favorisant généralement les familles avec enfants. À partir de trois bénéficiaires par contrat, on peut supposer qu'il s'agit plutôt de familles avec enfants. L'ACS est donc un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne l'observation du taux d'effort.

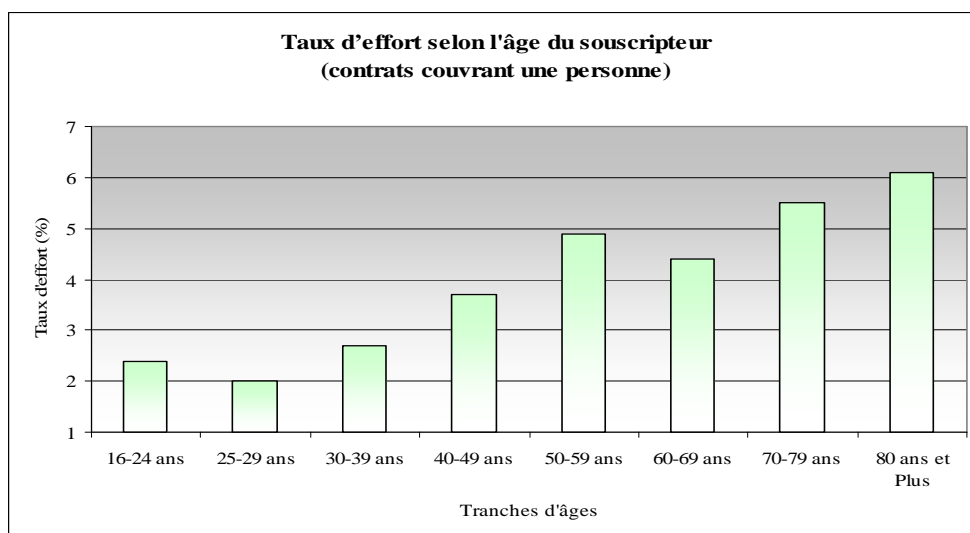
▪ *Impact de l'âge des bénéficiaires sur le prix des contrats*

Les analyses conduites sur les contrats couvrant une personne (on ne connaît que l'âge du souscripteur) montrent que le prix est bien une fonction croissante de l'âge. La hausse est assez linéaire avant 60 ans (près de 20 % environ par tranche de 10 années). L'augmentation la plus marquante demeure celle constatée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60-69 ans et plus (+ 25 %) puis elle est divisée par 2 pour les « 70-79 ans » et de nouveau par 2 pour les « 80 ans et plus ».

Avec l'âge, le taux d'effort augmente progressivement, exception faite du passage de la tranche des

- « 16-24 ans » à celle des « 25-29 ans » ;
- « 50-59 ans » à celle des « 60-69 ans ».

du fait des montants différenciés de l'ACS entre ces catégories.



Il part de 2 % pour les « 25-29 ans » et culmine à 6 % pour les « 80 ans et plus ». C'est pour ces ménages que le poids de la complémentaire santé par rapport à leur revenu est donc le plus lourd. Ils bénéficient en effet d'un montant d'ACS égal à celui des « 60-69 ans » mais supportent des niveaux de primes ou cotisations sensiblement plus importants.

Une mesure nouvelle intégrée au projet de loi HPST, en cours de discussion au moment de la rédaction du présent document, reprend les recommandations du rapport 2007 (passage de 200 € à 350 € pour les « 50-59 ans », passage de 40 € à 500 € pour les 60 ans et plus). Une simulation de l'impact de cette mesure montre une amélioration de la situation des plus âgés, leur situation relative demeurant cependant moins favorable. Au global, le taux d'effort moyen devrait atteindre 3,5 %.

▪ **Impact du niveau de garantie sur le prix des contrats**

Les contrats ont été ordonnés dans une classification établie par l'IRDES selon une logique croissante des niveaux de garantie :

Classe de contrats	Honoraires hospitaliers	Honoraires ambulatoires	Pharmacie (blanche)	Optique complexe	Dentaire fixe
Classe 1	<= TM	Infra TM	Infra TM	Infra TM	Infra TM
Classe 2	<= TM	100 %	100 %	>= TM et < à 100 €	= TM
Classe 3	<= TM	100 %	100 %	TM < et < à 100 €	> TM et < à 100 % du TC
Classe 4	TM < et <= 150 %	TM < et <= 130 %	100 %	100 € < et <= à 200 €	100 % < et <= à 150 % du TC
Classe 5	> à 150 %	> à 130 %	100 %	> à 200 €	100 % < et <= à 220 % du TC
Classe 6	> à 150 %	> à 130 %	100 %	> à 200 €	> à 20 % du TC

Source : IRDES

Les différences de prix entre les groupes de garantie sont plus faibles que les deux précédentes variables étudiées. Le niveau de garantie ne ressort pas comme l'élément déterminant du prix du contrat. A partir d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs », il ressort en effet que les contrats de niveau 6 présentent des prix en moyenne supérieurs de 45 % par rapport à ceux de niveau 1 ou 2 (contrats couvrant le ticket modérateur).

▪ **Impact relatif de chaque facteur**

La part de la variance expliquée par l'ensemble des facteurs déterminant le prix de vente des contrats est élevée (près de 70 %), ce qui démontre la bonne qualité du modèle.

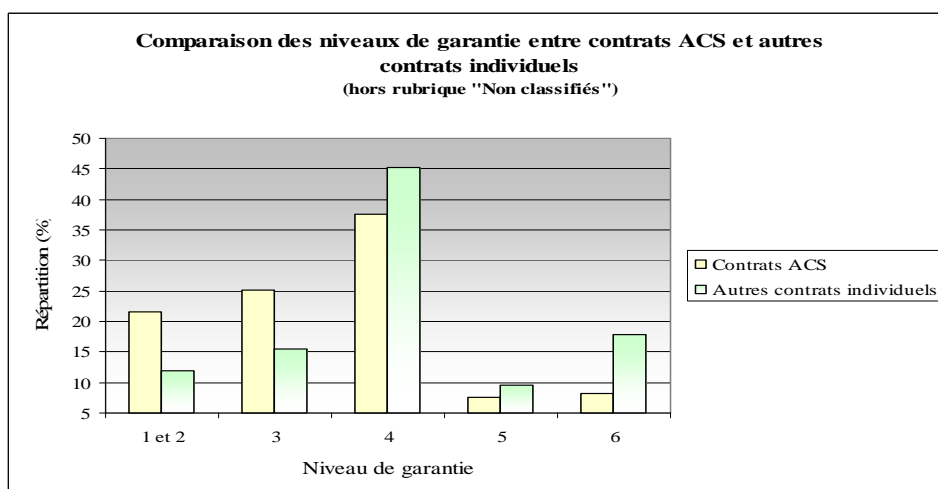
Une comparaison des évolutions entre « classes extrêmes » constatées dans le cadre de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » (neutralisation de l'effet des autres facteurs), pour chacune de ces variables, éclaire sur les ordres de grandeur d'influence des différentes variables étudiées :

- nombre de personnes couvertes par contrat : contrats « 1 personne » / « 7 personnes et plus » : + 189 % ;
- âge du souscripteur : « 16-24 ans » / « 80 ans et plus » : + 166 % ;
- niveau de garantie du contrat : « classes 1 et 2 » / « classe 6 » : + 45 %.

Enfin, la région de résidence où on constate une différence + 17 % entre les extrêmes (hors Alsace).

- **Comparaison des niveaux de garantie**

La comparaison entre les niveaux de garantie des contrats ayant bénéficié de l'ACS, par rapport aux autres contrats individuels, confirme les résultats des années précédentes, à savoir que les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels :



Source : Fonds CMU

- **L'ACS : une clef d'entrée dans la couverture complémentaire santé**

A partir de données complémentaires fournies par les OC, on constate que 54 % des personnes enquêtées n'avaient pas de complémentaire santé un an plus tôt.

Au-delà du rôle de fidélisation joué par l'ACS (enquête FNMF sur le devenir des bénéficiaires après une année : 88 % sont restés dans l'OC), le dispositif, au regard du résultat obtenu dans l'enquête, apparaît jouer un rôle de clef d'entrée dans la complémentaire santé.

L'ACS contribue en ce sens à un meilleur accès à la couverture complémentaire santé.

Proposition : les résultats du rapport prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS doivent continuer de servir de base aux réflexions sur l'évolution du dispositif et, en particulier, celles ayant trait au montant de l'aide.

2.3. Les dispositifs dans les DOM

L'actualité récente a montré que la situation sociale dans les départements d'outre-mer (DOM) présentait des caractéristiques particulières par rapport à la métropole. Ces caractéristiques ont amené les règles d'attribution de la CMU-C et de l'ACS à être adaptées (majoration du plafond d'attribution). Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont, en proportion, plus nombreux dans les DOM qu'en métropole. Malgré des tarifs de soins plus élevés, le coût moyen des dépenses de CMU complémentaire y est paradoxalement plus faible.

2.3.1. Une situation particulière et des règles adaptées

Tous les indicateurs de pauvreté sont au rouge dans les DOM. De plus, le coût de la vie est nettement plus élevé. Les observatoires des prix et des revenus prévus par l'article 75 de la loi d'orientation pour l'outre-mer de 2000 n'ont été mis en place qu'au milieu de l'année 2007. On ne dispose pas de comparaison de coût de la vie entre métropole et DOM. Mais les estimations disponibles oscillent entre 15 et 30 % de surcoût, en défaveur des DOM.

Il est en conséquence cohérent que le plafond d'octroi de la CMU complémentaire soit majoré de 11,3 % dans les DOM par rapport à celui de la métropole (celui de l'ACS bénéficie de la même majoration).

Pour ce qui est de la CMU-C, parmi les bénéficiaires, le pourcentage de bénéficiaires qui y accède du fait de la majoration est, selon les données fournies par les CGSS de :

- 8 % à la Réunion (soit 21 000 personnes, principalement des personnes vivant seules - on peut penser, pour l'essentiel des personnes âgées) ;
- 10 % à la Martinique (11 000 personnes dont les $\frac{3}{4}$ sont des personnes seules) ;
- 6 % en Guyane (4 000 personnes).

La majoration du plafond dans les DOM permet en effet aux bénéficiaires du « minimum vieillesse » isolés de bénéficier de la CMU-C sous réserve que le forfait logement ne soit pas ajouté à leurs ressources.

De plus, en matière de dépenses de santé, l'IGAS, dans un rapport de 2005 relatif aux DOM, évalue le surcoût tarifaire pour l'accès aux soins à un peu moins de 20 %. A titre d'exemple, la consultation d'un généraliste de secteur 1, tarifée 22 € en métropole, l'est à 24,20 € en Guadeloupe ou en Martinique et à 26,40 € en Guyane ou à la Réunion; la majoration des tarifs des groupes homogènes de séjour facturés à l'assurance maladie est de 1,3 à la Réunion, etc.

2.3.2. Des bénéficiaires nombreux avec des profils particuliers

Le pourcentage de la population couverte par la CMU-C dans les DOM est de 31 % au 31 décembre 2008 (-1 point par rapport à fin 2007). Ce ratio varie de 36 % à la Réunion à 23 % en Guadeloupe.

Au 31/12/2008	Population	CNAMTS - MSA - RSI			CMUC / Population	Part gestion OC
		CMUC RO	CMUC OC	Total CMUC		
Total métropole	62 809 976	3 078 538	481 469	3 560 007	5,67%	13,52%
Guadeloupe	407 719	52 820	42 055	94 875	23,27%	44,33%
Martinique	403 820	90 720	20 632	111 352	27,57%	18,53%
Guyane	208 171	67 437	181	67 618	32,48%	0,27%
Réunion	791 321	283 272	3	283 275	35,80%	0,00%
Total Dom	1 811 031	494 249	62 871	557 120	30,76%	11,29%

Sources : INSEE, CNAMTS, CCMSA, RSI

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C, les moins de 20 ans sont légèrement plus nombreux dans les DOM qu'en métropole (45 % versus 44 %). Logiquement, les personnes âgées de plus de 60 ans sont elles deux fois plus nombreuses (8 % versus 4 %).

L'implication des organismes complémentaires dans la gestion de contrats CMU est très inégale selon les DOM. Forte en Martinique et surtout en Guadeloupe, zones dans lesquelles la tradition mutualiste est ancrée d'une manière importante, le taux de gestion par les OC est quasiment nul en Guyane (absence de complémentaires santé) et à la Réunion. Dans cette île, c'est la pratique de la CGSS lors de la mise en place de la CMU qui semble expliquer la situation.

Pour ce qui est de l'ACS, il est possible de comparer les taux d'octroi d'attestation (par rapport à la population) pour le régime général. Ici encore, ce taux est nettement plus élevé dans les DOM (2,26 %) qu'en métropole (0,81 %).

Au 31/12/2008 Régime général	Nombre de foyers avec attestation	Nombre de bénéf.	ACS / population	Moins de 25 ans	Taux	De 25 à 59 ans	Tx	Plus de 59 ans	Tx
Total métropole	298 046	508 283	0,81%	183 110	36%	234 155	46%	91 018	18%
Guadeloupe	4 783	5 681	1,39%	1 119	20%	1 854	33%	2 708	48%
Martinique	2 559	4 528	1,12%	1 392	31%	1 357	30%	1 779	39%
Guyane	305	730	0,35%	376	52%	279	38%	75	10%
Réunion	18 937	29 919	3,78%	7 753	26%	7 346	25%	14 820	50%
Total Dom	26 584	40 858	2,26%	10 640	26%	10 836	27%	19 382	47%

Source : CNAMTS

Parmi les personnes ayant obtenu une attestation d'ACS, la part des personnes de plus de 59 ans est beaucoup plus forte dans les DOM (47 %) qu'en métropole (18 %). Les données départementales des attestations utilisées n'existent pas. Cependant, en prenant en compte les déclarations des seules mutuelles dont l'implantation se situe dans les DOM, on constate que la déduction moyenne des 25 400 assurés est de 284 € à comparer aux 216 € de déduction moyenne en métropole. De même, les données relatives aux organismes complémentaires des DOM ayant répondu à l'enquête sur le prix et le contenu des contrats ayant bénéficié de l'ACS montrent que 60 % des souscripteurs de contrats ont plus de 60 ans.

Contrairement à la CMU, c'est à la Réunion que les organismes locaux gèrent le plus de personnes bénéficiant de contrats avec ACS (19 000 fin 2008 – 4 000 en Guadeloupe, 2 600 en Martinique). A la Réunion, ce fort recours s'explique, selon la CGSS, par la mise en place d'un dispositif complémentaire à l'ACS, financé par le conseil général pour les personnes de plus de 60 ans. ACS et dispositif local amènent un reste à charge nul pour ces personnes.

2.3.3. Des dépenses de CMU-C très limitées

La dépense moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la CMU-C ressort à 404 € en métropole en 2007. Compte tenu des tarifs majorés des soins dans les DOM, la dépense moyenne dans ceux-ci devrait être supérieure (de l'ordre de 480 €).

Or, la moyenne de la dépense individuelle (part complémentaire) est de 355 € pour les quatre DOM. Cette moyenne est cependant le résultat de données très différentes selon les départements : 208 € en Martinique, 325 € en Guadeloupe, 370 € à la Réunion et 513 € en Guyane.

Au regard de la structure de la population qui devrait amener à une dépense plus forte dans les DOM et des tarifs majorés, on peut conclure que le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C est moindre dans les DOM qu'en métropole. Ce constat rejoint celui réalisé dans le cadre de la mission de l'IGAS citée ci-dessus : hors Guyane, la consommation de soins de ville (tous types d'assurés confondus) dans les trois autres DOM serait proche de 70 % de celle de la métropole.

A cette plus faible dépense globale, s'ajouterait, selon certaines CGSS, la difficulté d'accéder à certains professionnels de santé pour les bénéficiaires de la CMU.

2.4. Un non-recours contrasté pour la CMU-C et l'ACS

On évalue à 80 % de la population cible le nombre de bénéficiaires de la CMU-C, là où l'ACS ne touche qu'un peu plus de 20 % des bénéficiaires potentiels. Il est important de préciser que l'évaluation des populations « cible » des dispositifs est un exercice particulièrement ardu.

Pour la CMU-C, sa vocation « universelle » et la baisse régulière des effectifs incitent toutefois à rester vigilent sur la part de non-recours.

Pour l'ACS, la poursuite des actions de communication ciblées des caisses et la revalorisation du montant de l'aide pour les plus de 50 ans prévue par la loi HPST vont dans le bon sens. L'ACS se diffuse progressivement mais la notion de taux de recours doit être abordée avec prudence. Une année de recul supplémentaire paraît être nécessaire avant de pouvoir parler de rythme de croisière.

2.4.1. Le non-recours à la CMU-C

Les données relatives aux populations cibles citées dans cette partie sont issues d'un travail du bureau études structurelles et évaluation de la DREES, à partir de l'enquête Revenus fiscaux 2005 (actualisée 2007) Insee-DGI réalisée en janvier 2009. Ne sont pas pris en compte dans ce chiffrage les ménages non ordinaires tels que : les habitations communautaires – cité universitaire, foyers pour personnes âgées, etc. et d'hébergement (hôtel, motel, etc.).

Avec un taux de pénétration estimé à près de 80 % de la population cible en France métropolitaine (4,3 millions – évaluation DREES), les résultats de la CMU-C sont conformes au taux habituellement retenu pour évaluer l'adéquation d'une mesure d'aide sociale aux besoins d'un public défini. Il convient cependant de comprendre pourquoi des personnes ne font pas valoir leurs droits et d'ouvrir la voie à des évolutions possibles.

- ***Le renoncement au droit***

Les bénéficiaires de la CMU-C sont majoritairement des enfants avec au moins l'un de leurs deux parents. Il s'agit donc de personnes bénéficiant d'un certain niveau d'intégration sociale, habituellement suivies par des travailleurs sociaux et portées par des aspirations à évoluer. Une femme qui éduque ses enfants est plus motivée pour accéder à ses droits qu'une personne seule, qui sera plus souvent tentée de survivre au jour le jour.

Dans ce dernier cadre, lorsque l'on vit hors du droit, on n'y renonce pas, on l'ignore dans la globalité du terme. Demander la CMU-C implique de pouvoir se situer dans l'espace (stabilité de résidence, dépendre d'une caisse de sécurité sociale précise, etc.) et dans le temps (étude des ressources sur les 12 derniers mois, droits à réétudier tous les 12 mois, etc.). D'un point

de vue économique, les personnes socialement très à la marge sont éligibles à la CMU-C, mais ce système est trop sophistiqué pour elles. Elles ont besoin d'un accès à la protection et d'une offre de soins adaptés, qui soient stables mais qui ne demandent pas de stabilité en retour.

Les études citées dans le précédent rapport d'évaluation (IRTS Île-de-France 2006, ODENORE 2005, LEGOS 2006) ont identifié d'autres profils de personnes qui ne recourent pas à leurs droits. Dans le cas d'hommes seuls, jeunes ou âgés de plus de 50 ans, il s'agit d'un manque d'information lié à de faibles besoins en soins immédiats. L'investissement personnel pour entrer dans le dispositif ne paraît pas justifié tant que la nécessité d'y recourir n'est pas reconnue. Dans le cas de personnes à faibles revenus, familles dont l'un des parents travaille ou personnes seules socialement intégrées, mais avec de petits salaires, les droits pourraient être ouverts mais la demande n'est pas faite par peur de la stigmatisation, en particulier vis-à-vis des médecins. D'autres personnes pourraient bénéficier de la CMU-C après une perte conséquente de leurs revenus, mais elles se projettent dans un retour à leur niveau de vie initial. Elles ne souhaitent pas intégrer des dispositifs d'aide sociale par crainte identitaire.

Enfin, reste le cas des personnes bénéficiaires du RMI (bientôt RSA socle), qui pourraient *de facto* bénéficier de la CMU-C mais qui n'effectuent pas la démarche nécessaire de choix de l'organisme gestionnaire (caisse ou OC) auprès de leur CPAM, y compris lorsque celles-ci les sollicitent, et ainsi ne voient pas leur droit à la CMU-C ouvert.

- ***Les pistes d'évolutions***

Le précédent rapport d'évaluation soulignait la nécessité de mieux informer les personnes sur leurs droits et d'attribuer d'emblée la CMU-C aux bénéficiaires du RMI, en effectuant un rattachement automatique à leur CPAM pour la gestion de leurs prestations. La CNAMTS avançait la même proposition.

Afin de simplifier les démarches administratives des bénéficiaires, les demandeurs du RSA socle doivent être accompagnés dans le remplissage des imprimés CMU-C par le service instructeur de la CAF, qui transmettra ensuite les documents à la CPAM concernée. Il conviendra d'évaluer la mise en place de cette organisation après la première année de fonctionnement. La CNAF a en effet indiqué son impossibilité que cette pré-instruction CMU soit réalisée dès la mise en place du RSA.

La crise économique a généré de fortes destructions d'emploi à partir d'octobre 2008. C'est à partir de la mi-2009 que des personnes ayant peu de temps d'activité devraient commencer à arriver en fin de droits à indemnité chômage, suivies ensuite de celle ayant des droits ouverts pour deux ans. Il sera nécessaire d'informer ces personnes peu habituées à avoir recours aux aides sociales, en travaillant avec les pôles emplois, qui disposent des données sur les personnes recevant une très faible indemnité ou arrivant en fin de droits.

Enfin, des études sur le renoncement sont à reprendre, afin d'actualiser l'information et affiner les pistes qui étaient ouvertes par le précédent rapport d'évaluation.

Un problème particulier se pose d'une manière forte dans la période. Les ressources des douze derniers mois des demandeurs sont prises en compte, pour la CMU-C, comme pour l'ACS.

Dans le cadre d'une entrée au chômage, un abattement sur les revenus d'activité passée est prévu. Par contre, pour un chômeur indemnisé qui passe au régime de solidarité (ASS), rien n'est prévu. Ainsi, alors que ses indemnités subissent une chute brutale, il sera nécessaire qu'une dizaine de mois s'écoulent avant que les ressources des 12 derniers mois se situent au dessous du plafond d'octroi de la CMU-C.

Un abattement spécifique pourrait être prévu pour ces situations.

Proposition : prévoir, par décret, un abattement spécifique sur les indemnités chômage perçues avant le passage à l'ASS.

Une mesure de simplification commune avec l'ACS

Le forfait logement, calculé selon un pourcentage du RSA « montant forfaitaire », permet de rééquilibrer l'assiette de ressources prise en compte pour l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS, entre un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide, et un demandeur qui bénéficierait d'un avantage pécuniaire (allocation logement) ou en nature (hébergement à titre gratuit, propriétaire). Pour une personne seule, son montant en 2009, s'élève à 54,56 € (12 % du RSA montant forfaitaire pour une personne).

A ce niveau de revenus, ce mécanisme concerne quasiment tous les demandeurs. Seuls peuvent y « échapper » les sans domicile fixe, les personnes en impayés de loyers auxquelles les aides au logement ont été suspendues, les occupants sans titre ou les personnes occupant un logement ne répondant pas aux critères requis pour l'attribution d'une aide au logement.

Il s'agit d'un mécanisme peu lisible, cause d'incompréhension et principale source de contentieux devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Concernant l'ACS encore plus que pour la CMU-C, pour laquelle la plage d'accès est déjà tenue (revenus situés entre 621 € et 745 € pour une personne seule, soit une plage d'amplitude de 124 €), l'application d'un forfait logement d'un montant de 54,56 € pose réellement question en termes de lisibilité du dispositif.

La question de son maintien mérite donc d'être posée. S'il était supprimé, le plafond affiché deviendrait alors un plafond réel.

Le maintien de mêmes règles pour la CMU-C et l'ACS plaide en faveur d'une mesure commune, si elle était retenue.

Au delà, il convient de rappeler que le mécanisme du forfait logement intervient également dans le calcul de certaines prestations sociales, le RSA en particulier. Toutefois, il n'est pas pris en compte pour toutes les prestations (ASPA, AAH, etc.).

Proposition : évaluer l'impact du forfait logement et la pertinence de son maintien.

2.4.2. Le non-recours à l'ACS

L'ACS vise une cible très étroite de par la tranche de revenus concernée et c'est un dispositif qui peut sembler compliqué.

2.4.2.1. Un taux de recours limité

D'après le chiffrage de la DREES déjà cité, 2 millions de personnes seraient susceptibles de pouvoir bénéficier de l'ACS en France métropolitaine. Le chiffre a été sensiblement revu à la baisse par rapport à un premier chiffrage datant de novembre 2007 et qui avançait un chiffre de 2,4 millions de personnes.

Sans remettre en cause le travail statistique, la précision des enquêtes sur les revenus et les incertitudes relatives à la composition familiale amènent à relativiser l'exactitude du chiffre avancé. Il est impossible d'évaluer avec précision la marge d'approximation mais un taux de 10 % apparaît comme un minimum.

Si on rapproche le chiffre de la cible au nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation dans un organisme complémentaire de métropole, on aboutit à un taux de recours de 21 %. Ce taux est de 25 % si on base le calcul sur le nombre de bénéficiaires d'attestations.

2.4.2.2. Les limites du dispositif

- *Un dispositif encore parfois compliqué à comprendre et à utiliser par le public*

L'ACS, on l'a déjà souligné, est un dispositif complexe et donc difficile d'accès pour une population le plus souvent en difficulté face aux écrits et aux démarches administratives :

- la plage de revenu pour y accéder est extrêmement étroite et il est impossible a priori de savoir si on est éligible ou pas. Pour une personne seule à titre d'exemple, la plage de revenus indicative se situe entre 621 et 745 euros mensuels en métropole ;
- au-delà de la constitution et du dépôt du dossier, la recherche d'un organisme complémentaire peut s'avérer très compliquée avant même d'évoquer la question de son prix.

A titre de comparaison, si on devait aboutir à un taux de recours équivalent à celui de la CMU complémentaire qui est une prestation proche, mieux connue dans la population et pour laquelle l'intéressé n'a rien à déboursier, on atteindrait en métropole environ 1,6 millions d'utilisateurs d'attestations ACS.

- ***Un public particulier où le taux de non couverture par une complémentaire santé peut être élevé***

Parmi les bénéficiaires potentiels de l'ACS figurent une bonne partie des bénéficiaires de l'AAH (un peu moins de 500 000 sur près de 820 000 bénéficiaires fin 2008 d'après un chiffrage approché effectué par la mutuelle Intégrance spécialisée dans la couverture des handicapés), de l'ASPA s'ils sont isolés (près de 400 000 personnes sur environ 600 000 bénéficiaires).

On peut penser qu'une proportion relativement importante des personnes bénéficiant de l'AAH et de l'ASPA relève d'une l'ALD. 60 % des bénéficiaires d'ALD (soit 4,5 millions de personnes) ont en effet plus de 60 ans et représentent 35 % des plus de 60 ans.

Or, les bénéficiaires d'ALD sont une frange de la population parmi la moins couverte par une complémentaire santé ainsi que les personnes les plus âgées.

D'après les données de l'IRDES issues de l'exploitation de l'enquête ESPS 2006, on relève en effet que plus de 7 % des français déclarent en 2006 ne pas avoir de complémentaire santé. Ce pourcentage s'établit à 14 % dans le cadre d'une affection de longue durée ; il est de 5 % environ pour les 50-59 ans puis monte progressivement pour atteindre 12 % pour les 80 ans et plus.

Suite à la campagne de ciblage des publics potentiels, la CPAM de Haute-Marne a recontacté une cinquantaine de personnes qui n'avaient pas donné suite au courrier à l'issue d'un certain délai. Elle a constaté que 30 % des personnes étaient des bénéficiaires d'ALD qui de toute façon n'étaient pas intéressées par un contrat de complémentaire santé puisqu'« une partie de leurs soins était prise en charge à 100 % ». En outre, 60 % des personnes n'avaient pas bien compris la démarche, surtout selon la CPAM, des publics bénéficiaires de l'AAH. Après informations complémentaires, ils n'ont pour la plupart pas souhaité être accompagnés par le service social pour la constitution d'un dossier.

- ***Une partie non négligeable de bénéficiaires potentiels avec un contrat collectif d'entreprise sur lequel l'ACS ne peut s'appliquer***

Une partie des bénéficiaires d'attestations ne peut utiliser son droit puisque souscripteurs d'un contrat collectif d'entreprise à caractère obligatoire ou facultatif, avec une participation extérieure, par définition non éligibles à l'ACS. Ces situations ne sont pas rares et le Fonds est fréquemment saisi de cette question par des particuliers ou des organismes complémentaires.

Les résultats de l'enquête ESPS 2006 (IRDES) montrent que les bénéficiaires de contrats de couverture complémentaire santé sont pour 35 % concernés par des contrats d'entreprise, pour la partie la plus modeste de la population (hors CMU complémentaire, ménages gagnant moins de 840 euros mensuels). Le pourcentage croit ensuite régulièrement avec le revenu. Toutefois, on notera que ce chiffre est surévalué, puisque, dans l'étude, les fonctionnaires et les retraités anciennement bénéficiaires de contrats d'entreprises obligatoires, ont pu indiquer par erreur bénéficier d'un contrat par l'intermédiaire de leur entreprise. Supposons donc qu'il se situe en réalité autour de 25 %.

On peut considérer que 2/3 de ces contrats ne sont pas éligibles à l'ACS car aidés fiscalement (les dispositions découlant de la loi Fillon auraient d'ailleurs tendance à pousser ce chiffre vers le haut).

Si on suppose par ailleurs que le taux de non couverture par la complémentaire santé pour les populations éligibles à l'ACS se situe autour de 20 %, proche de la catégorie la moins couverte (18 % pour les chômeurs), on aboutit donc à un pourcentage situé entre 10 et 15 % ($25 \% * 2/3 * 80 \%$) de bénéficiaires potentiels ne pouvant de toute façon utiliser le droit à l'ACS.

2.4.2.3. Les pistes d'amélioration du dispositif

De nombreuses initiatives ont déjà été prises, visant à développer l'ACS. Ces initiatives sont riches d'enseignements et elles conduisent à formuler un certain nombre de propositions déclinées selon 3 axes : assurer une meilleure lisibilité du dispositif, poursuivre le ciblage des populations en l'adaptant, informer et accompagner.

- ***Rendre plus lisible le dispositif***

Les constats effectués dans le cadre d'enquêtes montrent que la première exigence est celle de la clarté des courriers et des documents remis aux populations cibles. Même si la communication écrite ne peut se suffire à elle-même, elle demeure indispensable et il faut donc qu'elle soit effectuée de la manière la plus claire possible, dans le sens de la « simplicité ». Un travail mené à l'initiative de la direction de la sécurité sociale devrait aboutir rapidement.

Intégrer l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA au dispositif ACS

Le but de cette opération consisterait à intégrer les bénéficiaires de l'ASPA en couple (2 X 200 000 personnes environ). Il est important de rappeler que les personnes âgées sont celles supportant les taux d'effort les plus élevés (cf. partie 2.2.3.2. Impact de l'âge des bénéficiaires sur le prix des contrats ACS). La revalorisation de l'ASPA annoncée doit également être prise en compte pour éviter que les bénéficiaires isolés soient exclus de l'ACS.

Dans la mesure où l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA seraient intégrés, les opérations de ciblage seraient en outre grandement facilitées.

Proposition : prévoir un abattement sur le montant de l'ASPA pris en compte dans les ressources ACS afin que l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA bénéficient du dispositif.

Eviter la multiplication de dispositifs connexes

- Créer un chèque santé étudiant ?

L'hypothèse a été avancée de créer un chèque santé étudiant et ce, alors même que les étudiants peuvent aujourd'hui bénéficier de l'ACS. Un tel nouveau dispositif risquerait donc de générer une complexité croissante de gestion et d'affichage. Il serait davantage pertinent, dans ce cadre, d'accentuer la mise en place d'une communication spécifique.

Le ministère a participé, fin juin 2007, à une réunion de présentation de l'ACS organisée par le Centre National des Œuvres Universitaires et Scolaires en direction de son réseau d'assistantes sociales des CROUS de l'ensemble des régions françaises. Un dossier a été remis aux assistantes, comportant notamment un diaporama sur le dispositif, la plaquette de la CNAMTS mise en ligne sur son site internet, une fiche sur les informations à apporter aux étudiants pour en bénéficier. Une information a été portée sur le site internet du CNOUS ; sa consultation montre cependant que l'information n'est pas très facile d'accès.

- Quelles priorités pour les financements complémentaires de l'ACS par les caisses d'assurance maladie du régime général ?

Selon la Cour des comptes (rapport sur l'application des LFSS – septembre 2006), la mise en place de l'ACS ne se serait pas traduite par des directives suffisamment claires et cohérentes de la caisse nationale, quant aux nouvelles priorités de la politique des aides individuelles.

Ces orientations manquaient de « précision et de cohérence » et ne définissaient pas « une politique de branche ». En particulier, la Cour reprochait qu'aucune indication n'ait été donnée pour savoir si l'action sociale devait privilégier les populations dont les ressources se situent au dessus du plafond de l'ACS, ou celles déjà bénéficiaires du dispositif et intervenir, dans ce cas, sur les besoins résiduels de ces populations.

Le Fonds CMU, dans le cadre du 3^{ème} rapport d'évaluation, avait formulé une proposition allant dans le même sens : « Demander à la CNAMTS de préciser davantage le champ d'intervention de son action sociale ». L'enquête conduite récemment par la CNAMTS sur les initiatives locales des caisses montre, qu'à ce jour, le champ d'intervention des caisses demeure étendu.

Il convient de prendre acte des politiques menées qui peuvent concourir au développement de l'ACS, mais il est à craindre qu'elles brouillent la lisibilité du dispositif tout en créant des effets d'aubaine. En outre, les conditions de mise en œuvre de ces interventions peuvent générer une inégalité de traitement selon le lieu de résidence, ce qui soulève une question de fond.

Au cours d'une réunion sur le plan de communication sur l'ACS, qui s'est tenue le 9 mars 2009, la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) a souligné qu'elle observait une augmentation sensible de dossiers de demande d'action sanitaire et sociale, émanant des personnes dont les ressources se situent très légèrement au dessus des plafonds ACS, alors que ce phénomène était rarissime auparavant. Ces demandes portent notamment sur la prise en charge des frais d'hospitalisation (forfait journalier et ticket modérateur). Une étude

spécifique pourrait être conduite par quelques caisses, afin de vérifier cette hypothèse et, le cas échéant, en tirer les conséquences s'agissant de la définition de priorités de l'action sanitaire et sociale des caisses.

Proposition : demander à la CNAMTS de préciser davantage le champ d'intervention de son action sociale. La situation spécifique des plus âgés, mise en évidence dans le rapport 2008 relatif au prix et au contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, appelle une attention particulière.

▪ *Poursuivre le ciblage des populations tout en l'adaptant*

Poursuivre l'automatisation des processus d'échanges d'information entre institutions

Des pourparlers ont été engagés entre la CNAF et la CNAMTS, pour envisager la mise en œuvre d'une convention d'échange, pour le routage des flux correspondants aux nouveaux bénéficiaires éligibles, mais la branche Famille est actuellement largement mobilisée sur la mise en place du RSA.

S'agissant des caisses de MSA, elles gèrent en direct les différentes prestations (ASPA, AAH, prestations logement) dans le cadre du guichet unique.

Dans une logique de ciblage des bénéficiaires potentiels de l'ACS, trois requêtes ont été mises à la disposition des MSA dès 2006, permettant l'extraction :

- des titulaires du minimum vieillesse (devenu l'ASPA), de l'AAH, de l'allocation veuvage ou d'une pension de réversion,
- des sortants de la CMU complémentaire.

Seules certaines caisses ont utilisé ces outils de ciblage et ont incité les bénéficiaires potentiels à formuler une demande d'ACS.

A la suite de l'expérimentation menée par la CNAMTS dont la généralisation a été le souhait du directeur de la sécurité sociale, une requête supplémentaire a été développée par la CCMSA. L'objectif de ce nouvel outil est d'extraire des bases les bénéficiaires d'une allocation logement potentiellement bénéficiaires de l'ACS. Plus précisément, l'outil de détection, diffusé le 15 janvier 2009, permet l'extraction des personnes âgées de plus de 15 ans, ayant des droits maladie ouverts en MSA, bénéficiant d'une allocation logement (ALF, ALS, APL), et ne bénéficiant pas de la CMU complémentaire.

Conformément aux instructions données dans le cadre du plan de communication mis en œuvre depuis 2006, les caisses de MSA disposent donc d'outils de ciblage et de communication qui leur permettent de prendre contact avec les bénéficiaires potentiels de l'ACS pour les informer sur ce dispositif, et de les inciter à formuler une demande d'ACS.

Proposition : mettre en œuvre des échanges d'informations dématérialisées entre la CNAF et la CNAMTS sur les nouveaux bénéficiaires potentiels de l'ACS relevant des dispositifs AAH, allocations logement et API, à l'instar de ceux entre la CNAMTS et la CNAVTS s'agissant des bénéficiaires isolés de l'ASPA.

Envisager un retour sur les bénéficiaires potentiels n'ayant pas donné suite aux campagnes « CRAM-CPAM » et « CAF-CPAM »

L'automatisation des échanges d'informations ne concerne que les nouveaux bénéficiaires de prestations. Toutefois, une très grande majorité des personnes contactées au cours des deux campagnes n'ont pas donné suite au courrier envoyé.

La relance effectuée par la CPAM de Grenoble, à six mois d'intervalle sur les bénéficiaires de l'AAH, montre qu'une relance pourrait s'avérer efficace (taux de retour de 30 % et dossiers retournés dans leur très grande majorité complets).

Dans cette hypothèse, il conviendrait cependant de cerner les personnes qui ont a priori une couverture complémentaire santé, ce qui est en partie décelable à partir du système d'information des CPAM (voir infra). Selon la situation, couverture complémentaire ou non, le courrier devrait être adapté.

Proposition : effectuer un retour sur les bénéficiaires potentiels n'ayant pas donné suite aux campagnes « CRAM-CPAM » et « CAF-CPAM », avec un courrier adapté selon que la personne a ou non déjà une couverture complémentaire santé.

Communiquer en direction des bénéficiaires d'attestations n'utilisant pas leur droit, alors qu'ils ont une couverture complémentaire santé

Les caisses d'assurance maladie disposent, dans leur système d'information, d'une donnée permettant de savoir si une personne a souscrit un contrat de complémentaire santé (liaison Noemie). Aussi, 6 mois après la délivrance d'une attestation d'ACS, si aucune liaison n'a été mise en place, un contact pourrait être pris avec l'assuré pour lui demander pourquoi il n'a pas utilisé son attestation et l'inviter à le faire. Ce contact ne pourrait a priori se limiter à un courrier et une charge de travail pour les caisses est donc à évaluer dans une telle perspective.

Proposition : rendre systématique une relance par les caisses des bénéficiaires d'attestations ACS couverts par une complémentaire santé et qui n'ont pas remis cette attestation à leur OC.

- *Informier tout en accompagnant quand cela est possible*

L'opération conduite par les services d'action sociale des CPAM et qui concerne les bénéficiaires d'attestations, apparaît pertinente et se doit d'être développée. La question de transferts de moyens des aides supplémentaires vers l'accompagnement pourrait être posée.

On soulignera que, dans le cadre du système de guidage MEDIALOG des agents des CPAM à l'accueil, qui sert à guider l'entretien avec l'utilisateur, il est prévu que les personnes venant se renseigner sur la couverture complémentaire santé soient systématiquement orientées vers l'ACS. Si une personne demande une prestation d'action sanitaire et sociale, alors qu'elle pourrait être éligible à l'ACS, elle est orientée vers l'ACS, qui est prioritaire.

D'après l'enquête FNMI, il existe chez près de 3/4 des mutuelles interprofessionnelles une réelle préoccupation des agents d'accueil, pour informer et accompagner les personnes sans attestation dans leur démarche. Le Fonds CMU, lors de contacts, a pu constater que la situation pouvait cependant être différente selon les organismes. Il apparaît essentiel, à ce titre, que l'ensemble des organismes aient formé les agents d'accueil et les commerciaux au fonctionnement du dispositif, afin que ce point puisse être abordé lors d'un premier contact.

<p>Proposition : s'assurer que l'ensemble des OC a mis en place des mesures concrètes de formation des personnels en relation avec le public (agents d'accueil, commerciaux, etc.) sur le dispositif ACS.</p>
--

3. UNE COMPLEMENTAIRE SANTE POUR ACCEDER AUX SOINS

3.1. Un parcours de soins un peu particulier

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont soumis au respect du parcours de soins coordonnés comme le sont tous les assurés.

En juillet 2006, ils n'étaient que 63 % à avoir déclaré un médecin traitant, ils ont désormais rattrapé ce retard : début 2009, le pourcentage dépasse 86 % (supérieur à celui des autres assurés sociaux).

Cependant, même si leur accès aux soins s'inscrit de plus en plus dans un parcours de soins coordonnés, leur trajectoire reste différente de celle des autres assurés.

3.1.1. Le respect du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins a été instauré par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. Il vise à une meilleure coordination des soins.

Il impose à l'assuré de déclarer son médecin traitant et de consulter ce dernier afin d'être orienté vers un médecin spécialiste lorsque cela s'avère nécessaire.

Parmi les griefs opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire figurait celui du non-respect du parcours de soins.

Les bénéficiaires de la CMU-C étaient moins nombreux que les autres assurés à avoir déclaré leur médecin traitant, et même lorsqu'ils en avaient fait la démarche, ils étaient plus nombreux à consulter un médecin spécialiste sans passer au préalable par leur médecin traitant.

En argumentation aux refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, les médecins évoquaient un irrespect des règles : absence de prise de rendez-vous, absence de médecin traitant, carte vitale non mise à jour qui rendait ces patients « ingérables ».

Lors d'un protocole d'accord signé le 21 décembre 2006, entre l'UNCAM et les syndicats de médecins, l'assurance maladie s'est engagée à informer les bénéficiaires de la CMU sur leur obligation de respecter le parcours de soins coordonnés.

Ce protocole d'accord prévoyait que les personnes en situation de précarité pourraient bénéficier d'un accompagnement spécifique lors de demandes d'ouverture ou de renouvellement de leurs droits à la CMU-C ou à l'ACS et seraient à ce moment invités à choisir un médecin traitant.

Une campagne à visée éducative a donc été initiée auprès des bénéficiaires afin de les inciter à déclarer un médecin traitant et à se référer à celui-ci avant de consulter un médecin spécialiste. En 2007 un nouveau dépliant explicatif a été mis en circulation par la CNAMTS. Il reprend clairement les démarches qui doivent être effectuées par le bénéficiaire (déclaration de son médecin traitant, mise à jour de la carte vitale), les automatismes à avoir (possession de sa carte, respect des horaires, consultation auprès de son médecin), il éclaircit les notions de parcours de soins coordonnés.

Outre ces mesures éducatives, des mesures dissuasives ont été instaurées par la loi de financement pour la sécurité sociale 2008 qui prévoit, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, la suppression de la dispense d'avance de frais, la suppression de la prise en charge d'une partie du ticket modérateur et la faculté pour le professionnel de santé d'appliquer des dépassements tarifaires d'honoraires.

Les écarts de déclaration de médecin traitant entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés se sont progressivement resserrés.

Au 31 mars 2009, 86,5 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient désigné un médecin traitant (ils n'étaient que 63 % au 1^{er} juillet 2006), contre 84,6 % pour le reste de la population (données concernant le régime général).

Les bénéficiaires d'une ACS sont également incités à respecter le parcours de soins coordonnés. L'aide au paiement d'une complémentaire santé n'est en effet uniquement applicable qu'aux contrats d'assurance complémentaire dit « responsables », c'est-à-dire ne couvrant pas les pénalités financières pour non respect du parcours de soins, la participation forfaitaire de 1 € et les franchises médicales.

3.1.2. L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU

L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU se caractérise par un recours plus fréquent aux médecins généralistes, aux centres de soins et un accès tardif aux soins. Le renoncement à certains soins reste important.

- *Un recours plus important aux médecins généralistes*

La CMU complémentaire offre à ses bénéficiaires un accès gratuit à tous les professionnels de santé quel que soit leur secteur conventionnel. On devrait donc trouver dans la patientèle des médecins une homogénéité entre bénéficiaires de la CMU-C et autres assurés, homogénéité relative toutefois en raison des disparités dues aux pathologies présentées par les bénéficiaires et à leur répartition sur le territoire.

Dans la pratique, les bénéficiaires de la CMU complémentaire n'ont pas le même accès aux soins de ville que les autres assurés.

Leurs consultations se portent davantage sur les médecins généralistes et sur les services de consultations externes des hôpitaux.

Les médecins généralistes accueillent une part plus importante de bénéficiaires de la CMU que les spécialistes ou les dentistes.

Sur les neuf premiers mois de l'année 2008, s'agissant des consultations de spécialistes, le rapport entre le nombre de consultations pour un bénéficiaire de la CMU-C et le nombre de consultations pour un assuré non couvert par la CMU-C était de 0,85. A l'inverse, ce même ratio, s'agissant des consultations de médecine générale, était de 1,58 (Source : CNAMTS).

Les bénéficiaires auraient tendance à se rendre plus facilement chez un médecin généraliste. Cette attitude est fréquente chez les personnes à faible qualification et à faible revenu. Ils privilégient les soins de première nécessité au détriment de la prévention et des actes de spécialistes.

Toutefois, le choix délibéré des bénéficiaires n'est pas l'unique raison, on ne peut écarter les éventuels refus de soins opposés par les médecins spécialistes aux bénéficiaires de la CMU-C.

En outre, s'agissant du nombre de patients bénéficiaires de la CMU-C reçus en consultation, on retrouve entre les médecins (généralistes et/ou spécialistes) des disparités laissant penser que certains médecins sont plus accueillants que d'autres, ou jouissent d'une réputation les rendant plus accueillants aux yeux des bénéficiaires de la CMU.

- *Une concentration des consultations sur certains professionnels de santé*

Deux études publiées en mars 2008 se penchent sur cette question de la concentration des bénéficiaires de la CMU-C sur certains professionnels de santé (Etudes et résultats n° 629 – mars 2008 – DREES ; Questions d'économie de la santé n° 130 – mars 2008 - IRDES).

A travers ces études il apparaît que, dans une même zone, certains médecins reçoivent plus de bénéficiaires de la CMU que leurs confrères.

Ainsi, en 2006, dans les zones à faible poids de bénéficiaires de la CMU-C, le quart des généralistes de secteur 1 les plus accueillants a dans sa patientèle une part de bénéficiaires de la CMU-C au moins 2,5 fois plus élevée que le quart des généralistes de secteur 1 les moins accueillants, le quart des généralistes de secteur 2 a dans sa patientèle une part de bénéficiaires de la CMU-C trois fois plus élevée que le quart des généralistes de secteur 2 les moins accueillants.

L'IRDES souligne que ce phénomène d'attraction dépasse les zones de résidence des bénéficiaires, qui n'hésitent pas à se diriger vers des communes avoisinantes plus pauvres accueillant plus de bénéficiaires de la CMU-C, présumant que les professionnels de santé de ces zones seront plus enclins à les recevoir.

- ***Un recours plus important aux centres de santé***

Lors d'une étude financée par la Fonds CMU, le département des études statistiques de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine a étudié le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C dans le département en 2006.

De cette étude il ressort que les bénéficiaires de la CMU-C du département ont un recours plus fréquent aux centres de santé. Le taux de recours y est 2,5 fois plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (26,7 %) que chez les autres assurés (10,4 %).

Le montant payé relatif aux centres de santé représente 6,4 % de la consommation totale des bénéficiaires de la CMU-C tandis qu'il représente 1,9 % de la consommation des autres assurés du régime général.

Il apparaît que les soins sont en priorité orientés vers la consultation de généralistes ou de spécialistes, ensuite vers les soins dentaires, puis vers les soins infirmiers et les actes de radiologie et de biologie.

- ***Un accès aux soins plus tardif***

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont également confrontés à des délais d'accès aux soins plus longs. Les causes sont diverses : recherche de professionnels acceptant de les recevoir en consultation, services de consultations externes des hôpitaux saturés, rendez-vous donné tardivement, etc.

Un sondage, réalisé en septembre 2007, auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, par l'institut IPSOS pour le Collectif interassociatif sur la santé, fait apparaître que 28 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire affirment avoir déjà dû renoncer à consulter un médecin généraliste faute d'avoir pu obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide. Alors qu'ils sont 23 % dans l'ensemble de la population à avoir été confrontés à cette situation.

44 % des bénéficiaires de la CMU-C ont eu à renoncer à une consultation chez un spécialiste pour les mêmes raisons, contre 32 % pour l'ensemble de la population.

20 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire indiquent qu'il leur est déjà arrivé de se rendre aux urgences d'un hôpital faute d'avoir pu obtenir un rendez-vous chez un professionnel de santé dans des conditions raisonnables de délai ou de coût. Ils sont 14 % dans l'ensemble de la population à avoir fait ce choix.

Il semblerait donc que les difficultés d'accès aux soins, qui se concentrent dans leur grande majorité sur les populations précaires, tendent à la fois à retarder le recours au système de soins et à adresser directement les patients à l'hôpital, ceci même lorsque l'hôpital n'est probablement pas le recours le plus adéquat pour cette prise en charge.

▪ *Un renoncement à certains soins*

Le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C est suivi par deux indicateurs : un indicateur issu des données du CETAF dans le programme 183 des lois de finances et l'indicateur 1-5 du programme de qualité et d'efficacité maladie annexé à la loi de financement de la sécurité sociale (données fournies par la DREES issues de l'enquête SPS de l'IRDES). Les développements qui suivent sont tirés de ce second travail.

(en %)

	2000	2002	2004	2006
(1) Renoncement des personnes bénéficiant de la CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1
(2) Renoncement des personnes bénéficiant d'une couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6
(3) Renoncement des personnes sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0
Écart de renoncement CMUC/couverture privée [= (1)-(2)]	12,1	6,4	6,0	6,5
Écart de renoncement sans couverture/couverture privée [= (3)-(2)]	15,2	15,4	16,0	19,4

Source : IRDES – enquête SPS 2006

En 2006, 14 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Près de 20 % des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres étant reportés. Les renoncements et les reports sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est important : 63 % concernent la santé bucco-dentaire, 25 % les lunettes et 16 % les soins de spécialistes. L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 32 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé, contre 19 % des bénéficiaires de la CMU-C et 13 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

L'écart de renoncement aux soins entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée est de 6,5 points en 2006. Les bénéficiaires de la CMU-C continuent donc à renoncer plus fréquemment aux soins que les individus ayant une couverture privée. La persistance de ce renoncement plus important s'explique par les caractéristiques socio-économiques (faibles revenus, chômage fréquent, surreprésentation des ouvriers et des employés) et démographiques (surreprésentation des familles monoparentales) des bénéficiaires de la CMU-C.

En revanche, l'écart de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C s'établit à un niveau significativement moindre que celui des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture (respectivement 6,5 points et 19,4 points). Pour ces dernières, l'écart de taux de renoncement aux soins par rapport aux titulaires d'une couverture privée tend plutôt à augmenter d'une enquête à l'autre, avec une accélération entre 2004 et 2006. Cependant, ces résultats doivent être considérés avec prudence pour des raisons statistiques.

3.1.3. L'évolution du panier de soins de la CMU-C

La CMU complémentaire garantit la prise en charge totale des soins compris dans un « panier de soins » défini par la loi, son contenu a fait l'objet de peu d'évolutions depuis l'entrée en vigueur de la loi.

- *Le contenu du panier de soins*

L'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale définit le panier de soins de la CMU complémentaire. Les bénéficiaires de la CMU-C ont droit à la prise en charge à 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale pour les consultations de médecins généralistes, spécialistes, dentistes.

Ils ont droit aux médicaments prescrits par un médecin et remboursables par l'assurance maladie.

Ils ont droit à la prise en charge du forfait journalier en cas d'hospitalisation, des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

En matière d'optique, les bénéficiaires de la CMU ont droit à la prise en charge d'une paire de lunettes par an (dans les limites de tarif fixés par arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002), voire plus en cas de pathologies particulières.

En matière d'audioprothèses, ils ont droit à la prise en charge de leur appareillage dans les limites de prix fixés par l'arrêté du 31 décembre 1999 (modifié par l'arrêté du 14 août 2002).

- *Les effets de la revalorisation des forfaits dentaires*

Depuis le dernier rapport d'évaluation de la loi CMU par le Fonds, le panier de soins n'a pas connu d'évolution hormis celle des forfaits prothétiques déjà mentionnée dans notre dernier rapport.

Rappelons qu'en vertu de l'arrêté du 30 mai 2006 (modifié par l'arrêté du 27 mars 2007), les tarifs de prothèses applicables aux bénéficiaires de la CMU complémentaire ont été revalorisés de 30 %.

Cette revalorisation des tarifs tendait à permettre un meilleur accueil des bénéficiaires de la CMU-C par les dentistes.

Les chiffres des dépenses par bénéficiaire montrent que le poste des dépenses pour les forfaits prothèses dentaires a augmenté plus rapidement, mais essentiellement en relation avec l'augmentation du forfait (cf. partie 3.2.1).

Toutefois, cette revalorisation ne semble pas avoir fait reculer les refus des soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, qui restent toujours importants chez les dentistes (cf. infra).

▪ ***Proposition d'évolution du panier de soins***

La CMU-C, dans le cadre de son « panier de soins » ne prend en charge que les soins, les médicaments, etc. remboursables par l'assurance maladie.

Ce choix est compréhensible : il ne s'agit pas de « favoriser » les bénéficiaires de la CMU-C mais de leur permettre d'accéder aux soins comme les autres assurés sociaux.

Cependant, au regard des ressources des bénéficiaires de la CMU, cette égalité de traitement théorique amène à une inégalité réelle par l'impossibilité de recourir à certains soins ou produits.

Deux exemples peuvent être cités.

Premier exemple : les soins de parodontologie qui consistent à soigner l'ensemble des « structures » permettant d'assurer la fixation et le soutien des dents de la mâchoire, dont l'objectif est de conserver des dents qui auraient été, par le passé, extraites. Dans ce domaine, l'assurance maladie ne prend en charge que quatre actes : le détartrage complet sus et sous-gingival (deux séances maximum), la ligature métallique, l'attelle métallique, la prothèse-attelle de contention. Les autres actes tels que le curetage, les greffes osseuses et gingivales, les comblements osseux, la pose de membrane, etc. ne sont pas pris en charge. Or, la population bénéficiaire de la CMU souffre particulièrement de pathologies dentaires.

Deuxième exemple : face à une population principalement jeune et féminine en situation de précarité, la mise en place de forfaits annuels prenant en charge les pilules contraceptives (de troisième génération) non remboursées par l'assurance maladie pourrait être envisagée. En effet, contrairement aux pilules de deuxième génération, parfois mal supportées, aucune de ces pilules de troisième génération n'est remboursée, ce qui représente un coût d'environ 10 € par mois. Il ne faut pas sous-estimer l'impact de ce coût pour une personne en situation de précarité.

<p>Proposition : adapter le panier de soins en y ajoutant des forfaits de prises en charge particuliers pour des soins non pris en charge par l'assurance maladie.</p>

3.2. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C

La dépense totale de CMU complémentaire évolue faiblement. Alors que l'ONDAM a marqué une évolution de 4,2 % entre 2006 et 2007, la dépense réelle de la CNAMTS en métropole, pour les bénéficiaires de la CMU-C, n'a évolué que de 3,9 %. Il est donc clair qu'aucune dérive n'existe en matière de dépenses de CMU complémentaire. Sur les seules données en trésorerie, l'année 2008 fait apparaître un recul de la dépense de CMU-C de la CNAMTS de 4 %. Même si cette diminution de la dépense est à pondérer par la baisse des effectifs, il n'en reste par moins, qu'en décembre 2008, l'évolution de la dépense individuelle, toujours en trésorerie et en année complète mobile, est inférieure à 1 %, évolution bien inférieure à celles des dépenses des autres assurés sociaux du régime général.

3.2.1. L'évolution de la dépense individuelle

L'évolution de la dépense individuelle reste mesurée. La dépense liée au médicament diminue régulièrement.

- *Évolution de la part complémentaire moyenne de la dépense d'un bénéficiaire de la CMU-C*

La faible évolution entre 2007 et 2008 est vraisemblablement liée à une baisse de la dépense hospitalière. Mais l'exercice 2008 est calculé sur la base de la dépense réelle au titre de l'exercice et d'une évaluation de ce qui sera réglé en 2009 au titre des exercices antérieurs. Un rattrapage de la dépense hospitalière pourrait donc tout à fait s'opérer en 2009 pour l'année 2008, voire 2007. Cette faible évolution n'est donc à retenir qu'avec précaution. Le calcul de la dépense individuelle de 2005 à 2007 tient compte de la rétropolation effectuée sur les effectifs CNAMTS en octobre 2008.

		2005	2006	2007	2008
Coût moyen	€	359,28 €	382,94 €	397,93 €	410,27 €
Évolution part complémentaire	%	-	6,59	3,91	3,10

Source : CNAMTS

L'évolution plus forte entre 2005 et 2006 doit tenir compte d'un important rattrapage de la dépense hospitalière, y compris sur des exercices antérieurs jusqu'à n-2 à n-3. Dans ces conditions, l'évolution négative pour la dépense hospitalière de 2007 manque de sens et la reprise de l'évolution positive pour 2007/2008 ne sera vraiment significative qu'à l'issue des paiements effectués en 2009 au titre des exercices antérieurs. L'évolution de la dépense de ville, importante entre 2005/2006 et 2006/2007, inclut la revalorisation des forfaits dentaires et d'orthodontie. Pour ces années 2006 et 2007, l'augmentation de ces forfaits explique près de la moitié de l'évolution de la dépense de ville.

La répartition ville/hôpital pour 2008 est faite en tenant compte des provisions 2009 au titre de l'exercice antérieur. La provision a été répartie entre ville et hôpital sur la base d'un

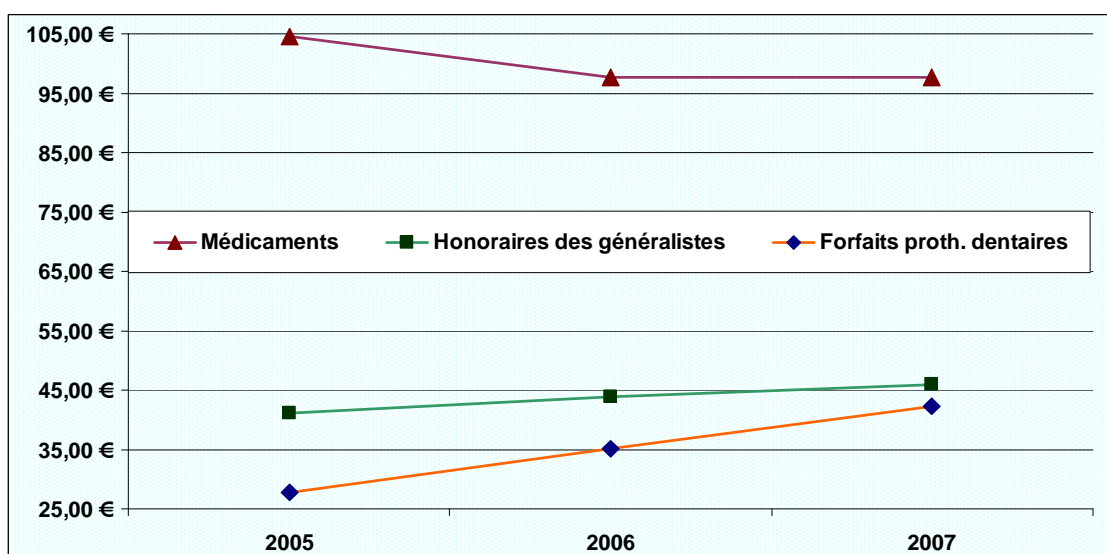
rapport 40 % ville / 60 % hôpital, ce qui correspond à la moyenne des répartitions des dépenses au titre des exercices antérieurs de 2005 à 2007. Ces deux lignes calculées ont été ajoutées aux deux lignes ville et hôpital de la dépense 2008 au titre de l'exercice, puis divisées par la moyenne des effectifs sur l'année 2008.

	2005	2006	Évolution%	2007	Évolution%	2008	Évolution%
Ville	269,52 €	278,81 €	3,45	293,88 €	5,40	300,89 €	2,39
Hôpital	89,76 €	104,13 €	16,01	104,06 €	-0,07	109,38 €	5,12

Pour la dépense de ville, les médicaments, les honoraires des généralistes et les forfaits pour les prothèses dentaires sont les trois principaux postes et représentent plus de 60 % à eux trois.

	2005	2006	2007
Ville	269,52 €	278,81 €	293,88 €
Médicaments	104,65 €	97,66 €	97,54 €
Honoraires des généralistes	41,04 €	43,91 €	45,94 €
Forfaits proth. dentaires	27,85 €	35,17 €	42,33 €
Total des trois postes	173,54 €	176,75 €	185,81 €
Pourcentage Dépense Ville	64,4%	63,4%	63,2%

De 2005 à 2007, la dépense pour les médicaments baisse. La dépense pour les généralistes augmente, mais tient compte de l'augmentation des tarifs de consultations. La dépense pour les forfaits prothèses dentaires augmente plus rapidement, mais essentiellement en relation avec l'augmentation du forfait.



Source : CNAMTS

Les montants pour la dépense individuelle sont calculés sur la base de la dépense annuelle divisée par l'effectif moyen de l'année concernée. Les effectifs ont été rétrolés, en octobre 2008, pour les années 2005, 2006 et 2007, entraînant une baisse pouvant aller jusqu'à -8 %. De ce fait, la dépense individuelle pour chacune de ces trois années est supérieure à celle communiquée antérieurement à la rétrolation.

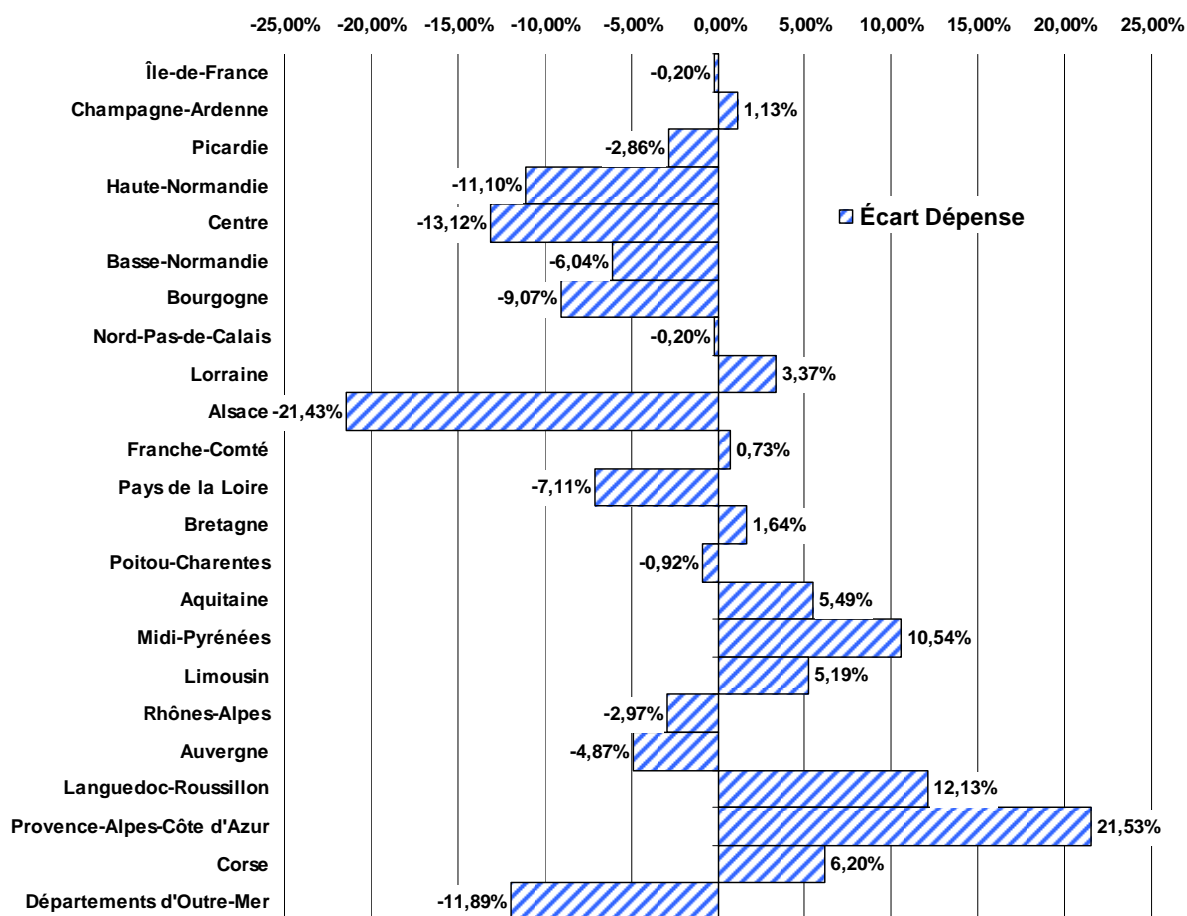
3.2.2. Répartition de la dépense par région

La structure de la dépense répond à des particularités locales qui ne dépendent, sur un territoire donné, ni de son montant total ni de la densité des bénéficiaires de la CMU-C. Une interprétation de la dépense au niveau local relève donc plus du croisement des données de la CMU-C avec une carte de l'offre de soins que de l'interprétation de critères sociaux.

▪ *Lien entre densité de bénéficiaires et dépense*

La dépense moyenne par bénéficiaire est de 403 € en 2007 pour la France entière. Toutefois, elle peut varier d'une région à l'autre, avec une amplitude allant de - 13 % à + 21 % par rapport au montant national. Dans la mesure de l'amplitude l'Alsace n'est pas retenue, compte tenu des différences sur le montant des remboursements de base.

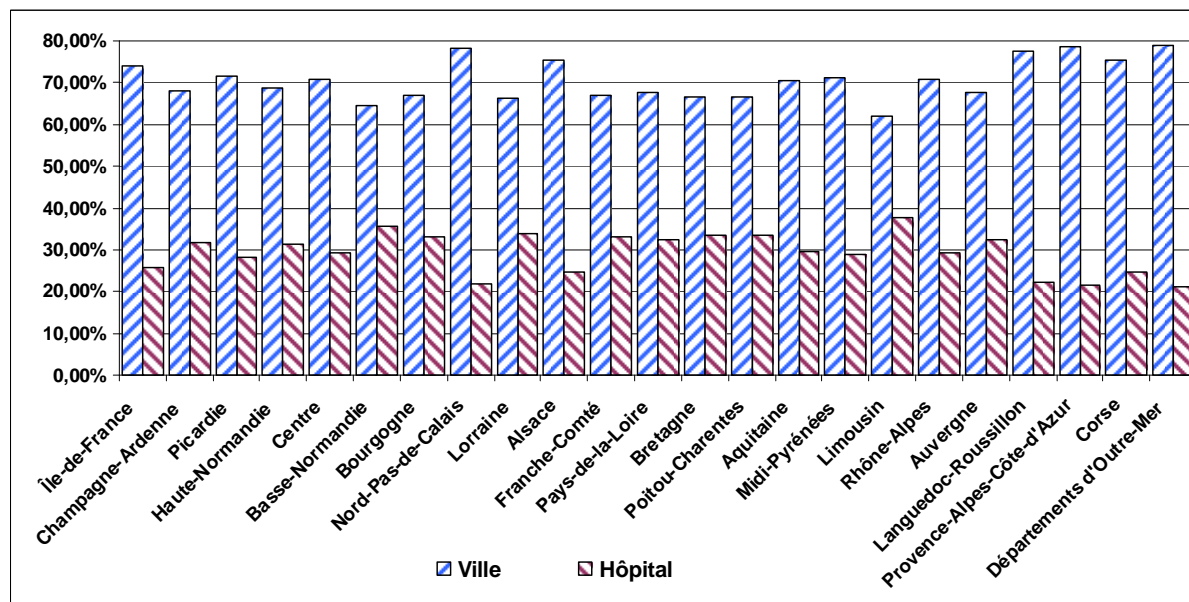
Le taux de bénéficiaires de la CMU-C pour la France entière est de 6,7 %. La variation régionale se situe entre -3 % et 3 % en métropole et dépasse 24 % pour l'ensemble des DOM. Il n'y a donc aucun rapport de cause à effet entre la densité des bénéficiaires dans une région et le montant de la consommation individuelle.



Source : CNAMTS

- *Dépense de ville et dépense hospitalière*

La répartition entre la dépense de ville et la dépense pour l'hôpital varie d'une région à l'autre. En métropole, elle oscille entre 62,1 % pour la ville et 37,9 % pour l'hôpital dans le Limousin et 78,6 % pour la ville et de 21,4 % pour l'hôpital dans le Languedoc-Roussillon.



Source : CNAMTS

3.2.3. Structure et niveau des dépenses de CMU complémentaire

La dépense individuelle des bénéficiaires de la CMU-C de la CNAMTS est supérieure à celle des bénéficiaires du RSI ou de la MSA. La CNAMTS a couvert les populations les plus précaires dès la création de la CMU-C. Les personnes les plus fragiles socialement le sont également physiquement. Il en découle, pour cette proportion de personnes en mauvaise santé, une forte consommation de soins qui fait augmenter le coût moyen de l'ensemble des personnes couvertes et par la CMU-C et par le régime général.

Les forfaits CMU recouvrent en moyenne 15 % de la dépense, tous régimes confondus. Leur revalorisation en 2006 et l'augmentation de la dépense qui en a découlé n'ont fait que souligner la pertinence de ces compléments d'aide, notamment pour les prothèses dentaires et pour l'optique.

- *Évolution de la dépense pour la CNAMTS*

La dépense de CMU-C est analysée en date de soins, à partir des données communiquées par les différents régimes obligatoires. Ces données sont donc calculées pour l'année n-2, les dépenses payées pour l'exercice n'étant pas encore disponibles pour n-1.

CNAMTS
Métropole
Effectifs
Total

Dépenses	Montants unitaires			Croissance		
	2007	2005	2006	2007	2006	
		3 107 619	3 142 286	3 129 463	1,10%	-0,41%
	1 266 546 784,10 €	364,58 €	390,25 €	404,72 €	6,58%	3,57%

Ville
Hôpital

	926 401 903,89 €	271,30 €	280,57 €	296,03 €	3,30%	5,22%
	340 144 880,21 €	93,27 €	109,68 €	108,69 €	14,96%	-0,91%

Source : CNAMTS

La dépense est ventilée dans un premier temps entre les dépenses de ville et les dépenses hospitalières, puis en sous comptes plus détaillés (cf. annexe 7 pour le détail).

A titre d'exemples : la répartition Ville / Hôpital, pour la dépense CNAMTS en 2007 est de 73 % et de 27 % ; le médicament représente 33 % de la dépense de ville.

▪ *Dépense comparée CNAMTS, RSI, MSA*

La dépense retenue, quels que soient les régimes, ne concerne que la métropole. En effet les remontées statistiques pour les DOM, pour certains régimes, ne permettent pas d'effectuer des comparaisons fiables.

Pour les évolutions détaillées, il faut retenir que 2006 a connu une augmentation des forfaits dentaires CMU-C, ce qui explique l'évolution forte par rapport à 2005, ainsi qu'un rattrapage sur la dépense hospitalière, au titre des exercices antérieurs. De ce fait, la baisse de dépense hospitalière pour 2007 ne signifie pas une baisse de la quantité de soins.

Les effectifs retenus pour calculer la dépense individuelle représentent les moyennes des effectifs de la métropole sur les 12 mois de chacune des années concernées. Ils tiennent également compte de la répartition effectuée fin 2008 sur les effectifs de 2005 à 2007 pour la CNAMTS.

Les dépenses comparées entre la CNAMTS, le RSI et la MSA pour 2007 laissent apparaître une dépense individuelle très supérieure pour la CNAMTS.

Toutefois, l'écart le plus important se situe sur l'hôpital, la CNAMTS et la MSA se plaçant presque au même niveau pour la dépense de ville.

Métropole / Année 2007	CNAMTS	RSI	MSA	CNAMTS/RSI	CNAMTS/MSA
Effectifs	3 129 463	141 457	113 263		
Total	404,72 €	317,22 €	366,49 €	78,38%	90,55%

Ville	296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Hôpital	108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

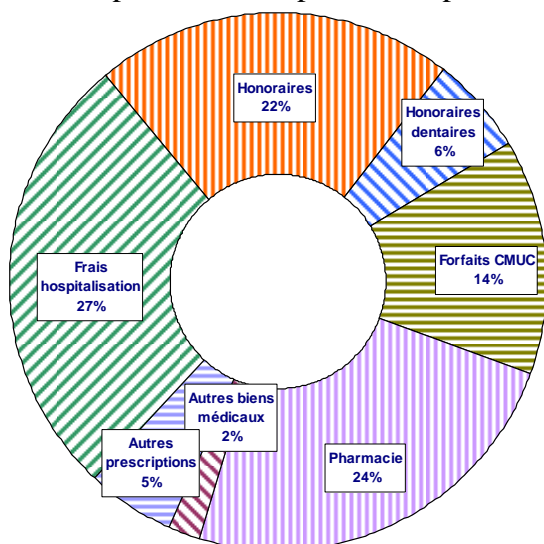
Il faut également tenir compte des particularités des populations des régimes. La CNAMTS accueille une majorité de personnes globalement en grande difficulté, donc en plus mauvaise santé et plus souvent hospitalisées.

Le RSI gère la CMU-C pour une plus grande proportion de personnes connaissant des difficultés matérielles plus ponctuelles. Pour exemple, les bénéficiaires du RSI consultent plus de spécialistes que ceux de la CNAMTS ou de la MSA, ce qui prolonge très certainement des pratiques antérieures au bénéfice de la CMU-C, liées à une meilleure condition sociale.

▪ **Répartition de la dépense**

En 2007, pour la CNAMTS en métropole, la dépense se répartit en trois principaux postes, hospitalisation, 27 %, pharmacie, 24 % et honoraires, 22 %. Viennent ensuite les forfaits CMU (dentaire et optique) pour 14 %.

Pour le RSI et la MSA, les mêmes proportions sont gardées, mais l'hôpital oscille autour des 20 % au profit d'une répartition supérieure pour les postes liés à la dépense de ville.



Source : CNAMTS

3.3. Un problème majeur : les refus de soins

Le précédent rapport d'évaluation de la loi CMU (janvier 2007) contenait d'importants développements relatifs aux refus de soins auxquels sont confrontés les bénéficiaires de la CMU. Malgré quelques avancées, le problème reste entier et non résolu.

3.3.1. Petit retour en arrière

Pour comprendre la problématique de ce sujet difficile et sensible, il faut se reporter au fondement même de la loi du 27 juillet 1999 qui a créé la CMU. La logique en est simple : il s'agit de permettre à la fraction la plus pauvre de la population, 4,3 millions de personnes, d'accéder à l'ensemble du système de soins, exactement comme pour tous les autres assurés sociaux, et de ne pas les cantonner dans une « médecine de pauvre ». Les bénéficiaires de la CMU doivent donc pouvoir bénéficier de la médecine libérale comme tout un chacun.

L'année 2006 avait vu l'étude du Fonds CMU relative aux refus de soins publiée en juin. Le testing avait fait apparaître un taux de refus de 40 % pour les médecins spécialistes de secteur 2 et les dentistes parmi les professionnels de santé du Val-de-Marne. Xavier BERTRAND, ministre de la santé à ce moment, avait condamné fermement ces refus contraires à la déontologie médicale et demandé à Jean-François CHADELAT (IGAS) un rapport faisant des préconisations pour faire disparaître ces pratiques.

Le ministre a également chargé l'un de ses plus proches conseillers d'animer un groupe de travail réunissant tous les acteurs du dispositif (ordres et syndicats médicaux, associations, caisses d'assurance maladie, HALDE, Fonds CMU) chargé de suivre les avancées du dossier refus de soins. Ce dernier a réuni très régulièrement ce groupe jusqu'aux élections de mi-2007. A cette date Xavier BERTRAND a changé de portefeuille ministériel.

La nouvelle ministre en charge de la CMU, Roselyne BACHELOT-NARQUIN a réactivé le groupe et une réunion s'est tenue sous la présidence d'un de ses conseillers le 19 février 2008.

Ce travail avait permis des avancées.

Un décret autorisant les associations et les caisses de sécurité sociale (en plus des DRASS) à saisir les ordres lorsqu'elles ont connaissance de telles situations a été publié le 25 mars 2007 (décret 2007-434 modifiant l'article R. 4126-1 du code de la santé publique).

Les bénéficiaires de la CMU-C ont été incités à choisir un médecin traitant, considérant que ce choix faciliterait l'accès au système de soins dans son ensemble (cf. partie 3.1.1.).

Un document présentant les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMU-C a été réalisé et diffusé à ceux-ci. Ce dépliant présente les recours possibles en cas de refus de soins.

La DREES, la CNAMTS et l'IRDES ont travaillé pour déterminer la manière de rechercher, à partir des statistiques de l'assurance maladie, les médecins ou dentistes ayant dans leur patientèle un taux significativement, au sens mathématique du terme, inférieur à la normale. Il s'agit d'examiner le cas des professionnels de santé qui se situent dans les 5 % ayant le moins de bénéficiaires de la CMU-C sur un territoire donné. Les outils informatiques et statistiques sont maintenant disponibles (Etudes et résultats n° 629 – mars 2008 - DREES).

La CNAMTS a publié le 30 juin 2008 une circulaire actualisant la notion de refus de soins et confiant aux conciliateurs la mission de traiter, en première intention, les plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU-C et les professionnels de santé.

Le conseil national de l'ordre des médecins a pour sa part, par circulaire du 11 juillet 2008, rappelé aux conseils départementaux leur nécessaire implication dans la gestion locale, avec les caisses d'assurance maladie, des incidents relatifs aux refus de soins, ainsi que, plus largement, la nécessité pour les conseils de prendre en charge les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C (cf. annexe 8).

3.3.2. Des premiers bilans très limités

Le conseil national de l'ordre des médecins a tiré un bilan des décisions des chambres disciplinaires en matière de refus de soins pour la période allant de septembre 2007 à septembre 2008.

Pour l'ordre, cette période est pertinente pour l'analyse. En effet, il convient de rappeler que depuis juillet 2007 :

- les chambres disciplinaires peuvent être saisies de plaintes émanant d'associations de patients ou d'usagers que les conseils départementaux transmettent obligatoirement, après la tentative de conciliation ;
- les conseils départementaux sont tenus à une tentative de conciliation ;
- les chambres disciplinaires sont présidées par un magistrat ;
- les plaignants qui ne sont pas tenus de constituer un avocat, ont la faculté de faire appel des décisions des chambres disciplinaires.

Neuf décisions ont été rendues dans ce domaine par les chambres disciplinaires de première instance.

Dans ces neuf affaires, cinq ont été rendues par la chambre disciplinaire d'Ile-de-France et huit concernent des médecins spécialistes, hors médecine générale.

L'ordre indique également que les conseils départementaux organisent systématiquement des conciliations lorsqu'ils reçoivent des plaintes mais peuvent également en déclencher sur la base de simples informations apportées par des assurés sociaux.

Il n'apparaît pas aujourd'hui possible de quantifier le nombre de conciliations effectuées dans le domaine de la CMU-C mais de façon générale, l'ordre indique constater un taux de conciliations réussies autour de 50 %.

Dans certaines affaires particulières dont le conseil national a eu à connaître, les conseils départementaux ont obtenu que les praticiens remboursent aux assurés sociaux des sommes indûment perçues.

Aucune décision n'a été rendue dans le domaine des refus de soins sur information des caisses d'assurance maladie. Pour la période considérée, les Sections des assurances sociales n'ont pas rendu de décision non plus.

Le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes n'a pour sa part transmis aucun bilan.

Du côté de la CNAMTS, une enquête a été réalisée auprès des CPAM pour tirer le bilan de la circulaire précitée. 73 caisses n'ont reçu aucune réclamation ; 51 ont recensé 205 saisines d'assurés.

Le motif initial de la demande est pour moitié des refus de dispense d'avance des frais, pour 35 % des refus de soins ou de poursuite des soins, mais aussi des refus de devis, des travaux effectués sans devis préalable ou des refus de vente d'un appareil et pour 9 % des saisines pour non respect des tarifs opposables (dépassements d'honoraires, actes hors nomenclature). Les professionnels mis en cause sont pour plus de la moitié des médecins (essentiellement des spécialistes) mais aussi des dentistes (29 %) et d'autres professionnels de santé pour 13 %.

36 conciliations étaient encore en cours lors du recensement.

38 accords amiables ont été trouvés : le plus souvent les parties rapprochent leur position, à partir des explications recueillies par le conciliateur. Parmi les raisons évoquées par les professionnels de santé mis en cause, on peut citer le refus de dispense d'avance des frais du fait de la non présentation de la carte Vitale ou de la présentation d'une carte Vitale non mise à jour, l'absence de lecteur de cartes lors de soins à domicile, des soins dispensés par un remplaçant, mal informé des procédures. Dans certains cas, le désaccord peut persister quant à l'interprétation des faits, mais le professionnel de santé et l'assuré acceptent de se revoir et de reprendre la relation de soins ou le professionnel de santé accepte de rembourser le dépassement d'honoraires. L'accord est suivi néanmoins, dans certains cas, d'un changement de praticien.

30 abandons de la plainte ou clôture de dossier ont été recensés après explications données par le conciliateur sur la procédure à respecter pour obtenir le tiers payant, ou lorsque le refus de soins n'était pas caractérisé. Dans d'autres cas, le dossier a été clos pour non fourniture des informations demandées par le conciliateur pour étayer la réclamation. Dans quelques cas, l'abandon par l'assuré est lié à la crainte de ne pas pouvoir poursuivre les soins, ou de confirmer par écrit sa plainte.

17 désaccords persistent : la version des faits diffère toujours entre l'assuré et le professionnel de santé. Le conciliateur de la CPAM fait alors un rappel à la réglementation auprès du professionnel de santé concerné et suivra particulièrement tout nouveau signalement le concernant. Le changement de praticien est le plus souvent la conséquence du désaccord.

S'agissant d'une première vague de réclamations portée à la connaissance des conciliateurs, aucun professionnel n'ayant fait l'objet de plusieurs plaintes émanant d'assurés différents au cours de la période, les CPAM n'ont pas envisagé d'action à caractère de sanction à l'encontre des professionnels mis en cause, sauf dans un seul cas.

Dans la plupart des cas, les caisses d'assurance maladie ont procédé à des rappels à l'ordre. Dans 64 cas, le conciliateur a été amené à rappeler la réglementation et ses obligations, au professionnel mis en cause. Dans 37 cas, le conciliateur a aussi rappelé à l'assuré ses obligations (présentation des justificatifs requis, notamment carte Vitale et son attestation de droits). Dans 17 cas, le conciliateur a saisi le service des relations avec les professionnels de santé pour suivi de la pratique du professionnel. Dans huit cas, le conciliateur a saisi le service médical local, pour évaluation du bien fondé de l'argumentaire donné par le professionnel et pour aide à l'interprétation de la situation. Dans un cas, le conciliateur a suggéré à l'assuré de saisir la direction départementale de la concurrence et des prix et la HALDE. Dans quatre cas, le conciliateur a aidé l'assuré à trouver un autre professionnel de santé. Dans un cas, le conciliateur a suggéré une saisine du conseil de l'ordre, proposition retenue par la direction de la CPAM.

Deux signalements par des professionnels de santé ont été reçus. Les 2 professionnels de santé libéraux ayant porté leur réclamation auprès du conciliateur - un chirurgien dentiste et un ophtalmologue - signalaient leurs difficultés face à des assurés ayant annulé plusieurs rendez-vous sans avertissement, malgré des relances.

Pour le premier professionnel de santé qui avait engagé la réalisation d'une prothèse, la relation avec l'assuré a pu être rétablie (l'assuré n'osait pas revenir par crainte de la somme à débours). Le second cas est en cours de traitement.

Selon la conclusion de la CNAMTS, d'une manière générale, « l'intervention du conciliateur permet un dialogue majoritairement positif avec (et entre) les deux parties et si elle n'aboutit pas à une démarche coercitive, cette forme d'action permet une action pédagogique, tant pour les assurés que pour les professionnels ».

Après en avoir informé l'ensemble des médecins (Lettre d'information aux médecins n° 29 de juin 2008), la CNAMTS a demandé aux caisses (Lettre réseau du 13 janvier 2009) d'analyser l'activité des 5 % des professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la CMU-C afin de comprendre les déterminants susceptibles de favoriser l'accès aux soins de cette population. Des plans d'action locaux ont été élaborés. Il est trop tôt pour tirer un bilan de ces actions.

Le directeur santé de la CCMSA a indiqué qu'aucun refus de soins n'a été recensé par le régime agricole. Du côté du RSI, 10 refus de soins ont été signalés en 2008 et quatre ont amené un dépôt de plainte auprès des ordres.

Ces premiers bilans, tirés par des acteurs majeurs, pourraient laisser penser que, globalement, la situation est rentrée dans l'ordre.

L'étude IRDES/Fonds CMU (cf. infra) montre que ce n'est malheureusement pas le cas.

En fait, on se trouve dans une situation identique à celle de 2006 où les plaintes contre les refus de soins étaient inexistantes alors que les études menées par le Fonds CMU, la DREES, Que Choisir et Médecins du Monde faisaient apparaître un phénomène à l'ampleur conséquente. Le même paradoxe se retrouve en 2009, trois ans plus tard.

Des échos du terrain confirment le décalage entre le faible nombre de plaintes et la réalité des refus de soins. Au regard des difficultés d'accès aux soins, dans une commune, une association a établi une liste des professionnels acceptant les bénéficiaires de la CMU-C. Des services de l'aide sociale à l'enfance (140 000 enfants placés) signalent que souvent, les assistantes maternelles, « pour ne pas se fâcher avec leur médecin de famille », n'indiquent pas le bénéfice de la CMU-C pour l'enfant placé. Le recours important aux divers centres de santé par les bénéficiaires de la CMU-C est également en partie une indication des ces difficultés d'accès à l'ensemble du système de soins.

3.3.3. Un nouveau testing

La lettre ministérielle missionnant le Fonds CMU pour réaliser le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU demandait que l'accent soit mis sur un certain nombre de sujets. Parmi ceux-ci, il était demandé que soit portée une attention toute particulière au problème des refus de soins.

Dans le cadre de la réalisation du présent rapport, le Fonds CMU a donc commandé à l'IRDES un nouveau testing (le rapport complet est disponible sur le site du Fonds CMU). Celui-ci a été réalisé à Paris auprès de 861 médecins ou dentistes à la fin de l'année 2008. Une étude par testing est lourde et donc coûteuse. Le choix de Paris intra-muros a été retenu en raison du nombre de professionnels y exerçant et de la grande diversité de situations possibles.

Il est évident que la réalité parisienne ne saurait être représentative de celle de l'ensemble de la France et des situations que l'on peut rencontrer dans chaque grande ville ou chaque département. Il est tout aussi évident pour les statisticiens que le testing scientifique réalisé n'est comparable, ni dans l'espace ni dans le temps, avec celui que le Fonds CMU a conduit début 2006 dans 8 communes du Val-de-Marne. Par contre, la technique d'échantillonnage utilisée permet d'affirmer que le résultat est représentatif au sens statistique du terme de la réalité parisienne. Et les résultats sont tels que le problème des refus de soins est ainsi de nouveau mis en évidence.

Le rapport comporte 20 pages de méthodologie : il s'agit en effet d'un travail scientifique qui se devait d'être irréprochable pour permettre des analyses statistiques irréfutables qui ne peuvent donner lieu à aucune contestation. Une analyse qualitative complémentaire permet d'éclairer ces résultats quantitatifs.

Les principales données sont présentées dans le tableau suivant.

		Nombre de praticiens contactés	% refus totaux (brut)	% refus imputables (brut)	% refus imputables (pondérés)
Dentistes		98	37,76	31,6	31,6
Généralistes	s. 1	131	12,21	9,2	19,4
	s. 2	86	38,37	32,6	
Ophtalmologues	s. 1	55	23,64	9,1	28,1
	s. 2	99	34,34	31,3	
Gynécologues	s. 1	23	26,09	17,4	38,1
	s. 2	102	50,98	40,2	
Radiologues	s. 1	123	4,07	4,1	5,2
	s. 2	144	6,94	6,3	
Ensemble		861	23,93	19,3	25,5

L'analyse quantitative porte sur 861 réponses de praticiens. La première colonne de pourcentage (pourcentages totaux) permet de mesurer les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Celles-ci apparaissent majeures pour la gynécologie (d'autant que les gynécologues en secteur 1 sont peu nombreux à Paris) et restent importantes en ophtalmologie et pour les soins dentaires.

La seconde colonne (refus imputables) mesure le taux de refus en rapport avec le fait que le patient bénéficie de la CMU complémentaire. Il varie en fonction des catégories professionnelles. Les analyses réalisées (régressions logistiques) permettent de faire émerger un certain nombre de déterminants du refus de soins. Le secteur de conventionnement est une des composantes majeures du refus, c'est-à-dire que les médecins de secteur 2 refusent significativement plus que leurs confrères du secteur 1. Les dentistes ont un comportement comparable aux médecins du secteur 2. Les radiologues, quel que soit le secteur, refusent significativement moins que les autres catégories professionnelles. De même, les praticiens non équipés de lecteur de la carte vitale refusent significativement plus que leurs confrères équipés. Les taux de refus sont également liés aux arrondissements classés en fonction du revenu moyen par habitant.

Ces taux ne varient pas quelle que soit la personne qui répond au téléphone (professionnel, secrétariat), et quel que soit le sexe du praticien.

L'analyse qualitative rejoint et confirme les résultats de l'analyse statistique quant aux origines du refus. Les discours mettent en avant la question du dépassement d'honoraires qui ne peut être appliqué aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire et les refus sont fréquemment justifiés par l'absence d'équipement du praticien. Elle permet par ailleurs d'affiner les résultats et de révéler des formes de discrimination même chez ceux qui acceptent, en recevant par exemple les bénéficiaires dans des conditions différentes des autres patients. Elle permet également de révéler des formes d'acceptation qui ne sont pas une acceptation de principe, dans le cadre du droit mais plutôt une forme de gestion au cas par cas relevant d'une charité individuelle. Enfin, les manières de refuser varient également en fonction des praticiens, certains accompagnent le patient dans la recherche d'une proposition

alternative ; à l'inverse d'autres affichent des formes d'agressivité à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU.

L'analyse qualitative permet de confirmer la crédibilité du scénario avec annonce du fait d'être bénéficiaire de la CMU. Le scénario sans annonce montre que quand le patient n'annonce pas qu'il détient la CMU, dans la majorité des cas, il a plus de chances d'obtenir un rendez-vous que quand il prévient. Dans le cadre de ce scénario, on ne peut pour autant affirmer l'absence de refus de soins qui pourraient intervenir plus tard.

Ce résultat plaide pour une discrimination rattachée à la protection sociale plus qu'à une discrimination sociale proprement dite, encore que celle-ci ne puisse être totalement exclue.

Il convient de noter qu'un testing a également été réalisé par le CISS et rendu public en mai 2009.

Aucun testing n'est comparable à l'autre et ils ne peuvent être jugés représentatifs du comportement de l'ensemble des 120 000 médecins généralistes, spécialistes et dentistes à l'égard des 4 300 000 bénéficiaires de la CMU.

Il n'en reste pas moins qu'ils démontrent une convergence remarquable vers une conclusion identique : malgré une condamnation unanime de tous les acteurs de ce dossier, le refus de soins existe et son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique.

Le problème vient de ce que cette situation est en décalage total avec les rares signalements observés, notamment dans les caisses de sécurité sociale. Cette situation comparable à celle observée par le Fonds CMU en 2006 indique que le problème reste encore à résoudre. Le projet de loi Hôpital-patients-santé-territoires a abordé ce sujet.

L'exposé des motifs de l'article 18 du projet de loi HPST tel qu'adopté par le Conseil des ministres du 21 octobre 2008 affirmait la volonté du gouvernement de s'attaquer à ce problème et de donner les moyens aux différents acteurs du dispositif de faire cesser ces pratiques, qui sont unanimement condamnées (cf. annexe 9).

La discussion parlementaire a souhaité privilégier une procédure de conciliation dans le cadre d'une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie, avant que ne soit envisagée une sanction possible.

3.3.4. Combattre réellement les refus de soins

Les bénéficiaires de la CMU-C sont massivement entrés dans le parcours de soins, au-delà même du reste des assurés (cf. 3.1.1). Dans le précédent rapport d'évaluation, il était indiqué que c'était une des conditions pour limiter les refus de soins.

De même, malgré la revalorisation des tarifs des prothèses dentaires du panier de soins de la CMU-C et la possibilité offerte aux chirurgiens dentistes de proposer des traitements hors panier de soins CMU, revendications de ces professionnels, le taux de refus de soins observés reste à 31,6 % dans le testing parisien.

Il est donc nécessaire, si on considère que le refus de soins, pratique discriminatoire, doit disparaître du monde de la santé, de prendre des décisions nouvelles et opératoires.

- *Mettre au cœur des dispositifs de suivi de la CMU-C la question des refus de soins*

La CMU-C et l'ACS sont suivies dans le cadre des lois de finances de l'Etat (programme 183) et des lois de financement de la sécurité sociale (programme de qualité et d'efficience) par des indicateurs.

Un indicateur particulier de suivi des refus de soins pourrait être introduit dans l'un ou l'autre de ces supports pour faire de cette question un enjeu majeur dans le suivi du dispositif CMU.

Cet indicateur pourrait émaner d'un testing réalisé annuellement ou de données statistiques (Etudes et résultats n° 629 – mars 2008 - DREES).

<p>Proposition : introduire un indicateur de suivi des refus de soins dans la loi de finances de l'Etat ou dans la loi de financement de la sécurité sociale.</p>
--

- *Renforcer l'efficacité des dispositifs de lutte contre les refus de soins*

L'exposé des motifs de l'article 18 de la version initiale du projet de loi HPST citée dans la partie précédente reste d'actualité.

Donner juridiquement une valeur probante au testing permet aux acteurs du dispositif de vérifier des situations signalées par des assurés. Il est utile de rappeler que les différents testing ont montré que dans de nombreux cas, ce sont les secrétariats de professionnels eux-mêmes qui indiquent clairement la discrimination.

Ce sont des raisons de simplicité et d'efficacité qui amènent à ouvrir une seconde voie de sanction directe par les caisses d'assurance maladie (à côté de celle maintenue devant les ordres).

Les données dont disposent les caisses d'assurance maladie sur la patientèle de chaque professionnel de santé (et donc le taux de bénéficiaires de la CMU-C dans celle-ci) est en effet une donnée incontestable. Si un professionnel de santé n'a pas de bénéficiaire de la CMU-C parmi ses patients, la pratique du testing permet de vérifier le refus de soins et la sanction est prise sauf preuve contraire apportée par le professionnel.

Proposition : donner juridiquement une valeur probante au testing et ouvrir la possibilité de sanction directe par la caisse.

- *Valoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C*

Le financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) des hôpitaux est réparti depuis 2009 en fonction de divers indicateurs, dont la précarité de la population mesurée en particulier à partir du nombre de bénéficiaires de la CMU-C reçus.

D'une manière similaire, on peut concevoir que certaines consultations des médecins ou des dentistes nécessitent une approche particulière du fait de la précarité de certains patients. Il conviendrait alors de la valoriser par une cotation spécifique.

Proposition : aboutir, dans le cadre des négociations conventionnelles, à une revalorisation des consultations des bénéficiaires de la CMU-C.

4. LA GESTION DE LA CMU ET DE L'ACS

4.1. Un financement solidaire et pérenne de la CMU-C et de l'ACS

La CMU-C, dès sa mise en place, a été financée, par l'intermédiaire du Fonds CMU, par diverses contributions publiques, gages de la solidarité envers les plus démunis. Il en a été de même pour l'aide complémentaire santé. Au fil des années, le périmètre et la part respective de ces contributions publiques ont évolué.

La dernière modification de ces paramètres (loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) amène le Fonds CMU à n'être plus financé que par la contribution dont les organismes complémentaires santé sont redevables. L'importance de cette contribution publique particulière n'a cependant pas annulé l'existence d'une dotation budgétaire de l'Etat. Dotation d'équilibre, elle demeure dans les textes régissant le Fonds CMU comme une garantie de la pérennité de son financement.

4.1.1. Des évolutions régulières dans le financement du Fonds CMU

Financé à sa création par une dotation budgétaire de l'Etat et par la contribution versée par les organismes complémentaires santé sur leur chiffre d'affaires (1,75 %), la loi de finances pour 2005 avait inscrit un nouveau type de recettes pour le Fonds : le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la cotisation de 0,13 € par décilitre vendu de boissons d'une teneur en alcool supérieur à 25 pour cent en volume.

La loi de finances pour 2006 a décidé d'attribuer au Fonds une fraction de 1,88 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, antérieurement affectée à la CNAMTS. La loi de financement de la sécurité sociale pour la même année a augmenté à 2,5 % le taux de la contribution des OC.

La loi de finances pour 2007 a augmenté le taux des droits tabacs revenant au fonds CMU à 4,34 %.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fait évoluer d'une manière importante les dispositions concernant le Fonds CMU en modifiant les articles L. 862-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le Fonds CMU n'est plus financé en 2009 que par la contribution des organismes complémentaires. Le taux de cette contribution est relevé à 5,9 %. La fraction de droit de consommation sur les tabacs et la cotisation sur les boissons alcooliques ne sont plus affectés

au Fonds CMU mais à l'assurance maladie. La dotation de l'assurance maladie devant financer l'aide complémentaire santé est supprimée et c'est en conséquence le Fonds CMU qui supporte directement cette charge.

La dotation budgétaire de l'Etat, destinée à équilibrer les comptes du Fonds CMU, demeure, dans le code de la sécurité sociale, une recette de l'établissement, mais la loi de finances pour 2009 prévoit que la dotation soit nulle pour cette année.

L'ensemble de ces mesures permet d'apporter à l'assurance maladie un financement supplémentaire d'un milliard d'euros venant de fait des complémentaires santé, comme l'avait prévu le protocole d'accord signé fin juillet entre la mutualité française et le gouvernement. Le report à nouveau positif du Fonds CMU, constaté en fin d'année, est (et ce, dès la clôture des comptes 2008) affecté pour tout ou partie à la CNAMTS l'année suivante. Cette décision est formalisée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le nouveau mode de financement du Fonds CMU a amené plusieurs fédérations d'organismes complémentaires à demander que soit modifiée la gouvernance du Fonds CMU : participation au conseil d'administration du Fonds (aujourd'hui composé exclusivement de fonctionnaires), renforcement de la présence au conseil de surveillance (actuellement 10 représentants des organismes complémentaires sur 30 membres), création d'une structure spécifique de suivi de la CMU dans les régions (auprès des ARS), mise en place d'une nouvelle structure de suivi au sein du Fonds CMU.

Il ne revient pas au présent rapport de trancher sur ces propositions. Il peut être cependant utile de rappeler le texte actuel (article R. 862-8 du code de la sécurité sociale) régissant le conseil de surveillance du Fonds CMU. Ce texte semble d'ores et déjà répondre, au moins partiellement, à la question posée : « Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question. Le conseil de surveillance concourt au suivi et à l'analyse de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement ».

4.1.2. Un équilibre global satisfaisant

Les comptes du Fonds CMU ont toujours été équilibrés. En effet, l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « les recettes du Fonds sont constituées par (...) une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le Fonds ». En raison du calendrier des lois de finances, un déséquilibre éventuel des comptes du Fonds (positif ou négatif), clos en mars de l'année $n + 1$, ne peut être ajusté que lors des lois de finances adoptées ultérieurement. L'équilibre doit donc être compris comme réalisé sur plusieurs années.

Le tableau ci-dessous reprend les comptes du Fonds CMU (présentation « économique » avec la totalité de la contribution et des déductions des OC). Pour l'année 2009, il s'agit d'une prévision.

Pour 2009, ce tableau n'intègre pas le reversement éventuel d'une partie ou de l'ensemble de l'excédent cumulé du Fonds CMU à la CNAMTS (arrêté non publié).

En millions d'euros

Recettes	2000	2002	2004	2006	2008	2009
Dotation budgétaire – Loi de finances initiale (LFI)	1 067	930	997	346	47	
Dotation budgétaire – Loi de finances rectificative (LFR)	-267	220	40			
Taxe alcool				404	372	
Taxe tabac				217	348	
Contribution des OC	280	330	395	650	725	1799
Dotation assurance maladie (ACS)				40	87	
Total recettes	1 080	1 480	1 432	1 657	1 579	1 799
Dépenses						
Versements aux régimes	1 001	1 159	1 222	1 436	1 266	1 376
Déductions CMU-C	44	142	197	211	196	211
Déduction ACS				40	87	114
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1
Total dépenses	1 046	1 302	1 420	1 688	1 550	1 702
Résultat de l'année	34	178	75	- 31	29	97
Résultat cumulé	34	47	5	17	82	179

Source : Fonds CMU

4.1.3. Des financements parfois insuffisants pour certains gestionnaires

Chaque année, le Fonds CMU établit un document retraçant le coût moyen de la dépense en part complémentaire, par bénéficiaire de la CMU-C. Ce document est disponible dans son intégralité sur le site du Fonds : www.fonds-cmu.fr (rubrique Etudes et rapports).

On peut retenir de ce travail qu'avec un coût moyen de 416 € en 2008 (données CNAMTS métropole) pour une complémentaire santé de bonne facture, il est difficile de considérer la CMU-C comme onéreuse.

Du fait de la population couverte par la CNAMTS qui, pour une partie d'entre elle, est la fraction présentant le plus mauvais état de santé, c'est au régime général que la dépense la plus forte est observée. Le coût moyen au RSI (indépendants) reste le plus faible avec une évolution très modérée. Ceux de la MSA et des organismes complémentaires se situent dans une position intermédiaire. En 2007 et 2008, le montant forfaitaire par bénéficiaire, remboursé par le Fonds CMU aux organismes, a été de 340 €. Sauf pour le RSI, ce forfait reste inférieur à la dépense moyenne (cf. 3.2.1.).

Ces données concernent la métropole. La prise en compte des DOM amènerait une baisse sensible du coût moyen.

En matière d'évolution de la dépense moyenne par bénéficiaire, on constate globalement une hausse plus faible en CMU-C que celle de l'ONDAM sauf pour l'année 2006, année pour

laquelle la revalorisation des forfaits dentaires CMU avait poussé fortement à la hausse la dépense.

Dépense individuelle par organisme – Métropole

	2005	2006	2007	2008**
CNAMTS*	364,58 €	390,25 €	404,72 €	416,05 €
RSI	301,07 €	311,70 €	317,22 €	321,26 €
MSA	314,18 €	335,22 €	366,49 €	389,93 €
Organismes complémentaires	316,10 €	330,40 €	349,90 €	366,30 €

* Y compris SLM / Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA et OC ** Includ la provision

Evolution

	2005/2006	2006/2007	2007/2008**
CNAMTS*	7,04%	3,71%	2,80%
RSI	3,53%	1,77%	1,27%
MSA	6,70%	9,33%	6,40%
Organismes complémentaires	4,52%	5,90%	4,75%

* Y compris SLM / Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA et OC ** Includ la provision

Le forfait versé aux gestionnaires a été revalorisé pour 2009 à 370 €. Compte tenu de la dépense prévue en 2009 France entière, seule la CNAMTS restera déficitaire pour sa gestion de la CMU-C.

Il convient de noter que la disposition introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (qui a modifié l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale) permet de prendre en compte, au moins partiellement, cette situation : « Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ».

4.2. La lutte contre la fraude

La fraude à la CMU enfreint des lois créées dans le cadre de la solidarité nationale et entache une globalité de personnes fragiles, qui n'ont pas les moyens de se démarquer d'une infime minorité de « tricheurs ».

Aussi, dans le prolongement du contrat social et dans le cadre légal qui structurent la CMU et la CMU-C, existe-t-il un arsenal de lois et des actions de terrain qui concourent à la lutte contre la fraude.

Le Fonds CMU a travaillé avec la DSS, la CNAMTS, le RSI, la MSA et la CPAM de Seine-Saint-Denis sur ce sujet.

Il est cependant à retenir que les cadres législatifs et institutionnels concernent l'ensemble de la fraude. Ils concernent directement la CMU dans certains cas, mais ils répondent essentiellement à des fraudes d'une toute autre ampleur. En 2008, les conséquences financières de la fraude à la CMU (base et complémentaire) ont représenté moins de 1,5 % (729 714 €) du montant total du préjudice subi par l'assurance maladie.

4.2.1. La notion de fraude

4.2.1.1. *La notion juridique de la fraude*

La notion de fraude au sens de la sécurité sociale est définie par l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale. Le texte entend par fraude une action « pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues (...) ».

Elle répond aux textes du code pénal (articles 313-1 et 313-3) : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité..., soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou consentir un acte opérant obligation ou décharge », ainsi qu'aux articles 441-1 à 441-12, concernant les faux dans le cadre des atteintes à la confiance publique.

La fraude se détermine par trois principaux critères :

- légal : un texte doit prévoir l'infraction ;
- matériel : il s'agit de constater matériellement les faits délictueux ;
- intentionnel : l'auteur de l'infraction a conscience de son acte délictueux.

La fraude peut être commise soit par une personne, soit par une organisation.

4.2.1.2. La définition de la fraude

La circulaire CNAMTS-30/2006 du 20 juin 2006 précise le périmètre de la fraude et les moyens à mettre en œuvre pour la lutte au sein de l'assurance maladie.

Une première définition fait référence à celle qui est partagée en Europe par les organismes d'assurance maladie, et qui a été établie par l'Office Européen de lutte de contre la fraude : « La fraude est un acte intentionnel de la part d'un ou de plusieurs individus qui, parmi les membres de la direction, les employés ou les tiers, sont impliqués dans l'usage de pratiques visant à obtenir un avantage injustifié ou illégal ».

La CNAMTS introduit un distinguo entre :

- la fraude proprement dite ;
- les fautes ;
- les abus.

La fraude est une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire.

4.2.1.3. La fraude à la CMU et la CMU-C

La fraude engendre un gain pour le fraudeur et cause un préjudice à l'assurance maladie. La première étape relève de l'ouverture et du renouvellement des droits, sachant que les finances publiques ne seront mises à contribution que si :

- il y a consommation de soins ;
- s'agissant de la CMU de base, que si un autre droit à l'assurance maladie ne peut être ouvert.

Des gains connexes peuvent être recherchés par les fraudeurs, pour des cas de fraude en bande organisée ou de facturation d'actes de soins fictifs, mais ils ne sont pas tous spécifiques à la CMU, même si la CMU-C peut être un facteur facilitateur, dans la mesure où elle dispense totalement de l'avance des frais.

En rapport direct avec la CMU, les actions mises en œuvre et les indicateurs qui les synthétisent se concentrent donc sur l'ouverture et le renouvellement des droits.

Concernant l'accès aux droits, la fraude relève :

- de fausses déclarations, accompagnées le cas échéant de faux documents ;
- de l'omission de déclaration, notamment lors d'un changement de situation (résidence, ressources, etc.).

Elle repose sur les points suivants : l'état civil, la situation familiale et la composition de la famille, la non déclaration du décès, la résidence, en France ou à l'étranger, la régularité du séjour pour les étrangers et les ressources.

4.2.2. Le cadre de la lutte contre la fraude

4.2.2.1. La politique nationale

Au plan général, il a été créé une délégation nationale à la lutte contre la fraude par le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008. La délégation est chargée de veiller à l'efficacité et à la coordination des actions menées en matière de lutte contre la fraude sous toutes ses formes, tant fiscale que sociale. Elle contribue notamment à améliorer la connaissance des fraudes et à veiller à la mise en place des outils d'échanges d'informations. La délégation n'est pas une instance de recours, mais elle va concourir à renforcer l'expertise en matière de lutte contre la fraude. Un comité interministériel a été redéfini par le même décret, ce comité est chargé d'orienter la politique du gouvernement en la matière. Des comités locaux sont également créés à titre expérimental.

La direction de la sécurité sociale mène, depuis plusieurs années, une politique active de contrôle et de lutte contre la fraude. Sa réflexion et son action tendent à maintenir l'équilibre entre la nécessité de favoriser le contrôle pour éviter les fraudes et le respect de la mission première de la protection maladie, qui est d'assurer l'accès aux soins pour tous.

La double finalité de la lutte contre la fraude est de dissuader les acteurs de transgresser les règles et de placer sous contrôle la gestion des ressources confiées à l'assurance maladie. C'est pourquoi elle mobilise trois grands moyens utilisés de manière combinée : la prévention, la répression, la communication :

- la prévention de la fraude : elle correspond à toute opération qui évite le règlement d'une prestation frauduleuse présentée à l'assurance maladie ;
- la répression de la fraude : elle passe par la vérification approfondie des comportements d'assurés ou d'employeurs ainsi que des activités des professionnels de santé, transporteurs, établissements sanitaires ou médico-sociaux ; ce contrôle passe par quatre phases : la détection, l'investigation, la mise en œuvre d'actions contentieuses, le suivi et l'application des décisions et l'évaluation de leurs effets ;
- la communication : cette approche, qui vise la dissuasion des acteurs à transgresser les règles, conduit à ce que les outils agissant directement sur la fraude (prévention, répression) soient associés à des opérations de communication. La stratégie de communication est élaborée au niveau national et s'adapte à la nature des dérives constatées.

À la CNAMTS, la lutte contre la fraude est organisée au plan national dans le cadre d'un plan annuel et comporte :

- un volet national qui décrit les priorités nationales faisant l'objet d'une méthodologie unique et homogène détaillée dans des programmes thématiques ;
- un volet local qui comprend les actions de lutte contre la fraude laissées à l'initiative des caisses et des échelons régionaux du contrôle médical.

Le RSI et la MSA ont également défini des politiques de lutte contre la fraude conformément aux directives ministérielles. Les pratiques qui en découlent sont similaires d'un organisme à l'autre.

4.2.2. Le cadre législatif pour les organismes de sécurité sociale

Les directeurs de caisses ont le droit et le devoir de lutter contre la fraude.

Les organismes de sécurité sociale sont compétents pour contrôler la bonne application de la réglementation liée aux prestations servies. Cette compétence est définie dans l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale : « Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations (...) ».

L'obligation de lutter contre la fraude, pour les directeurs de caisse, est précisée dans l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale : « Les directeurs des organismes de sécurité sociale (...) sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'État le rapport établi à l'issue des investigations menées ».

Les caisses sont également soumises aux règles définies dans l'article 40, alinéa 2 du code de procédure pénale : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

4.2.3. La mise en œuvre de la lutte contre la fraude

Pour mettre en œuvre la lutte contre la fraude, les caisses ont développé des outils de maîtrise des risques (procédures, méthodes de détection et d'investigation, consignes, bonnes pratiques, indicateurs de surveillance, contrôle, supervision, etc.), ainsi que des outils d'analyse variés mais utilisés selon la même logique (modes de description des processus, grilles, questionnaires de repérages des risques). Ces orientations conduisent à une évolution des métiers.

4.2.3.1. En amont de la fraude

Il faut d'abord rappeler qu'une moitié des dossiers de demande de CMU-C est présentée par des bénéficiaires du RMI/RSA. Le RMI et le RSA sont des prestations très contrôlées dans les CAF.

Dans un deuxième temps, la précision avec laquelle les dossiers sont traités dans les CPAM est connue des usagers. Elle décourage le dépôt ou la poursuite d'une demande frauduleuse.

- ***Un cadre général pour les caisses***

La CNAMTS s'est engagée dans la certification des comptes, entraînant un développement des dispositifs de contrôle interne et la généralisation des plans de maîtrise socle (PMS). Dans ce cadre, les plans de maîtrise socle pour la CMU et la CMU-C ont été élaborés. Une

typologie des risques permet d'identifier ceux qui relèvent de la fraude et de guider les caisses dans le diagnostic préalable et la consolidation ultérieure des différents processus. Au-delà des PMS, différents points de contrôle ont été définis.

Sur le terrain, il s'avère toutefois que les caisses n'ont pas complètement homogénéisé leurs approches et le traitement des dossiers. Ainsi, pour une personne demandant la CMU et déclarant recevoir une aide financière familiale, dans une caisse primaire, on demandera d'emblée à consulter les relevés bancaires des douze derniers mois et, dans une autre caisse, on ne demandera que des attestations sur l'honneur, ne réservant la consultation des relevés bancaires qu'à des cas de soupçon de fraude. Il serait donc nécessaire d'envisager une harmonisation des pratiques. Au-delà d'une meilleure équité vis-à-vis des usagers, le système en ressortirait fiabilisé.

Toutefois et globalement, des points de contrôle restent communs à toutes les caisses, en référence à la législation, et leur approche va permettre de mieux visualiser les étapes de la prévention de la fraude.

▪ *L'instruction du dossier*

Les procédures prévoient que les agents qui instruisent les dossiers vérifient l'exactitude des informations et des pièces fournies.

Trois principaux volets sont concernés par le contrôle :

- l'identité ;
- les conditions de résidence :
 - la stabilité de résidence,
 - la régularité de séjour (art. L. 115-6 code SS) ;
- les ressources.

En complément de l'identité, l'affiliation fait également l'objet d'une attention particulière.

Ces contrôles doivent être effectués à l'ouverture de droits puis une fois par an, lors du réexamen annuel des droits pour la CMU et la CMU-C.

La validité des pièces produites

Les agents des organismes de sécurité sociale ont la possibilité de vérifier l'exactitude de toutes les informations fournies, quels que soient leurs sources ou leurs supports (art. L.114-19, R. 114-18 code SS).

Le travail s'effectue dans la recherche d'un équilibre entre les instructions concernant la simplification des démarches administratives et celles qui sont liées à la lutte contre la fraude.

La recherche de cet équilibre peut s'avérer délicate. Ainsi, il n'est pas nécessaire de produire des originaux si les copies des documents sont claires, mais des détecteurs de faux papiers ont été mis à la disposition de certaines caisses dans le cadre d'une expérimentation. L'utilisation des détecteurs demande une expertise qui s'appuie sur des campagnes de formation et la transmission d'une expérience qui ne s'acquiert que par une longue pratique. Il convient de

préciser que 90 % des dossiers étant transmis par courrier, et ne contenant *de facto* que des photocopies, ce type d'action ne peut rester que d'une portée très limitée.

Enfin, lorsque l'agent a un doute sur la validité d'une pièce, la demande d'une pièce complémentaire suffit le plus souvent à dissuader le fraudeur potentiel à ne pas donner suite à sa demande.

L'identité

Un examen de la validité des titres produits peut s'avérer nécessaire. L'article 115 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2008 élargit en ce sens le droit de communication dont dispose les organismes de sécurité sociale. L'article L. 115-7 du code de la sécurité sociale rappelle également que les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale assurant l'affiliation sont tenus de vérifier que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France. Cette recherche d'informations reste très encadrée (Circulaire n°DSS/5C/2008/61 du 20 février 2008 relative aux conditions d'application par les organismes de sécurité sociale du droit de communication institué aux articles L. 114.-19 et suivants du code de la sécurité sociale).

La conditions de résidence

Le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 et l'arrêté du 21 novembre 2008 organisent le contrôle de l'effectivité de la condition de résidence en France. Ce contrôle s'appuie sur une définition précise de la notion de résidence stable. L'article R. 115-6 du code de la sécurité sociale indique que « sont considérées comme résidant en France les personnes qui ont sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer leur foyer ou le lieu de leur séjour principal ». On considère qu'il convient de résider plus de 6 mois par an en France pour y être considéré comme séjournant à titre principal. L'article L 115-7 précise également que les organismes de sécurité sociale sont tenus de vérifier que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France.

Pour les ressortissants étrangers, la preuve de la condition de résidence peut être apportée par la production d'un titre de séjour d'une durée supérieure à un an, accompagnée d'un passeport (circulaire du 22 juillet 2008, DSS/2A/2B/3A n° 2008-245). Le contrôle de l'effectivité de la résidence a lieu à l'ouverture des droits puis une fois par an lors du réexamen des droits (art. R. 161-1 code SS). La condition de résidence concerne donc les bénéficiaires de la CMU à chaque renouvellement des droits.

Les organismes peuvent recevoir et rechercher de l'information sur la situation d'assurés sociaux hors de France (art. L114-11 code SS). Dans ce cadre, des consulats transmettent des informations aux caisses, à la demande des caisses, en cas de présomption de fraude à la résidence, ou spontanément, lorsqu'ils ont par exemple à traiter des demandes de visas pour des personnes qui se révèlent bénéficiaire de la CMU par ailleurs.

Parallèlement, le récent passage du maintien des droits maladie de quatre à un an pour les régimes obligatoires permet un meilleur suivi des dossiers. La mise à jour et la vérification régulière des informations, concernant la régularité et l'effectivité du séjour, ne laisse pas perdurer des situations hors normes.

Au quotidien, les agents sont également amenés à rechercher des preuves de l'effectivité du séjour à partir des différentes sources qui sont rapidement à leur disposition (remboursement de prestations maladie, indemnités journalières, etc.), mais cette investigation aboutit essentiellement sur une confirmation de la validité d'un dossier, pour des personnes qui n'ont pas gardé avec eux la totalité de leurs papiers.

Les ressources

L'article L. 861-2-1 du code de la sécurité sociale permet à l'organisme instructeur de rechercher des compléments d'informations, lorsqu'il constate des disproportions entre les ressources déclarées et le train de vie d'un demandeur ou d'un bénéficiaire de la CMU-C. Une évaluation forfaitaire des ressources peut être envisageable à l'issue de cette recherche.

Le décret n° 2008-88 du 28 janvier 2008 a créé les articles R. 861-15-1 à R. 861-15-7 du code de la sécurité sociale, afin de préciser les modalités de l'évaluation des éléments du train de vie. Sont notamment pris en compte des éléments de patrimoine immobilier et les dépenses y afférant, le recours à du personnel, les véhicules, l'équipement ménager et de loisirs, les objets d'arts et les bijoux, les dépenses liées aux voyages ou aux loisirs, les capitaux. Sont donc ainsi pris en considération tous les moyens d'existence d'une personne, y compris les avantages en nature. La disproportion, entre le train de vie et les ressources déclarées, est marquée si le montant du train de vie évalué forfaitairement est supérieur ou égal à une somme correspondant au double du plafond défini, augmentée des revenus perçus, pour la période de référence, au titre des prestations et rémunérations exclues en tout ou en partie, pour l'appréciation des ressources déclarées, en application des articles R. 861-8 et R. 861-10.

Un questionnaire est prévu pour la mise en pratique du décret dans les organismes. Il contient la définition des critères objectifs à faire préciser dans le cadre d'une procédure. Il reprend les éléments prévus par le texte en vigueur. La mise en pratique reste à venir, elle ne peut donc faire l'objet d'un bilan.

À l'instruction du dossier, la consultation des bases de l'assurance maladie, concernant les indemnités journalières, et de l'outil Cafpro, pour les prestations familiales et le croisement des ressources déclarées, permettent de vérifier rapidement une partie des informations fournies par les demandeurs. Une consultation aussi aisée serait nécessaire pour les informations concernant les allocations chômage, les pensions versées par les CRAM et les caisses de retraite. Cette possibilité est autorisée par la loi, mais n'est pas encore mise en œuvre (autorisations CNIL, etc.). En l'état actuel, la demande d'informations par courrier impliquerait un allongement du temps d'instruction du dossier qui amènerait à dépasser les deux mois à partir de la date de dépôt du dossier et, au delà desquels, le droit est réputé acquis pour la CMU-C.

À l'intérieur même de l'assurance maladie, les agents des caisses restent actuellement techniquement limités pour consulter la situation d'un assuré par rapport à des caisses qui ne dépendent pas du même centre de traitement informatique que le leur. Il n'est, par exemple, pas encore possible de savoir rapidement si une personne a perçu des indemnités journalières dans une caisse dont il dépendait précédemment, si cette caisse relève d'un autre centre régional de traitement informatique. Un projet de développement des systèmes d'information

de l'assurance maladie est en cours, afin que chaque caisse puisse consulter instantanément l'ensemble des données concernant un assuré sur tout le territoire national.

Selon l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale peuvent demander toutes pièces concernant l'imposition et les déclarations fiscales. Les échanges avec l'administration fiscale sont également possibles. L'accès aux informations de la DGI est une évolution possible. La mise en place est actuellement en phase d'expérimentation par quatre caisses. Toutefois si les ressources prises en compte pour la CMU de base concordent avec les déclarations fiscales, elles ne coïncident pas avec les revenus retenus pour la CMU-C, qui retiennent les douze mois précédant la demande initiale ou de renouvellement, et qui intègrent des revenus non imposables.

Si l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale autorise à rechercher toutes informations sur les revenus d'origine étrangère, les moyens dont disposent les agents ne leur permettent que des investigations très limitées, surtout *a priori*. Un accord est nécessaire avec chaque pays et, pour le moment, la France n'en a signé que deux (République Tchèque et Belgique). La lutte contre ce type de fraude fait d'ailleurs appel à des expertises financières, linguistiques, ainsi qu'en droit international, qu'une seule caisse ne peut mobiliser. Il paraît donc nécessaire qu'elle soit mutualisée au niveau national.

<p>Proposition : mutualiser les moyens de contrôle au sein d'une cellule nationale, pour des cas de fraude impliquant des recherches complexes.</p>
--

- ***Maintenir un juste équilibre***

Dans le contrôle *a priori*, l'échange de l'information ne reste pertinent que s'il est rapide. En effet, les personnes qui demandent à bénéficier de la CMU et de CMU-C sont très rarement des fraudeurs ou des fraudeuses, elles ont surtout besoin de promptement accéder à des soins.

Dans le respect des procédures et en l'état actuel des outils mis à disposition, il faut compter une moyenne d'une demi-heure de temps agent pour traiter un dossier de CMU-C (moyenne entre primo demande et renouvellement). Pour le régime général, si l'on compte une moyenne de 2 083 236 assurés en 2008 (les ayants droit ne sont pas retenus, ils sont considérés comme partie prenante du dossier traité pour l'assuré), 1 041 618 heures/agent ont été consacrées à l'instruction des dossiers de CMU-C, hors temps d'instruction de la CMU de base, et hors temps d'encadrement, des fonctions support et de contrôle *a posteriori*. Un travail supplémentaire d'investigation *a priori*, qui aurait demandé en moyenne dix minutes de travail en plus, aurait coûté, en 2008, 347 206 heures/agent supplémentaires, soit presque 7 300 000 € (sur la base d'un coût moyen horaire de 21 € pour un technicien expérimenté) ou 216 postes à créer (sur la base de 1607 heures de travail annuel). En ce sens, il apparaît évident que l'élargissement des champs d'investigation ne peut se faire qu'en croisant des données organisées selon les mêmes règles de gestion, à partir d'un référentiel commun et sur des projets précis.

<p>Proposition : cibler des points de contrôle complémentaires en fonction des circonstances, afin d'éviter des contrôles systématiques chronophages.</p>
--

4.2.3.2. *La fraude recherchée, suspectée ou avérée*

Dans un second temps, comme le précise l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, les directeurs confient « le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations » à des agents chargés du contrôle. Ce niveau, qui n'est pas systématique, permet d'effectuer un travail d'investigation plus approfondi sur les dossiers qui paraissent les plus litigieux.

- **Détecter**

Après instruction du dossier par les services de l'ordonnateur, pour la CMU, un contrôle systématique des dossiers à l'ouverture des droits, par les délégataires de l'agence comptable, n'est techniquement pas possible. Ponctuellement, un contrôle peut être demandé par le service instructeur, lorsqu'un doute persiste après l'instruction du dossier, mais le plus souvent l'agence comptable intervient dans le cadre de plans de contrôle *a posteriori*.

Les actions peuvent par exemple prendre la forme :

- d'un contrôle sur une journée ciblée : le délégataire reprend tous les dossiers à une date donnée en suivant chaque étape de son instruction et en réexaminant chaque pièce produite ;
- d'une requête sur une période de référence. Sur cette période, un croisement est effectué entre différentes sources d'informations concernant les revenus des bénéficiaires.

À l'issue des contrôles, les délégataires de l'agence comptable reviennent vers les techniciens de prestation (côté ordonnateur) afin de vérifier si les problèmes décelés sont issus d'une erreur interne ou peuvent être la conséquence d'une fraude. Si la fraude est suspectée, le dossier est transmis à une instance décisionnelle, composée différemment selon les caisses mais le plus souvent collégiale. En complément une enquête peut être diligentée. C'est à ce niveau qu'interviennent des agents assermentés, pouvant consulter l'ensemble des sources (banque, téléopérateurs, DGI pour un examen approfondi, etc.). Ce travail d'enquête permet de clarifier la situation et de conclure, sur des bases claires, s'il y a absence ou présence éventuelle de fraude.

Ce circuit vaut pour l'ensemble des fraudes à l'assurance maladie. Il n'est que très rarement opérant dans le cas de la CMU-C. À titre d'illustration, une synthèse des décalages entre les ressources déclarées par les assurés, lors de la demande de CMU, et des ressources archivées dans Cafpro ou la DGI, permet de mesurer que la reprise de ces écarts n'aurait pas changé la décision d'attribution dans presque 100 % des cas.

- **Réagir**

Lorsque la fraude est avérée, dans le cas de la CMU, la CPAM commence par réexaminer les droits ouverts et peut mettre fin à la prestation le cas échéant. Dans le cas de la CMU de base aucune personne ne pouvant rester sans protection maladie (sauf cas très particuliers), un examen approfondi de la situation visera à rechercher de nouvelles solutions dans un cadre légal. En tout état de cause, aucun enfant mineur ne restera sans protection.

Les organismes sont habilités à prononcer des sanctions ou à se constituer partie civile lorsque la fraude est supérieure à un certain montant. Les organismes nationaux peuvent également agir au nom de l'organisme lésé ainsi que pour le compte d'un ou plusieurs autres organismes (art. L. 114-9 code SS).

Il serait utile, dans certains cas, que cette représentation soit mise en œuvre au niveau des organismes locaux. En effet, et par exemple, si une personne fraude à la CAF et envers une CPAM, son cas peut faire l'objet de deux jugements différents, faisant parfois l'objet de sanctions contradictoires. Ceci peut également se présenter dans le cas d'une personne qui aurait commis la même fraude auprès de deux CPAM différentes.

Proposition : encourager la concertation entre les organismes locaux, lorsque plusieurs caisses ou plusieurs branches sont concernées par les fraudes commises par une même personne.

- **Appliquer des pénalités**

Les directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie peuvent prononcer des pénalités contre les bénéficiaires de la CMU-C, les professionnels de santé ou tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude (art. L. 162-1-14 code SS, modifié par la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 115-1). Le texte permet de déterminer une pénalité, indépendamment du recouvrement de l'indu. Lorsqu'une même personne a causé un préjudice à plusieurs organismes pour des faits identiques, il est possible de mandater un directeur de l'un des organismes concernés afin de mutualiser les procédures.

La pénalité est due pour toute inobservation des règles telle qu'énoncée dans l'article L. 863-2 de la sécurité sociale, concernant la production de fausse information, l'omission d'information, l'obstruction à l'accès aux informations et l'organisation en bande organisée.

La personne concernée par la procédure est informée et peut répondre aux accusations.

Le directeur, ou une commission, selon les cas, décident de la sanction et du montant de la pénalité le cas échéant, proportionnellement aux sommes concernées et à la gravité de la fraude. « Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité ». S'agissant des personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, la pénalité ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Ce niveau de procédure constitue un outil essentiel entre l'avertissement et la procédure pénale ou ordinaire. C'est un dispositif qui se veut efficace, souple en gestion et dissuasif. Le texte original, peu appliqué, a été réécrit par l'article 115-1 de la LFSS pour 2009.

Un projet de décret d'application est en cours de préparation. Le projet prévoit de définir la fraude et la fraude en bande organisée.

- ***Rassembler l'information et les connaissances sur la fraude***

Les organismes transmettent chaque année un rapport sur les mesures liées à la lutte contre la fraude à leur caisse nationale (art. R. 114-16 code SS).

Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ils établissent une synthèse annuelle, transmise au ministre chargé de la sécurité sociale (art. L. 114-9 code SS).

À la CNAMTS, un bilan annuel des fraudes à la CMU de base et à la CMU-C est établi, dans le cadre du « volet local » du plan national annuel de lutte contre les fraudes de l'assurance maladie. Les CPAM déclarent les fraudes qu'elles ont détectées et pour lesquelles elles ont engagé une action (indu, pénalités financières, plainte pénale). Pour 2008, 220 cas de fraude ont été déclarés par l'ensemble des CPAM pour la CMU de base, pour un préjudice de 287 352 € et 588 pour la CMU complémentaire, pour un préjudice de 442 362 €. Au total, pour 2008, ces fraudes à la CMU représentent moins de 1,5 % de la fraude à l'assurance maladie.

Les actions mises en œuvre ont fait l'objet d'un dépôt de plainte au pénal pour 45 cas pour la CMU de base et pour 80 cas pour la CMU-C. On recense 9 signalements au parquet pour la CMU de base et 10 pour la CMU-C. Deux cas de fraude à la CMU-C ont également fait l'objet d'une poursuite dans le cadre d'une procédure civile. Ces fraudes reposent de manière isolée ou combinée, sur le non-respect de la condition de résidence, sur les fraudes à l'identité et à la condition de ressources. Les fraudes à la condition de ressources sont majoritaires.

4.2.3.3. La coopération dans la lutte contre la fraude

Au-delà des aspects déjà abordés, un point particulier est nécessaire sur la coopération inter branches et inter régimes. Concernant la fraude à la CMU et à la CMU-C, l'échange d'informations peut concerner les cas des personnes qui vivent de revenus issus d'activités non déclarées ou de capitaux placés à l'étranger. Cette mutualisation des moyens peut également permettre de mieux répondre aux situations de fraude en bande organisée.

- ***Les cadres de la coopération***

Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications pour le compte de plusieurs organismes, éventuellement de différentes branches (art. L. 114-10 code SS).

Les organismes de protection sociale sont habilités à se transmettre toutes les informations nécessaires à l'instruction ou au suivi d'un dossier (art. L. 114-10, L. 114-12 code SS).

Des conventions sont signées en ce sens au niveau national entre les caisses nationales et les organismes concernés. Ces conventions sont en cours de déclinaison au niveau local. Les comités locaux de lutte contre la fraude ont également fait la preuve que le travail commun s'engage plus facilement lorsqu'il est effectué dans un cadre défini.

Proposition : favoriser tous les échanges, au niveau local, entre l'ensemble des acteurs concernés par la fraude.

L'information obtenue lors d'un travail d'investigation est communiquée aux organismes d'assurance maladie complémentaire (art. L. 114-9 code SS).

Un droit d'accès aux documents de différents acteurs a été donné aux caisses par l'intermédiaire d'inspecteurs assermentés (banques, assurances, EDF, etc.).

La coopération est élargie au champ des organismes chargés du contrôle du travail et ceux chargés de la gestion du chômage (art. L. 114-14, L. 114-15 code SS). Une circulaire de la DNLF du 20 janvier 2009 décrit les mécanismes de transmission et de regroupement de l'information en la matière.

L'autorité judiciaire peut communiquer aux organismes sociaux les informations susceptibles de les concerner (art. L. 114-16 code SS). La circulaire du 6 mai 2009, des ministres de la Justice et des Comptes publics a été adressée aux parquets et aux organismes sociaux afin d'inviter les acteurs « à définir conjointement leurs stratégies d'action pour mieux lutter contre la fraude, avec l'objectif d'assurer la cohérence et la lisibilité de l'action publique ».

L'échange de données est possible avec les pays membres de l'Union européenne, les états parties à l'accord sur l'Espace économique européen et les états inscrits sur une liste fixée par voie réglementaire (art. L. 114-22 code SS).

Toutefois, l'organisme qui a usé du droit de communication, en application de l'article L. 114-19, est tenu d'en informer la personne physique et morale concernée et de lui communiquer une copie des documents obtenus si la personne le demande.

Pour la fraude à la CMU et à la CMU-C, la mobilisation de ces moyens n'est que très rarement utile.

- ***Le partage des informations au futur***

L'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale ouvre aux organismes la possibilité d'obtenir directement les informations ou pièces justificatives auprès des acteurs du service public, notamment par transmission électronique des données.

Dans la même logique, un répertoire national commun est en cours de création. Chaque personne y sera identifiée par son NIR. Les données concernent toutes les informations nécessaires à l'appréciation de droits et à leur contrôle. Elles incluent donc toutes les informations connues par les différentes branches et régimes ainsi que les données fiscales. Elles sont accessibles aux organismes de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des

congés payés, aux organismes gestionnaires des droits aux indemnités chômage, aux organismes de la branche recouvrement et aux collectivités territoriales, dans le cadre de leur action sociale (art. L. 114-12-1 code SS).

Ces avancées répondent aux besoins très concrets et quotidiens des techniciens instructeurs des dossiers, qui souhaitent pouvoir rapidement consulter les bases de données des différents organismes, comme ils le font actuellement dans Cafpro. Elles nécessitent toutefois, comme il l'a été démontré plus haut, une évolution considérable des systèmes d'information. Cette évolution nécessite de lourds investissements. Elle ne peut être justifiée que par une politique globale de gestion de l'ensemble des prestations sociales, dont la fraude n'est que l'un des nombreux aspects. Elle doit également se construire par étapes, en respectant les paliers nécessaires à la mise à plat de données hétérogènes, provenant d'organismes qui obéissent à des logiques très différentes.

4.3. Des difficultés qui subsistent

4.3.1. Délivrance de la carte Vitale

Deux indicateurs de la convention d'objectifs et de gestion 2006 / 2009 liant la CNAMTS à l'Etat intéressent la CMU.

Le premier est le délai de délivrance de la carte Vitale. Il ne distingue pas les bénéficiaires de la CMU-C des autres assurés sociaux. L'objectif est que 90 % des cartes soient délivrées en moins de 21 jours.

Globalement le résultat est de 85 %. Mais ce résultat montre que la situation est très diversifiée selon les départements. En dehors des DOM, plusieurs caisses importantes en nombre de population ont des résultats bien inférieurs.

Or, pour les bénéficiaires de la CMU, la carte Vitale est indispensable pour accéder aux soins (cf. développements précédents), même si les textes prévoient que l'attestation de droits CMU-C « papier » suffit auprès des professionnels. Il apparaît donc qu'un effort particulier doit être mené en ce domaine.

Proposition : introduire dans la prochaine COG CNAMTS / Etat un indicateur spécifique pour la délivrance de la carte Vitale aux bénéficiaires de la CMU.

4.3.2. Relations OC / caisses d'assurance maladie

Dans le cadre de sa contribution au rapport d'évaluation, la FNMF juge les relations avec les CPAM satisfaisantes s'agissant de la gestion de la CMU complémentaire. Ces relations sont d'autant facilitées, lorsque les CPAM ont désigné une « personne référente » et mis en place des échanges réguliers avec les caisses d'assurance maladie (échanges de fichiers, rapprochements comptables).

Toutefois, la FNMF souligne 2 dysfonctionnements persistants :

- la transmission des formulaires papier « Cerfa » (formulaires d'ouverture des droits) en retard, incomplets, voire illisibles ou erronés qui génère des problèmes de rétroactivité dans les remboursements de soins (43 % des mutuelles interrogées) ;
- la complexité de la procédure de renouvellement de droits qui peut générer une interruption des droits des bénéficiaires (12,5 % des mutuelles).

Le GEMA pour sa part souligne que le contrôle des bénéficiaires de la CMU complémentaire par les Urssaf et le Fonds CMU contraindrait « les caisses d'assurance maladie à adresser aux

organismes complémentaires, en plus du flux informatisé, un Cerfa papier, qu'il est parfois difficile d'obtenir ».

Aussi, il propose « de supprimer l'exigence de preuve papier en remplaçant le Cerfa par un flux informatique fiable ».

Le Fonds CMU contredit l'affirmation du GEMA comme en atteste la formulation employée dans le cadre de tout avis de vérification envoyé aux OC en cas de contrôle : « la liste va être confrontée aux formulaires de choix remplis par les demandeurs (documents Cerfa n°11.421 et 11.422) ou à défaut, à tout document émanant de la caisse d'assurance maladie attestant du droit pour le bénéficiaire et de la période couverte ».

Pour le Fonds et les Urssaf, tout document attesté par la caisse d'assurance maladie de rattachement du bénéficiaire est recevable.

Le Fonds CMU, pour sa part, a toujours soutenu l'idée de la transmission des informations relatives aux droits CMU des bénéficiaires sous forme de « Cerfa électronique ».

Cette modalité devrait en effet éviter les problèmes jusqu'alors rencontrés sur l'envoi et la réception du Cerfa papier, en particulier lors de renouvellements ou de naissances. En outre, la qualité de ces documents, écrits à la main, pose régulièrement problème.

Le plus souvent, les difficultés de remboursement par des OC (remboursement de la CMU-C réglée en tiers-payant au professionnel par la caisse pour le compte de l'OC) signalées par des caisses d'assurance maladie semblent liées à l'absence de Cerfa.

S'agissant de l'ACS, le problème d'identification du bénéficiaire par l'organisme complémentaire ne se pose pas puisque c'est lui-même qui ouvre le droit et conserve l'original de l'attestation de droit.

Proposition : mettre en place le Cerfa électronique d'ici le premier semestre 2010.
--

4.3.3. Relations caisses / professionnels de santé

Trois études ont été commandées par le Fonds CMU visant à étudier les difficultés administratives dans les relations entre caisses d'assurance maladie et professionnels de santé dans le cadre de la gestion de la CMU complémentaire.

Deux ont été réalisées par des CPAM : la CPAM des Hauts-de-Seine et la CPAM de l'Eure. La troisième étude a été effectuée par Brigitte FROTIÉE, de l'Institut des Sciences sociales du Politique (ISP Cachan).

En effet, dans le cadre des travaux du Fonds CMU relatifs aux refus de soins, ces difficultés étaient régulièrement mises en avant comme une des explications de la réticence de certains professionnels à recevoir des bénéficiaires de la CMU.

Traitant du même sujet, les trois études convergent vers les mêmes constats.

Pour les deux CPAM, les taux de rejets, qui obligent à une nouvelle facturation de la part du professionnel de santé, sont sensiblement plus importants pour les dossiers CMU que pour la moyenne des dossiers des autres assurés : + 42 % dans le cas de la CPAM des Hauts-de-Seine, + 65 % dans celui de la CPAM de l'Eure.

Dans le cas de la CMU complémentaire, c'est le professionnel qui en subit la conséquence du fait de l'application du tiers-payant.

Les différentiels peuvent paraître élevés mais les taux de rejet pour la CMU complémentaire restent en réalité limités. Ils s'élèvent en effet en moyenne respectivement à 3,7 % et 4,7 % mais sont de 2 à 4 fois supérieurs lorsqu'il s'agit de feuilles de soins papier par rapport aux transmissions électroniques.

La responsabilité de ces difficultés ressort, d'après les trois études, comme étant très partagée : mauvais renseignement de la feuille de soins par le professionnel de santé, non mise à jour de la carte Vitale par l'assuré, difficultés liées à la qualité du fichier de la CPAM.

Pour Brigitte Frotiée, tous les interlocuteurs (caisses et professionnels de santé) s'accordent cependant sur la complexité croissante non seulement des nomenclatures mais aussi des codifications, des réglementations, des logiciels qui s'interconnectent plus ou moins bien. Les logiciels des professionnels de santé ne suivent pas systématiquement le rythme, et des incompatibilités apparaissent entre les différentes versions de logiciel du professionnel et celles de Sesam Vitale.

D'après la chercheuse, la CMU-C pourrait renforcer le ressentiment des professionnels de santé vis-à-vis de certaines contraintes administratives « notamment en matière de codification et d'informatique ». « Parfois, la gestion administrative des dossiers CMU-C pose plus de problèmes aux professionnels de santé que les bénéficiaires eux-mêmes ».

La question de la lisibilité des décomptes liés à des factures CMU-C pose en particulier problème à l'ensemble des professionnels de santé interrogés.

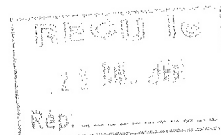
Au-delà d'un contexte de complexité croissante, notamment des nomenclatures et des réglementations, les constats formulés dans ces études, conduisent à formuler quelques préconisations portant en particulier sur des actions pédagogiques des CPAM tant envers les professionnels de santé (lisibilité des décomptes et notamment une plus grande clarté des libellés des rejets), que des bénéficiaires de la CMU complémentaire (respect du parcours de soins et mise à jour régulière de la carte Vitale en attendant Vitale 2).

Proposition : dans le cadre de la CMU complémentaire, inciter les caisses d'assurance maladie à effectuer des actions pédagogiques en direction des professionnels de santé et des bénéficiaires du dispositif.

LISTES DES ANNEXES

1. LETTRE DE MISSION DE LA DSS
2. QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE N°132 (ESPS 206)
3. ACS : LETTRE D'INFORMATION DES CRAM
4. ACS : LETTRE D'INFORMATION DES CPAM A PARTIR DES DONNÉES CAF
5. ACS : CAMPAGNE CAF / CPAM, DONNÉES DE 3 CAISSES
6. ACS : CNAMTS, PROGRAMME NATIONAL D'ACCOMPAGNEMENT
7. STRUCTURE DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE
8. ORDRE DES MEDECINS : CIRCULAIRE DU 11 JUILLET 2008
9. ARTICLE 18 DU PROJET DE LOI HPST
10. SYNTHESE RECAPITULATIVE DES PROPOSITIONS

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA DSS



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Le directeur

D 08-5015

Paris, le 18 JUL. 2008

Monsieur le directeur,

Vous avez bien voulu élaborer le troisième rapport bisannuel d'évaluation de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), prévu par son article 34, à la fin de l'année 2006.

Compte tenu de vos liens privilégiés avec l'ensemble des acteurs de ce dispositif (caisses d'assurance maladie, organismes de protection sociale complémentaire, associations), je souhaite que vous élaboriez le nouveau rapport d'évaluation de la loi pour la fin du premier semestre 2009.

Comme pour le précédent rapport, vous voudrez bien vous appuyer, comme le prévoit l'article 34 précité, sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il sera en outre nécessaire d'articuler ce rapport avec les objectifs assignés par le projet annuel de performances sur l'action n° 1 (accès à la protection maladie complémentaire) du programme n° 183 (protection maladie) : le premier objectif consiste à garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources et le second vise à renforcer le contrôle du dispositif et à améliorer la gestion du risque.

Je souhaiterais en particulier un développement dans votre rapport concernant les mécanismes de contrôle des ressources et plus généralement un bilan des actions de lutte contre la fraude, ainsi qu'une appréciation des efforts entrepris par les différents acteurs en vue de lutter contre les refus de soins.

Monsieur Jean-François CHADELAT,
directeur du fonds de financement de la
protection complémentaire de la couverture
universelle du risque maladie
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne

75013 PARIS

14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 60 - Télécopie : 01 40 56 72 05

- 2 -

En outre, il serait particulièrement utile que ce rapport comprenne une approche qualitative du dispositif de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé prévu pour les foyers disposant de ressources légèrement supérieures au plafond de la couverture maladie universelle complémentaire, et développe en particulier l'impact des efforts de communication à l'égard des bénéficiaires potentiels du dispositif entrepris par l'ensemble des acteurs.

Enfin, je souhaite que ce rapport fasse l'objet d'un état de l'application du dispositif de la CMU complémentaire dans les départements d'outre-mer, sur l'implication des organismes de protection sociale complémentaire dans le dispositif, les difficultés spécifiques d'application rencontrées par les caisses d'assurance maladie ou par les demandeurs et bénéficiaires du dispositif, ainsi que sur les justifications à la majoration du plafond de ressources dans ces départements et à sa répercussion sur l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Je souhaiterais qu'une première version de votre rapport puisse m'être remise pour le 30 avril 2009.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur de la Sécurité Sociale


Dominique LIBAULT



n° 132 - Mai 2008

La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire

Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)

Bidénum Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierra, Thierry Rochereau

En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise.

Pour la première fois, les données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) sont exploitées pour calculer le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire. Ce taux d'effort varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C). Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés.

Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières qui concerne, en 2006, 14 % de la population.

Plus de 20 % des dépenses de soins et biens médicaux sont laissés à la charge des patients par la Sécurité sociale. Les organismes complémentaires d'assurance maladie financent plus de la moitié de ces sommes. Au final, près de 9 % de la dépense reste effectivement à la charge des patients. Bien que facultative, la couverture santé complémentaire constitue donc aujourd'hui un élément clé de l'accès aux soins, notamment pour les soins les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire : prothèses dentaires, optique et soins de spécialistes en cas de dépassement. Ce rôle essentiel de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins a été confirmé par la mise en place au 1^{er} janvier 2000 de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), protection gratuite et complémentaire à la Sécurité sociale pour les personnes disposant de faibles ressources financières. Les ménages ayant des revenus légèrement supérieurs aux seuils de la CMU-C peuvent, quant à eux, depuis 2005 bénéficier de l'Aide complémentaire santé (ACS)¹, qui se présente sous forme d'un bon d'achat allégeant sensiblement le coût de la complémentaire santé.

Par son questionnement spécifique sur la couverture complémentaire des ménages enquêtés, l'enquête ESPS 2006 permet de mettre à jour le tableau général de l'accès des bénéficiaires à la complémentaire santé, en lien avec leurs caractéristiques socio-économiques (Allonier *et al.*, 2008).



¹ Récemment rebaptisé « chèque santé ».

Plus de 9 personnes sur 10 sont couvertes par une complémentaire santé

En France, selon l'enquête ESPS, près de 93 % de la population générale déclare bénéficier d'une couverture complémentaire, dont un peu plus de 4 % au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'enquête ESPS sous-estime toutefois la proportion de personnes déclarant bénéficier de la CMU-C puisque, d'après les statistiques ministérielles, le taux de couverture de la population est de 7,5 % en 2006 en France métropolitaine. Cette sous-estimation est due à la sous-représentation des personnes les plus précaires, commune aux enquêtes en population générale. Afin de disposer d'effectifs suffisants pour mener des études spécifiques sur les bénéficiaires de la CMU-C, l'enquête 2006 a interrogé un échantillon supplémentaire de Cmuistes (1 700 personnes), échantillon qui n'a pas été pris en compte dans cette analyse.

Les cadres ont plus souvent accès que les ouvriers aux couvertures complémentaires collectives

Plus de la moitié des contrats de couverture complémentaire (hors CMU-C) des

personnes qui travaillent sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise (61 %). Ce sont les ménages de cadres qui, de loin, bénéficient le plus souvent des contrats collectifs : 77 % des contrats souscrits par les cadres sont collectifs contre 54 % pour les ménages d'ouvriers non qualifiés et 44 % pour les ménages d'employés du commerce.

Dans le cas des contrats de groupe, l'employeur participe généralement au financement de la prime à hauteur de 50 % en moyenne (Couffinhal *et al.*, 2004), ce qui constitue un avantage en nature important pour les salariés². L'appréciation par les assurés du rapport qualité/prix de ces contrats collectifs comparativement à celle des personnes bénéficiant de contrats individuels l'atteste : 84 % des bénéficiaires de contrats collectifs le jugent d'un bon rapport qualité/prix (dont 23 % très bon) contre près de 78 % pour les contrats obtenus à titre individuel (dont seulement 11 % qui les jugent très bons).

² Ces contrats sont par ailleurs exonérés de charges sociales et fiscales.

REPÈRES...

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée par l'IRDES tous les deux ans en population générale dresse un tableau de l'état de santé, de la consommation de soins et de la protection sociale en France.

Elle comprend notamment un questionnaire spécifique sur les contrats de couverture complémentaire détenus par les ménages enquêtés. En associant ces données avec les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des personnes interrogées, l'enquête ESPS fournit une source de données uniques sur l'assurance complémentaire. Elle permet de dresser un panorama de l'accès à la couverture complémentaire et du niveau de garanties des contrats. Elle forme ainsi, avec l'enquête sur la complémentaire d'entreprise menée par l'IRDES et l'enquête auprès des organismes de couverture complémentaire de la DREES, un triptyque assez complet sur ce domaine.

Un effort financier plus important pour les ménages modestes et âgés

Pour la première fois, le poids d'un contrat de couverture complémentaire santé dans le budget des ménages est étudié à partir de l'enquête ESPS (Kambia-Chopin *et al.*, 2008). Ce poids, appelé taux d'effort, correspond à la part du revenu des ménages consacrée à l'achat d'un contrat de complémentaire santé. Précisons que ce taux d'effort n'a pu être évalué que pour les personnes bénéficiant d'un contrat individuel, c'est-à-dire d'un contrat obtenu en dehors du cadre de l'entreprise. En effet, pour les contrats collectifs, les données sont plus difficiles à recueillir, le salarié ne connaissant pas toujours le montant de sa prime, souvent prélevée directement sur sa feuille de paie. Nous avons également exclu les bénéficiaires de la CMU-C qui ne paient pas l'accès à la complémentaire santé.

Ainsi, pour les seuls contrats obtenus à titre individuel, le taux d'effort des ménages augmente nettement quand leur revenu diminue : il est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élève progressivement pour atteindre 10,3 % pour les ménages les plus pauvres. Si le taux d'effort des ménages les plus pauvres est élevé, les sommes qu'ils consacrent à l'achat d'une couverture complémentaire sont moindres que celles mobilisées par les ménages plus aisés. Par conséquent, en dépit d'un effort financier important, les ménages les plus pauvres



SOURCES

Présentation de l'enquête ESPS

Objectifs de l'enquête

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les personnes résidant en France sur leur état de santé, leur recours aux services de santé et leur couverture santé. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé et en sciences sociales.

La spécificité d'ESPS est de se fonder sur une base de sondage unique, constituée d'un échantillon d'assurés de l'Assurance maladie. Ce dispositif rend possible notamment l'appariement des données de l'enquête avec celles issues des fichiers de prestations des caisses d'Assurance maladie, permettant une connaissance des consommations de soins, en volume et en dépense, avec un grand degré de finesse.

Le mode d'échantillonnage garantit une représentativité constante de l'échantillon au cours du temps, qui reste représentatif de la population française métropolitaine. Il permet donc de réaliser des photographies régulières de la santé, de l'accès aux soins et de la complémentaire, mais aussi de suivre des parcours individuels.

Nouveaux questionnements et premiers résultats de l'enquête 2006

En 2006, l'enquête ESPS a interrogé 8 000 ménages et 22 000 individus. Elle inclut, outre un module sociodémographique standard (âge, sexe, composition du ménage, catégorie socioprofessionnelle, revenu, occupation, éducation), des informations particulièrement détaillées sur l'état de santé, l'expérience du patient dans le système de soins, la couverture complémentaire et d'autres dimensions du statut socio-économique. De nouveaux questionnements ont été intégrés : sur la réforme du médecin traitant, la santé respiratoire, les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents des enquêtés.

Les premiers résultats d'ESPS 2006 sont détaillés dans un rapport qui présente également un premier bilan de la réforme du médecin traitant et une analyse du poids dans le budget des ménages des contrats individuels de complémentaires santé. Une présentation complète de ce rapport est disponible sur le site de l'IRDES : www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeESommaire/2008/rap1701.htm



accèdent à des contrats offrant en moyenne des garanties inférieures à celles obtenues par les ménages plus aisés.

Le taux d'effort varie fortement selon la catégorie professionnelle du chef de ménage : il est de plus de 6 % pour les employés du commerce et les ouvriers non qualifiés contre moins de 4 % pour les cadres et les professions intellectuelles (cf. graphique ci-dessus).

Par ailleurs, plus le chef de ménage est âgé, plus le montant des primes versées représente un effort financier important. Le taux d'effort moyen est de 7,1 % pour les ménages dont le chef est âgé de 65 ans ou plus et de 3,2 % lorsqu'il est âgé de moins de 30 ans. Les personnes âgées qui ont des besoins de soins plus importants consacrent une partie élevée de leur revenu à l'achat d'une couverture complémentaire.

L'absence de couverture complémentaire dépend essentiellement du niveau de revenu et du milieu social

Plus de 7 % des Français déclarent en 2006 ne pas avoir de couverture complémentaire santé. Le taux de non-bénéficiaires varie selon les âges. S'il est faible en début de vie (6 % environ jusqu'à 19 ans), il augmente pour les 20-29 ans (11 %), puis baisse avec l'âge à partir de 30 ans jusqu'à 60 ans (il est de 5 % environ entre 50 et 59 ans), pour augmenter ensuite (12 % pour les 80 ans et plus). Mais c'est surtout selon la situation sociale, notamment le revenu que le taux de non-bénéficiaires de complémentaire santé varie le plus fortement. En effet, 14,4 % des personnes vivant dans des ménages disposant de moins de 800 euros par mois n'ont pas de couverture complémentaire. Ce taux baisse régulièrement au fur et à mesure que le revenu augmente. Il n'est que de 3 % parmi les ménages les plus aisés (ceux disposant d'un revenu supérieur à 1 867 euros par unité de consommation et par mois). Ces résultats confirment le rôle déterminant du revenu dans l'accès à la complémentaire santé (Marical, de Saint Pol, 2007).

On observe des différences similaires selon le milieu social. Moins de 5 % des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence est cadre ne sont pas couvertes, tandis que cette proportion est d'environ 15 % dans les ménages d'employés de commerce et d'ouvriers non qualifiés. Cette différence résulte non seulement de plus faibles ressources financières, mais également d'un moindre accès à la couverture d'entreprise (Francesconi et al., 2006).

Avec 18 % de personnes non couvertes, les chômeurs représentent la population pour laquelle l'accès à la complémentaire santé est le plus difficile. À la faiblesse de leurs ressources financières vient s'ajouter l'impossibilité de bénéficier d'un contrat d'entreprise².

Plus généralement, les raisons financières constituent le principal motif invoqué par plus de la moitié des intéressés (53 %) pour expliquer l'absence de couverture complémentaire privée. Les autres motifs renvoient au fait d'être en bonne santé (17 %)

² Précisons que si les chômeurs n'ont pas accès à la couverture d'entreprise, ils peuvent cependant, dans le cadre de la loi Evrin du 31 décembre 1990 et sous certaines conditions, bénéficier du prolongement du contrat dont ils bénéficiaient dans leur dernière entreprise. Cette dernière situation paraît toutefois peu répandue : ce sont la plupart du temps couverts par le contrat collectif que les salariés effectivement en poste dans l'entreprise.

Revenu par unité de consommation

Le revenu par unité de consommation (UC) permet, à l'aide d'une échelle d'équivalence, de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente.

Nous utilisons l'échelle de l'OCDE qui retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Exemple : un ménage composé du père, de la mère, d'un enfant de 16 ans et d'un autre de 12 ans compte 2,3 UC (1+0,5+0,5+0,3). Le revenu du ménage par UC est égal au revenu total du ménage divisé par 2,3.



14,4 % des personnes appartenant à des ménages dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 800 € ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire. Ce taux de non-couverture peut sembler important du fait de la présence des bénéficiaires de la CMU-C dans cette tranche de revenus. Cependant, les seuils de revenus pour bénéficier de la CMU-C étant relativement bas (de l'ordre de 600 € par UC), seulement 16 % des personnes dont le revenu par UC est inférieur à 800 € bénéficient de la CMU-C. De plus, un certain nombre de bénéficiaires potentiels à la CMU-C ne font pas valoir leurs droits et se retrouvent sans couverture complémentaire.

ou au contraire de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (14 %).

L'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins

En 2006, un Français métropolitain sur sept déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près d'un renoncement sur cinq est déclaré comme définitif, les autres étant reportés. Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important : parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins, 63 % citent les soins bucco-dentaires, 25 % les lunettes et 16 % les soins de spécialistes.

L'absence de couverture par une complémentaire maladie est un facteur important de renoncement : 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 19 % des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire et 13 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée (hors CMU-C). Le taux de renoncement varie également selon le revenu des ménages (24 % pour la

première tranche contre 74 % pour la dernière) et selon le milieu social : les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent renoncer le plus (respectivement 21 %, 19 % et 19 %) ; les cadres et les agriculteurs le moins (respectivement 9 % et 5,4 %).



Malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire

et malgré la mise en place de l'aide à la mutualisation (ou chèque santé), l'accès à la couverture complémentaire reste coûteux en France pour les ménages modestes. Avec l'instauration de nouvelles franchises de soins depuis janvier 2008, la santé risque de peser de plus en plus dans le budget des ménages. Bénéficier d'une couverture complémentaire santé sera donc plus que jamais un atout pour accéder aux soins. De nombreux travaux à l'IRDES sont prévus pour analyser la place de cette couverture complémentaire dans notre système de santé actuel. Parmi eux, citons le suivi de la montée en charge de l'aide à la complémentaire santé, ainsi qu'une analyse de la place des contrats de complémentaire santé d'entreprise dans la rémunération des salariés à partir d'une nouvelle enquête menée fin 2008 auprès des salariés. De nouvelles questions dans l'enquête ESPS 2008 devraient également permettre, à l'horizon 2010, d'en savoir plus sur l'application de la Loi Evin datant de 1989, qui oblige les organismes complémentaires d'assurance maladie à faire une offre encadrée prolongeant le contrat collectif des salariés qui partent à la retraite ou qui sont licenciés.



IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - 10, rue Mauvenargues 75018 Paris
Tél. : 01 53 93 43 02/17 - Fax : 01 53 93 43 50 - Site : www.irdes.fr - Email : diffusion@irdes.fr
Directrice de la publication : Chantal Cases
Rédactrice en chef technique : Nathalie Meunier - Relectrice : Anna Marek
Correctrice : Martine Broïdo - Maquetiste : Franck-Severin Clément
ISSN : 1283-4769 - Diffusion par abonnement : 60 € par an - Prix du numéro : 6 € - 10 à 15 numéros par an.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, Rapport IRDES n° 1701.
 - Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé*, *Questions d'économie de la santé* (131).
 - Kambila-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), *Les contrats complémentaires individuels : quels poids dans le budget des ménages ?*, In Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, Rapport IRDES n° 1701.
 - Marical F., Saint Pol (de) T. (2007), *La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités*, *Insee Première* (1142).
 - Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006), *La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité*, *Questions d'économie de la santé* (112).
 - Couffignal A., Grandhès N., Grignon M., Rochereau T. (2004), *La complémentaire maladie d'entreprise. Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements*, *Questions d'économie de la santé* (83).
- Voir aussi
- Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2007), *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise*, *Questions d'économie de la santé* (126).
 - Franc C., Perronnin M. (2007), *Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS*, *Questions d'économie de la santé* (121).
 - Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006), *Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés*, *Questions d'économie de la santé* (115).
 - Lengagne P., Perronnin M. (2005), *Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursés par l'assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires*, *Questions d'économie de la santé* (100).
 - Couffignal A., Perronnin M. (2004), *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement - Enquêtes ESPS 2000 et 2002*, *Questions d'économie de la santé* (80).

ANNEXE 3 : ACS, INFORMATION DES CRAM



CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

Paris, le 20 septembre 2007

Madame, Monsieur,

Nous vous versons chaque mois une retraite. Nous vous écrivons aujourd'hui car vous ne connaissez peut-être pas une mesure récente : l'aide à la complémentaire santé.

Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ? C'est une assurance qui permet de mieux rembourser vos frais de santé, en plus de ce que prend déjà en charge la Sécurité sociale. Elle est payante mais il existe une aide pour réduire son coût.

Comment fonctionne cette aide ? C'est une réduction de 100 à 400 € dont vous pouvez bénéficier, ainsi que votre conjoint, sous certaines conditions.

Quelles sont les principales conditions ? Vous devez habiter en France de manière stable et régulière. De plus, les ressources de votre foyer ne doivent pas dépasser :

- 727,25 € par mois si vous vivez seul(e),
- 1090,83 € par mois si vous vivez à deux.

Cette aide varie en fonction du nombre et de l'âge des personnes de votre foyer.

Pour connaître les démarches à suivre et vous procurer le formulaire à remplir, adressez-vous à votre caisse d'assurance maladie (CPAM). Vous pouvez aussi consulter le site www.ameli.fr et télécharger le formulaire n° S 3715.

En espérant que cette aide pourra vous apporter un vrai soutien dans votre vie quotidienne, recevez, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

PJ : dépliant « Aide pour une complémentaire santé Mode d'emploi ».

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Gump', written over a horizontal line.

La direction de votre caisse de retraite

CNAV

www.retraite.cnnav.fr

ANNEXE 4 : ACS, CAMPAGNE CAF / CPAM

Annexe III

Votre NIR :

«Libellé» «Prénom» «Nom»
«Adresse»
«CP» «Ville»

27 mars 2008

Dossier suivi par « nom de l'agent CPAM »

«Libellé» «Prénom» «Nom»

Dans le cadre du dispositif visant à favoriser l'accès aux soins, votre caisse d'allocations familiales nous a informé que vous êtes susceptible, au regard du niveau de vos ressources, de bénéficier de l'Aide pour une Complémentaire Santé (A.C.S.).

Qu'est ce que l'Aide pour une Complémentaire Santé ?

Il s'agit d'une **réduction** sur le montant annuel de votre cotisation à une complémentaire santé. **Cette aide financière prend en charge une partie du coût de votre complémentaire santé actuelle ou de celle que vous choisirez de souscrire.**

A quoi sert une complémentaire santé ?

Une complémentaire santé vous permet de compléter les remboursements de l'Assurance Maladie en matière de frais médicaux, prothèses dentaires, optique ...

Quel est le montant de l'aide ?

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge des personnes couvertes :

- 100 € par personne couverte de moins de 25 ans,
- 200 € par personne couverte de 25 à 59 ans,
- 400 € par personne couverte de 60 ans ou plus.

Quelles sont les démarches à effectuer ?

Il vous suffit de retourner à votre caisse primaire d'Assurance Maladie :

- l'imprimé de demande complété et signé, joint à ce courrier,
- les pièces justificatives nécessaires¹, notamment celles relatives à votre résidence en France et aux ressources de votre foyer.

Pour l'étude de vos droits, je vous invite à nous transmettre ces documents **le plus rapidement possible**. En cas de décision favorable, vous recevrez une **attestation-chèque**.

En cas de difficultés, le Service Social de l'Assurance Maladie peut vous informer et vous accompagner dans vos démarches.

Le dépôt d'une demande d'aide pour une complémentaire santé ne vous engage pas à en souscrire une : si vous y avez droit, vous disposerez de 6 mois pour remettre, si vous le souhaitez, votre attestation-chèque à la complémentaire santé de votre choix afin de bénéficier de la réduction.

Je vous prie d'agréer, «Libellé» «Prénom» «Nom», l'expression de mes salutations distinguées.

Votre correspondant,

PJ : imprimé de demande « Aide pour une complémentaire santé »

¹ La liste des pièces justificatives nécessaires à l'étude de vos droits se trouve en page 4 de l'imprimé ci-joint

ANNEXE 5 : ACS, CAMPAGNE CAF / CPAM, DONNEES DE 3 CAISSES

	Grenoble	Hauts-de-Seine	Haute-Marne
Nombre courriers envoyés	9 900 courriers envoyés entre mars et septembre 2008	11 498 courriers envoyés avec un échelonnement sur juillet et mi septembre 2008.	2 096 courriers envoyés en juin 2008.
Impact éventuel du courrier sur les contacts physiques ou téléphoniques	Légère augmentation au niveau de l'accueil physique. Pas d'impact sur l'accueil téléphonique.	Fort impact sur l'accueil physique qui a plus que triplé entre août et septembre 2008 par rapport à la même période un an plus tôt, puis maintien à un niveau assez élevé. Quasiment pas d'impact sur l'accueil téléphonique	Afflux plus important d'assurés de juillet à septembre 2008, période habituellement moins surchargée. Peu d'impact sur l'accueil téléphonique.
Impact sur le nombre d'accords au global	Le nombre d'accords a augmenté de 20 % en 2008 par rapport à 2007 (+ 11 % entre 2006 et 2007).	Le nombre d'accords a augmenté de 59 % entre septembre et décembre 2008 par rapport à la même période un an plus tôt. La caisse souligne cependant qu'une augmentation des accords avait été constatée (+ 34 % entre le 1 ^{er} semestre 2008 / 1 ^{er} semestre 2007) : il peut s'agir d'une conséquence de la communication autour du chèque aide pour une complémentaire santé.	Le nombre d'accords a augmenté de 30 % entre juin et septembre 2008 par rapport à la même période un an plus tôt.
Le suivi des courriers et principaux résultats	Le taux de retour du courrier est de 20% (12% environ de NPAI). Les dossiers étudiés se répartissent de selon les décisions : Accords : 58,4 % ; CMU C : 9,6 % ; Refus: 32 %. 30% des dossiers ont été retournés pour demande de pièces complémentaires. Le courrier CAF a engendré environ 50 % des accords intervenus entre avril et juin 2008 (1 ^{er} envoi : AAH) 30 % des accords intervenus entre septembre et décembre 2008 (2 nd envoi : hors minima sociaux).	Le taux de retour du courrier est de 16,2 %. Les dossiers étudiés se répartissent de la manière suivante selon les décisions : Accords : 48,0 % ; CMU C : 16,9 % ; Refus : 35,1 %. 29 % des dossiers ont été retournés pour demande de pièces complémentaires. Le courrier CAF a engendré autour de 37 % des accords intervenus entre septembre et décembre 2008.	Le taux de retour du courrier CAF est de 21,5 %. Les dossiers étudiés se répartissent de la manière suivante selon les décisions : Accords : 69,3 % ; CMU : 4,4 % ; Refus : 26,2 %. 15 % des dossiers ont été retournés pour demande de pièces complémentaires. Le courrier CAF a engendré environ 35 % des accords intervenus entre juin et septembre 2008.

ANNEXE 6 : ACS, CNAMTS : PROGRAMME NATIONAL D'ACCOMPAGNEMENT

«Civilité» «NOM_____» «Prénom»
«Rue» «Nom_de_la_voie»
«CompAdresse»
«Code» «Ville»

Périgueux, le

«Civilité»,

Vous avez récemment bénéficié du chèque santé accordé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Dordogne.

Peut-être avez-vous des interrogations quant à son utilisation ?

Le service social de l'assurance maladie organise une réunion d'information au cours de laquelle vous pourrez échanger sur les questions liées à la couverture complémentaire santé.

Je vous présenterai :

- le chèque santé : mode de calcul, montant et durée .
- le centre d'examen de santé
- la campagne de dépistage du cancer du sein
- le choix du médecin traitant . .

Vous êtes invité (e) à participer à la réunion le :

(date et heure)

**Dans les locaux de l' AGENCE RETRAITE C.R.A.M. Aquitaine
81 rue Claude Bernard n° 24010 PERIGUEUX**

Si cette date ne vous convenait pas ou si vous ne pouvez pas vous déplacer, vous pouvez contacter par téléphone le service social au ☎ **05.53.35.62.94.**

Dans l'attente de vous rencontrer.

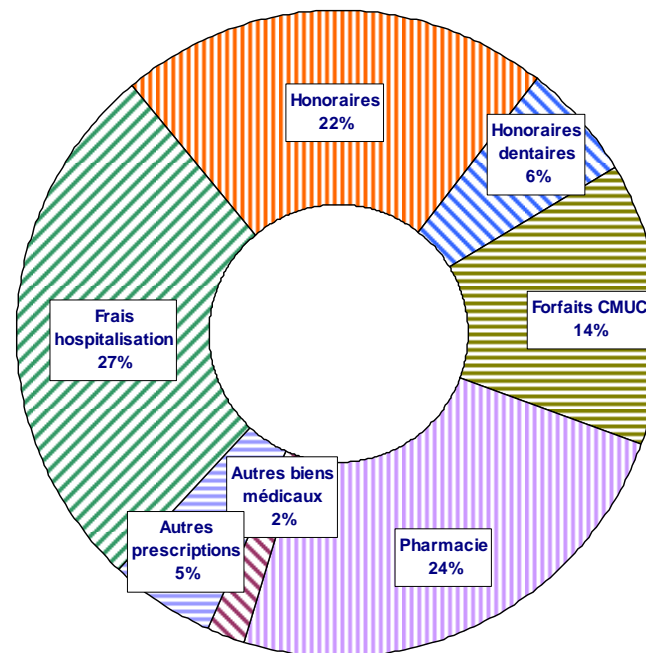
Veuillez agréer, «Civilité», l'expression de mes sincères salutations.

M.R
Assistante sociale

NB : les frais de déplacement sont à votre charge

ANNEXE 7 : STRUCTURE DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE

Répartition de la dépense CNAMTS en 2007				Répartition par postes de dépenses		
Effectifs – Moyenne sur l'année 2007		3 129 463		Modèle Comptes nationaux de la santé DREES		
	Total	1 266 546 784,10 €	Coût unitaire 404,72 €	N°Détail		
			Répartition	Prestation		
				Montant		
Ville	926 401 903,89 €	296,03 €	73,14%	7,8,9	Autres prescriptions	67 131 077 €
Hôpital	340 144 880,21 €	108,69 €	26,86%	10,11,12,13	Forfaits CMU-C	178 159 975 €
Ville	926 401 903,89 €	296,03 €	100,00%	3	Dentaire	73 525 820 €
Honoraires médicaux (1,2)	217 330 452,58 €	69,45 €	23,46%	6	Autres biens médicaux	26 921 872 €
Forfaits CMU (10,11,12,13)	178 159 975,49 €	56,93 €	19,23%	1,2,4	Honoraires	275 954 261 €
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	530 911 475,82 €	169,65 €	57,31%	5	Pharmacie	304 708 898 €
Hôpital	340 144 880,21 €	108,69 €	100,00%	14,15	Frais hospitalisation	340 144 880 €
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	232 434 066,29 €	74,27 €	68,33%	1 266 546 784 €		
Forfait hospitalier (15)	107 710 813,92 €	34,42 €	31,67%			
Détail	1 266 546 784,10 €	404,72 €	100,00%			
1 Honoraires des généralistes	143 520 977,42 €	45,86 €	11,33%			
2 Honoraires des spécialistes	73 809 475,16 €	23,59 €	5,83%			
3 Honoraires dentaires	73 525 820,31 €	23,49 €	5,81%			
4 Honoraires paramédicaux	58 623 808,03 €	18,73 €	4,63%			
5 Médicaments	304 708 898,12 €	97,37 €	24,06%			
6 Dispositifs médicaux	26 921 871,96 €	8,60 €	2,13%			
7 Analyse et biologie	48 769 019,38 €	15,58 €	3,85%			
8 Frais de transport	16 217 978,38 €	5,18 €	1,28%			
9 Autres prestations en nature	2 144 079,64 €	0,69 €	0,17%			
10 Forfaits proth. dentaires	137 251 783,79 €	43,86 €	10,84%			
11 Forfaits orthodontie	19 032 376,57 €	6,08 €	1,50%			
12 Forfaits optique médicale	20 391 829,96 €	6,52 €	1,61%			
13 Forfaits proth. auditives	1 483 985,17 €	0,47 €	0,12%			
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	232 434 066,29 €	74,27 €	18,35%			
15 Forfait journalier	107 710 813,92 €	34,42 €	8,50%			



Evolution de la dépense unitaire

CNAMTS Métropole		Dépense	Montants unitaires			Croissance	
		2007	2007	2006	2005	2007	2006
Effectifs			3 129 463	3 142 286	3 107 619	-0,41%	1,10%
Total		1 266 546 784,10 €	404,72 €	390,25 €	364,58 €	3,57%	6,58%
Ville		926 401 903,89 €	296,03 €	280,57 €	271,30 €	5,22%	3,30%
Hôpital		340 144 880,21 €	108,69 €	109,68 €	93,27 €	-0,91%	14,96%
Ville		926 401 903,89 €	296,03 €	280,57 €	271,30 €	5,22%	3,30%
Honoraires médicaux (1,2)		217 330 452,58 €	69,45 €	66,97 €	62,19 €	3,56%	7,14%
Forfaits CMU (10,11,12,13)		178 159 975,49 €	56,93 €	47,14 €	38,72 €	17,20%	17,86%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		530 911 475,82 €	169,65 €	166,45 €	170,39 €	1,88%	-2,36%
Hôpital		340 144 880,21 €	108,69 €	109,68 €	93,27 €	-0,91%	14,96%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)		232 434 066,29 €	74,27 €	79,31 €	64,11 €	-6,78%	19,16%
Forfait hospitalier (15)		107 710 813,92 €	34,42 €	30,37 €	29,16 €	11,77%	3,98%
Détail		1 266 546 784,10 €	404,72 €	390,25 €	364,58 €	3,57%	6,58%
1	Honoraires des généralistes	143 520 977,42 €	45,86 €	43,71 €	40,81 €	4,69%	6,65%
2	Honoraires des spécialistes	73 809 475,16 €	23,59 €	23,26 €	21,39 €	1,37%	8,06%
3	Honoraires dentaires	73 525 820,31 €	23,49 €	22,23 €	21,00 €	5,39%	5,51%
4	Honoraires paramédicaux	58 623 808,03 €	18,73 €	17,84 €	17,15 €	4,75%	3,91%
5	Médicaments	304 708 898,12 €	97,37 €	97,35 €	104,60 €	0,02%	-7,45%
6	Dispositifs médicaux	26 921 871,96 €	8,60 €	8,14 €	7,92 €	5,34%	2,70%
7	Analyse et biologie	48 769 019,38 €	15,58 €	15,33 €	15,10 €	1,60%	1,50%
8	Frais de transport	16 217 978,38 €	5,18 €	4,86 €	4,21 €	6,22%	13,31%
9	Autres prestations en nature	2 144 079,64 €	0,69 €	0,70 €	0,40 €	-1,87%	42,27%
10	Forfaits proth. dentaires	137 251 783,79 €	43,86 €	36,34 €	28,71 €	17,15%	20,99%
11	Forfaits orthodontie	19 032 376,57 €	6,08 €	4,14 €	3,48 €	31,99%	15,76%
12	Forfaits optique médicale	20 391 829,96 €	6,52 €	6,28 €	6,16 €	3,57%	1,96%
13	Forfaits proth. auditives	1 483 985,17 €	0,47 €	0,38 €	0,37 €	18,97%	4,45%
14	Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	232 434 066,29 €	74,27 €	79,31 €	64,11 €	-6,78%	19,16%
15	Forfait journalier	107 710 813,92 €	34,42 €	30,37 €	29,16 €	11,77%	3,98%

Source : CNAMTS

Comparatif du coût moyen par bénéficiaire des dépenses de CMU-C pour la CNAMTS, le RSI et la MSA en 2007

Métropole		CNAMTS	RSI	MSA	CNAMTS/RSI	CNAMTS/MSA
Effectifs		3 129 463	141 457	113 263		
Total		404,72 €	317,22 €	366,49 €	78,38%	90,55%
Ville		296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Hôpital		108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%
Ville		296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Honoraires médicaux (1,2)		69,45 €	61,44 €	65,54 €	88,48%	94,37%
Forfaits CMU (10,11,12,13)		56,93 €	49,85 €	60,34 €	87,56%	105,99%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		169,65 €	146,48 €	167,04 €	86,35%	98,46%
Hôpital		108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)		74,27 €	44,38 €	47,83 €	59,76%	64,40%
Forfait hospitalier (15)		34,42 €	15,06 €	25,74 €	43,77%	74,79%
Détail		404,72 €	318,35 €	366,50 €	78,66%	90,56%
1	Honoraires des généralistes	45,86 €	33,52 €	44,55 €	73,10%	97,15%
2	Honoraires des spécialistes	23,59 €	27,92 €	20,99 €	118,38%	88,98%
3	Honoraires dentaires	23,49 €	23,34 €	25,66 €	99,33%	109,24%
4	Honoraires paramédicaux	18,73 €	14,86 €	17,57 €	79,32%	93,78%
5	Médicaments	97,37 €	83,78 €	94,00 €	86,04%	96,55%
6	Dispositifs médicaux	8,60 €	8,27 €	9,02 €	96,18%	104,83%
7	Analyse et biologie	15,58 €	14,70 €	15,52 €	94,33%	99,60%
8	Frais de transport	5,18 €	2,22 €	5,00 €	42,93%	96,53%
9	Autres prestations en nature	0,69 €	0,44 €	0,27 €	64,38%	39,12%
10	Forfaits proth. dentaires	43,86 €	38,11 €	48,27 €	86,90%	110,06%
11	Forfaits orthodontie	6,08 €	4,88 €	5,79 €	80,19%	95,27%
12	Forfaits optique médicale	6,52 €	6,42 €	5,77 €	98,48%	88,52%
13	Forfaits proth. auditives	0,47 €	0,44 €	0,51 €	92,76%	107,13%
14	Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	74,27 €	44,38 €	47,83 €	59,76%	64,40%
15	Forfait journalier	34,42 €	15,06 €	25,74 €	43,77%	74,79%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Comparatif du coût moyen par bénéficiaire des dépenses de CMU-C pour la CNAMTS, le RSI et la MSA en 2007

Métropole		CNAMTS	RSI	MSA	CNAMTS/RSI	CNAMTS/MSA
Effectifs		3 129 463	141 457	113 263		
Total		404,72 €	317,22 €	366,49 €	78,38%	90,55%
Ville		296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Hôpital		108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%
Ville		296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Honoraires médicaux (1,2)		69,45 €	61,44 €	65,54 €	88,48%	94,37%
Forfaits CMU (10,11,12,13)		56,93 €	49,85 €	60,34 €	87,56%	105,99%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		169,65 €	146,48 €	167,04 €	86,35%	98,46%
Hôpital		108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)		74,27 €	44,38 €	47,83 €	59,76%	64,40%
Forfait hospitalier (15)		34,42 €	15,06 €	25,74 €	43,77%	74,79%
Détail		404,72 €	318,35 €	366,50 €	78,66%	90,56%
1	Honoraires des généralistes	45,86 €	33,52 €	44,55 €	73,10%	97,15%
2	Honoraires des spécialistes	23,59 €	27,92 €	20,99 €	118,38%	88,98%
3	Honoraires dentaires	23,49 €	23,34 €	25,66 €	99,33%	109,24%
4	Honoraires paramédicaux	18,73 €	14,86 €	17,57 €	79,32%	93,78%
5	Médicaments	97,37 €	83,78 €	94,00 €	86,04%	96,55%
6	Dispositifs médicaux	8,60 €	8,27 €	9,02 €	96,18%	104,83%
7	Analyse et biologie	15,58 €	14,70 €	15,52 €	94,33%	99,60%
8	Frais de transport	5,18 €	2,22 €	5,00 €	42,93%	96,53%
9	Autres prestations en nature	0,69 €	0,44 €	0,27 €	64,38%	39,12%
10	Forfaits proth. dentaires	43,86 €	38,11 €	48,27 €	86,90%	110,06%
11	Forfaits orthodontie	6,08 €	4,88 €	5,79 €	80,19%	95,27%
12	Forfaits optique médicale	6,52 €	6,42 €	5,77 €	98,48%	88,52%
13	Forfaits proth. auditives	0,47 €	0,44 €	0,51 €	92,76%	107,13%
14	Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	74,27 €	44,38 €	47,83 €	59,76%	64,40%
15	Forfait journalier	34,42 €	15,06 €	25,74 €	43,77%	74,79%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

ANNEXE 8 : ORDRE DES MEDECINS, CIRCULAIRE DU 11 JUILLET 2008

Mesdames et Messieurs les Président(e)s
des conseils départementaux

Circulaire n° 2008-053
Section Exercice Professionnel
WVJ/Jfd
tél : 01 53 89 32 85
Mots-clés : Accès aux soins

Paris, le 11 juillet 2008

Madame, Monsieur le Président et cher confrère,

Comme vous le savez, la prise en charge des patients bénéficiaires de la CMU-C suscite des difficultés bien que celles-ci soient difficiles à recenser.

Il est primordial que le Conseil de l'Ordre des médecins continue à assumer sur cette question de l'accès aux soins ses responsabilités et accompagne, comme il l'a toujours fait, les patients les plus démunis.

Pour ce faire et pour éviter un règlement non professionnel d'un problème relevant de la seule déontologie, le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite sensibiliser les conseils départementaux sur la nécessité d'un traitement spécifique des questions relatives au refus de soins de patients bénéficiaires de la CMU-C.

I – Implication des conseils départementaux dans un dispositif local de gestion des incidents relatifs au refus de soins

1° En lien avec les caisses d'assurance maladie

Toutes les plaintes ou doléances, écrites ou orales, de patients bénéficiaires de la CMU-C auprès des caisses d'assurance maladie vont faire l'objet d'une prise en charge par les conciliateurs de caisses. Ceux-ci entendront patients et confrères mis en cause pour apprécier la réalité des faits reprochés.

Sur la base de cette appréciation, le directeur de la caisse saisira en tant que de besoin le conseil départemental d'une plainte disciplinaire qu'il appartiendra à celui-ci de traiter comme toute plainte avec diligence et vigilance.

Cette procédure et l'intervention du conciliateur de caisse, malgré la confusion qu'elle peut générer et la lourdeur administrative des incidents qu'elle introduit, pourra être utilisée dans le cadre de l'instruction menée par les instances ordinales sur le plan ordinal et disciplinaire (et non plus sur le plan conventionnel) de faits constatés de refus de soins.

Le conseil départemental et/ou la chambre disciplinaire pourront donc être amenés dans le cadre du traitement de la plainte à entendre le conciliateur ou le directeur de la caisse.

Vous trouverez, ci-joint, la circulaire adressée par la CNAMTS aux caisses primaires d'assurance maladie à l'occasion de la mise en place de cette procédure.

Nous attirons votre attention ainsi que celle de nos confrères sur les modalités particulières de cette procédure lorsque le praticien concerné souhaite apporter des éléments d'ordre médical justifiant son comportement. Dans cette hypothèse, afin que soit respecté le secret médical, le praticien ne doit pas porter qu'à la connaissance d'un médecin du service médical et non au conciliateur ; simultanément, il informe le conciliateur qu'il transmet ces informations au médecin-conseil.

Exposé des motifs

« Des travaux récents ont mis en évidence l'existence de refus de soins, dont sont victimes, principalement, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) consultant des professionnels de santé de secteur II.

Plusieurs dispositions notamment déontologiques encadrent et répriment d'ores et déjà le refus de soins mais il est nécessaire d'interdire très clairement cette discrimination financière ou sociale à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale d'État (AME). C'est l'objet de la première partie de l'article.

Afin de faciliter la preuve du refus de soins, il est proposé d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés. Cette mesure permettra, notamment, aux caisses d'assurance maladie de recourir à la procédure du test aléatoire, de façon encadrée et certifiée par la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), afin d'en faire un moyen supplémentaire de preuve.

Les directeurs de caisse pourront ainsi sanctionner directement les professionnels par des pénalités financières après avis de la commission des pénalités.

D'autres actions seront engagées pour lutter contre la pratique des refus de soins et notamment le recensement par les caisses des 5 % de professionnels recevant la plus faible part de bénéficiaires de la CMU-C parmi leurs patients ainsi que l'attribution aux comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé placé auprès de chaque agence régionale de santé (ARS), d'une mission de suivi de l'accès aux soins ».

Article 18 du projet de loi Hôpital-patients-santé-territoires (texte initial)

I. – L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinaire compétente, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

« Le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. »

II. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-14, les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure » sont supprimés ;

2° Il est inséré après l'article L. 162-1-14 un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-1. – Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, peut consister en :

« – une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« – une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

« – en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article font l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »

III. – La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

ANNEXE 10 : SYNTHÈSE RECAPITULATIVE DES PROPOSITIONS

Proposition : les résultats du rapport prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS doivent continuer de servir de base aux réflexions sur l'évolution du dispositif et, en particulier, celles ayant trait au montant de l'aide.

Proposition : prévoir, par décret, un abattement spécifique sur les indemnités chômage perçues avant le passage à l'ASS.

Proposition : évaluer l'impact du forfait logement et la pertinence de son maintien.

Proposition : prévoir un abattement sur le montant de l'ASPA pris en compte dans les ressources ACS afin que l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA bénéficient du dispositif.

Proposition : demander à la CNAMTS de préciser davantage le champ d'intervention de son action sociale. La situation spécifique des plus âgés, mise en évidence dans le rapport 2008 relatif au prix et au contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, appelle une attention particulière.

Proposition : mettre en œuvre des échanges d'informations dématérialisées entre la CNAF et la CNAMTS sur les nouveaux bénéficiaires potentiels de l'ACS relevant des dispositifs AAH, allocations logement et API, à l'instar de ceux entre la CNAMTS et la CNAVTS s'agissant des bénéficiaires isolés de l'ASPA.

Proposition : effectuer un retour sur les bénéficiaires potentiels n'ayant pas donné suite aux campagnes « CRAM-CPAM » et « CAF-CPAM », avec un courrier adapté selon que la personne a ou non déjà une couverture complémentaire santé.

Proposition : rendre systématique une relance par les caisses des bénéficiaires d'attestations ACS couverts par une complémentaire santé et qui n'ont pas remis cette attestation à leur OC.

Proposition : s'assurer que l'ensemble des OC a mis en place des mesures concrètes de formation des personnels en relation avec le public (agents d'accueil, commerciaux, etc.) sur le dispositif ACS.

Proposition : adapter le panier de soins en y ajoutant des forfaits de prises en charge particuliers pour des soins non pris en charge par l'assurance maladie.

Proposition : introduire un indicateur de suivi des refus de soins dans la loi de finances de l'Etat ou dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Proposition : donner juridiquement une valeur probante au testing et ouvrir la possibilité de sanction directe par la caisse.

Proposition : aboutir, dans le cadre des négociations conventionnelles, à une revalorisation des consultations des bénéficiaires de la CMU-C.

Proposition : mutualiser les moyens de contrôle au sein d'une cellule nationale, pour des cas de fraude impliquant des recherches complexes.

Proposition : cibler des points de contrôle complémentaires en fonction des circonstances, afin d'éviter des contrôles systématiques chronophages.

Proposition : encourager la concertation entre les organismes locaux, lorsque plusieurs caisses ou plusieurs branches sont concernées par les fraudes commises par une même personne.

Proposition : favoriser tous les échanges, au niveau local, entre l'ensemble des acteurs concernés par la fraude.

Proposition : introduire dans la prochaine COG CNAMTS / Etat un indicateur spécifique pour la délivrance de la carte Vitale aux bénéficiaires de la CMU.

Proposition : mettre en place le Cerfa électronique d'ici le premier semestre 2010.

Proposition : dans le cadre de la CMU complémentaire, inciter les caisses d'assurance maladie à effectuer des actions pédagogiques en direction des professionnels de santé et des bénéficiaires du dispositif.