



VII^{ème} RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA LOI CMU

2016

RÉALISÉ PAR LE
FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE
EN APPLICATION DE LA LOI N° 99-641
DU 27 JUILLET 1999

Sommaire

Remerciements	6
Synthèse	7
1. Après huit années de crise, les aides au financement des complémentaires santé pour les personnes pauvres demeurent essentielles	15
1.1. La pauvreté s'est accrue en France depuis 2008	15
1.1.1. Depuis 2008, le niveau de vie s'est dégradé et le nombre de personnes pauvres a augmenté	15
1.1.2. Les personnes en situation de pauvreté présentent un état de santé dégradé par rapport au reste de la population	20
1.2. L'assurance complémentaire pour les personnes pauvres demeure essentielle	23
1.2.1. L'assurance complémentaire joue un rôle majeur dans la prise en charge des frais médicaux en France	23
1.2.2. L'assurance complémentaire limite les dépenses directes des patients	26
1.2.3. L'absence de complémentaire santé concerne d'abord les plus modestes	30
2. La CMU-C et l'ACS contribuent à la généralisation de la complémentaire santé au sein des populations précaires	32
2.1. Présentation des dispositifs	32
2.2. Les bénéficiaires de la CMU-C	39
2.2.1. Une population jeune et féminine, principalement affiliée au régime général	40
2.2.2. Une population fortement représentée dans les DOM, le Nord, le Sud et certains départements de la région parisienne	42
2.2.3. Les bénéficiaires de la CMU-C choisissent majoritairement leur caisse d'assurance maladie pour gérer leurs droits	44
2.2.4. L'évolution des bénéficiaires de la CMU-C au titre du RSA socle	48
2.3. Les bénéficiaires de l'ACS	49
2.3.1. La structure par âge de la population ayant obtenu une attestation ACS est comparable à celle la population française	49
2.3.2. Des bénéficiaires de l'ACS fortement représentés dans les DOM, le Nord, le Sud et une partie du Centre	51
2.4. Un état de santé des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C plus dégradé que la moyenne	53
2.4.1. L'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS	53
2.4.2. L'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C	55
3. L'évolution des dispositifs en faveur d'un meilleur accès aux droits et aux soins	61
3.1. Les évolutions législatives et réglementaires depuis 2013	61
3.1.1. Les mesures visant à favoriser le recours aux soins et aux droits	61
3.1.2. Les mesures visant à la simplification des dispositifs	63
3.1.3. Les mesures relatives au financement des dispositifs	65
3.1.4. Les autres mesures visant à la généralisation de la complémentaire santé	66
3.2. La mesure de revalorisation des plafonds issue du plan pauvreté	67
3.2.1. Bilan de 2013 à 2015	67
3.2.2. Analyse des entrées liées à la mesure sur un échantillon de 10 CPAM	68
3.3. L'évolution de la CMU-C	72

3.3.1. Évolution des effectifs et des dépenses	72
3.3.2. Révisions du panier de soins : bilan de la revalorisation audioprothèse et perspectives pour les soins dentaires	85
3.4. L'évolution des effectifs de bénéficiaires de l'ACS	94
3.4.1. Les effectifs ont doublé depuis 2010	94
3.4.2. Refus et renouvellements : de nouvelles tendances semblent se dessiner en 2016	95
3.5. Un bilan nettement positif de la réforme de l'ACS	97
3.5.1. Un dispositif réformé depuis le 1 ^{er} juillet 2015 avec des avantages désormais proches de ceux de la CMU-C	97
3.5.2. Une progression des effectifs soutenue, malgré le basculement sur l'ACS rénovée	99
3.5.3. Un dispositif davantage utilisé par les plus âgés	101
3.5.4. Un niveau de garantie plus élevé et une baisse significative du prix des contrats et du taux d'effort	105
3.5.5. La valorisation de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs	109
4. Des difficultés subsistantes d'accès aux droits et les actions pour y remédier	114
4.1. Un non-recours aux dispositifs persistant, Malgré les actions mises en œuvre	114
4.1.1. Un taux de recours à la CMU-C stable et qui demeure faible pour l'ACS	114
4.1.2. Une part importante de la population en situation de pauvreté non couverte	115
4.1.3. Les jeunes adultes en situation de pauvreté ont peu recours à la CMU-C	117
4.1.4. Le recours aux aides est plus marqué dans les départements où la densité de la pauvreté est importante	117
4.2. Les raisons du non-recours et les actions mises en œuvre	119
4.2.1. Le non-recours à la CMU-C est plutôt dû à un phénomène de non demande qu'à une méconnaissance du dispositif	119
4.2.2. Le non recours à l'ACS est expliqué par la complexité des démarches, une incompréhension globale du dispositif et des droits qui y sont attachés	125
4.2.3. Un nécessaire effort de simplification et d'accompagnement	130
4.2.4. Les actions de promotion de l'ACS	131
4.2.5. Les actions d'accompagnement des publics fragiles	133
4.2.6. Les actions de simplification	148
4.2.7. Les simplifications apportées par la réforme PUMA	152
4.2.8. Les actions en faveur du juste recours : le programme de contrôle des ressources des caisses d'assurance maladie	153
4.3. Les refus de soins : des pratiques qui demeurent difficilement quantifiables	155
4.3.1. Les derniers bilans des refus de soins	157
4.3.2. « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination », une analyse des discours des médecins et des dentistes	159
5. Dans un contexte budgétaire contraint, les perspectives de long terme du financement des aides sont incertaines	164
5.1. La progression de la taxe de solidarité additionnelle ralentit	164
5.1.1. La taxe de solidarité additionnelle représente 85% des recettes du Fonds CMU-C en 2015	164
5.1.2. Un ralentissement de la progression de l'assiette semble se dessiner à partir de 2015	164
5.1.3. Un enjeu financier du contrôle plus que doublé avec la mise en place de la TSA fusionnée	170
5.2. Les charges du Fonds CMU-C s'élevent à plus de 2,4 milliards d'euros	174
5.2.1. Les dépenses de CMU-C, financées « au réel », représentent 2,1 Md€	174
5.2.2. Près de 300 M€ de déductions aux organismes complémentaires au titre des dépenses d'ACS	175
5.2.3. Les remboursements aux organismes complémentaires créditeurs relèvent désormais de l'URSSAF	176
5.3. Un équilibre financier assuré à court terme	177
5.3.1. L'équilibre financier du Fonds CMU-C serait assuré en 2017 et 2018	177

5.3.2. L'affectation d'une part plus importante de TSA au Fonds CMU-C en 2017	178
5.3.3. Un certain nombre de facteurs pourraient influencer significativement la trajectoire des comptes du fonds	179
Conclusion	181
Propositions	183
Pistes de travail	185
Glossaire	186
Annexes	188
Annexe 1. Lettre de mission	189
Annexe 2. Les évolutions législatives et réglementaires de 2014 à 2016	191

Encadrés

Encadré 1 – Plafonds d'attribution à la CMU-C/AME et à l'ACS, forfaits logement et montant de l'ACS36	
Encadré 2 – Montant des minima sociaux au 1 ^{er} septembre 2016	37
Encadré 3 – Les effets de la CMU-C sur le recours aux soins	56
Encadré 4 – Le recours aux soins à la Réunion	56
Encadré 5 – La consommation de soins et la mortalité des bénéficiaires de la CMU-C dans les Dom	60
Encadré 6 – Les onze offres sélectionnées pour gérer les contrats ACS	98
Encadré 7 – La mise en œuvre du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS	99
Encadré 8 – Les actions pour favoriser le basculement des bénéficiaires de l'ACS	101
Encadré 9 – Les premiers travaux de la DREES sur la prise en compte de l'opposabilité des tarifs	110
Encadré 10 – L'effet de la prise en compte de la chambre particulière dans la classification DREES des contrats ACS	113
Encadré 11 – Etude ODENORE sur le non-recours à la CMU-C : Valeurs statistiques de l'échantillon constitué	120
Encadré 12 – Motifs du non-recours à la CMU-C parmi les allocataires du RSA socle	124
Encadré 13 – Les actions de la Croix-Rouge française pour améliorer le recours aux dispositifs	125
Encadré 14 – La loi relative à l'égalité et à la citoyenneté : le suivi de santé des jeunes de 16 à 25 ans	137
Encadré 15 – Focus sur la PASS-O : la permanence d'accès aux soins de santé en milieu ophtalmologique du centre Edmond de Rothschild	139
Encadré 16 – Le traitement du renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA par les caisses de MSA	150
Encadré 17 – Des évolutions annuelles brutes de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle à interpréter avec précaution	165
Encadré 18 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des OC	169

Remerciements

L'équipe du Fonds CMU-C remercie l'ensemble des organismes ayant apporté leur collaboration à l'élaboration de ce rapport.

■ Les organismes nationaux :

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES
- Le Défenseur des droits
- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé - IRDES
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS
- Régime social des indépendants - RSI
- Caisse centrale de mutualité sociale agricole - CCMSA
- Caisse nationale d'allocations familiales – CNAF
- Union nationale des centres communaux d'action sociale - UNCCAS
- Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire – UNOCAM
- Le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique – SGMAP

■ Les fédérations :

- Fédération nationale de la mutualité française - FNMF
- Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA
- Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA
- Centre technique des institutions de prévoyance – CTIP

■ Les ordres

- Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes – CNOD
- Conseil national de l'ordre des médecins - CNOM

■ Les associations

- ATD Quart Monde
- La Croix Rouge Française
- Médecins du Monde
- Secours catholique
- Union nationale des associations familiales – UNAF

■ Les organismes locaux de sécurité sociale

- CPAM de Bobigny
- CGSS de la Martinique
- Caisse d'allocations familiales des Yvelines

■ Les organismes complémentaires

- Harmonie Mutuelle

■ Autres organismes

- Centre communal d'action sociale – CCAS
- Centre intercommunal d'action sociale - CIAS
- Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services - ODENORE

Synthèse

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 crée une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie (CMU de base) ainsi qu'un droit à une assurance complémentaire santé pour les personnes les plus démunies (CMU complémentaire).

Il est prévu que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation sur l'application des dispositions de cette loi. L'élaboration du VII^{ème} rapport a été, à l'instar des précédents, confiée au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C) par lettre de mission du directeur de la sécurité sociale (cf. Annexe 1 Lettre de mission).

Ce VII^{ème} rapport d'évaluation s'inscrit dans un contexte nettement différent de celui du dernier rapport paru en 2014. Sont intervenues depuis des mesures visant à simplifier, à généraliser l'accès aux soins pour tous et à réduire les inégalités d'accès aux soins. Cependant, l'accès aux soins des populations les plus défavorisées, auquel contribuent les aides à la complémentaire santé financées par le Fonds CMU-C, reste un enjeu majeur au regard de la persistance de la crise économique et de la précarité sociale associée au chômage.

Renforcement du rôle central des aides à la complémentaire santé pour les plus démunis

Selon la dernière estimation¹ du taux de pauvreté fournie par l'INSEE, ce dernier s'établit à 14,3 % en 2015, soit 0,3 point de plus qu'en 2013. Depuis le début de la crise, entre 2008 et 2015, ce taux aura progressé de 1 point, avec parallèlement une hausse de l'intensité de la pauvreté. Les inégalités d'accès aux soins persistent et ce sont toujours les plus démunis qui renoncent davantage aux soins : diverses études récentes (DREES, IRDES) ont confirmé que leurs restes à charge en matière de frais de santé, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sont proportionnellement plus importants que pour les autres ménages. Ces restes à charge peuvent atteindre dans certains cas des niveaux très élevés, pour les soins de ville comme pour les soins dispensés à l'hôpital. Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire santé, qui ne concerne que 5 % de la population française, touche surtout les plus modestes.

¹ Estimation avancée parue début décembre 2016, reposant sur une méthode de simulation. Le taux de pauvreté pour 2015 sera définitivement connu en septembre 2017.

Dans ce contexte, les aides à la couverture complémentaire santé conservent un rôle central pour le financement des frais de santé des personnes démunies. La CMU-C, complémentaire gratuite pour les plus démunis et l'ACS, aide financière à la souscription d'un contrat de complémentaire santé, contribuent en effet à la généralisation de la couverture. Comme l'a notamment souligné la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C de juin 2015, « La CMU-C a contribué à hauteur de cinq points à l'augmentation de la part de la population couverte par une complémentaire santé entre 1999 et 2010 (où elle a atteint 95 %) et procure des prestations complémentaires élevées (accès à un « panier de soins » étendu et de bon niveau) ».

Évolution du contexte réglementaire depuis 2014

La CMU-C offre aux personnes dont les revenus individuels sont inférieurs à 721 € par mois en 2016², et résidentes en France de manière stable et régulière, une complémentaire santé gratuite (prise en charge du ticket modérateur, couverture de certains dépassements pour les soins les plus coûteux, exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1€, etc.).

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, est une aide financière à la souscription d'un contrat de complémentaire santé privé, modulée selon l'âge et la composition familiale. Elle a pour objet initial de lisser l'effet de seuil pour les personnes dont les revenus sont un peu supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C mais restent peu élevés (entre 721 € et 973 € par mois pour une personne seule en 2016). Elle vise ainsi à améliorer l'accès aux soins des personnes non couvertes par la CMU-C et sans couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise. Jusqu'en 2015, l'effet de seuil restait toutefois important par rapport à la CMU-C. Les bénéficiaires de l'ACS étaient confrontés à une forte diversité des contrats, rendant quasi impossible un choix éclairé, à des niveaux de garantie offerts nettement inférieurs au reste du marché, à des restes à charge significatifs sur le prix d'acquisition du contrat et sur les prestations.

Pour pallier ces inconvénients, l'ACS a été réformée au 1^{er} juillet 2015. Sont désormais éligibles à l'aide trois types de contrats d'assurance sélectionnés par l'État dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence

² Pour une personne seule en France métropolitaine.

des organismes complémentaires. Les contrats sélectionnés comportent tous un socle commun de prise en charge du ticket modérateur et de prise en charge intégrale sans limitation de durée du forfait journalier à l'hôpital et en établissement psychiatrique, comme pour la CMU-C. Un deuxième étage de couverture, variable selon le contrat, s'ajoute à ce socle pour les soins les plus coûteux (optique, prothèses dentaires et audioprothèses). Les contrats A « d'entrée de gamme » et B « de gamme intermédiaire » permettent la couverture d'une partie des soins prothétiques dentaires et des frais d'optique ; la prise en charge des audioprothèses est prévue dans le contrat C de gamme supérieure.

D'autres avantages sont par ailleurs accordés en 2015 aux bénéficiaires de l'ACS (bénéfice du tiers payant intégral en cas de souscription d'un contrat éligible au dispositif, exonération des franchises médicales et participations forfaitaires dès obtention du droit) ; ils viennent compléter l'interdiction des dépassements d'honoraires introduite en 2013. L'ACS présente ainsi désormais des avantages connexes similaires à la CMU-C.

A noter de manière plus globale, parmi les réformes d'ampleur en matière de prise en charge des frais de santé, l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 de la protection universelle maladie (Puma) qui garantit la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie obligatoire à toute personne qui réside en France de façon stable et régulière et/ou y exerce une activité professionnelle. Cette réforme « absorbe » de fait la CMU de base et renforce l'universalisation de la prise en charge des frais de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire, en simplifiant les démarches pour les assurés, en garantissant la continuité des droits lors des changements de situation professionnelle, et en supprimant la notion d'ayant-droit majeur³. Cette réforme est sans incidence sur la CMU complémentaire et sur l'ACS, dont le droit et les conditions d'ouverture sont inchangés.

L'année 2016 est aussi l'année de mise en place de l'obligation de couverture complémentaire en santé collective pour tous les salariés, conformément aux dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, qui transpose les termes de l'accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013.

³ Le présent rapport n'a pas vocation à étudier les incidences de cette réforme, qui de fait, ne modifie pas le niveau des droits pour les assurés.

Des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en moins bon état de santé que le reste de la population

Fin juin 2016, 6,9 millions de personnes bénéficiaient d'une aide à la complémentaire santé financée par le Fonds CMU-C, soit 5,5 millions de la CMU-C et 1,4 million d'une attestation ACS.

Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS relèvent en majorité du régime général, compte tenu du poids de ce régime dans l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Leur profil d'âge est cependant différent : les assurés qui bénéficient de la CMU-C sont beaucoup plus jeunes que les bénéficiaires de l'ACS. Les personnes de plus de 60 ans représentent en effet moins de 10 % des bénéficiaires de la CMU-C, les personnes retraitées qui perçoivent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'étant généralement pas éligibles à la CMU-C du fait de leur niveau de ressources. Elles sont en revanche éligibles à l'ACS, le plafond de l'ASPA étant inférieur au plafond de l'ACS.

L'étude publiée par la CNAMTS dans son rapport charges et produits 2016 montre que l'état de santé des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C est nettement plus dégradé que celui de la population du régime général. À structure d'âge et de sexe comparable, ils sont plus exposés au risque de pathologies lourdes, en particulier les bénéficiaires de l'ACS qui perçoivent l'AAH ou une pension d'invalidité. Ces résultats suggèrent que les dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS reflètent les seules dépenses correspondant à leurs réels besoins en santé, et infirment l'hypothèse d'une surconsommation de soins.

Progression constante du nombre de bénéficiaires (6,9 millions en 2016)

Le nombre important de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS résulte d'une progression continue depuis la mise en place de ces dispositifs, liée à la fois à la dégradation de la situation économique, qui s'est traduite par une hausse de la pauvreté, et aux politiques actives mises en œuvre pour étendre l'accès à ces dispositifs.

Au cours des cinq dernières années, les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ont progressé de 25 %, ceux ayant obtenu une attestation ACS ont plus que doublé. Pour l'ACS comme pour la CMU-C, l'ampleur de cette croissance résulte principalement de la hausse excep-

tionnelle de 7 %⁴ des plafonds de juillet 2013 inscrite dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Elle s'est traduite par près de 1 million d'entrées supplémentaires dans les deux dispositifs.

Pour autant, la dépense de santé des bénéficiaires de la CMU-C (pour la partie complémentaire de cette dépense) évolue à un rythme inférieur à celui de la dépense de l'ensemble des assurés du régime général. Le comparatif sur trois ans entre la dépense de ville au régime général au titre du ticket modérateur et la dépense CMU-C au même titre, montre que la trajectoire d'évolution de la dépense prise en charge pour la part CMU-C est parallèle à celle de la dépense de l'ensemble de la population, avec toutefois un rythme d'évolution généralement inférieur pour la dépense CMU-C. Ainsi, la dépense de CMU-C semble globalement obéir aux mêmes déterminants que la dépense de santé dans son ensemble.

Amélioration des « paniers de soins » pris en charge

S'agissant de la CMU-C, le panier des soins pris en charge a été revalorisé pour certains soins (audioprothèses en 2014) alors que d'autres prises en charge sont restées quasiment inchangées, en particulier celles relatives aux soins dentaires prothétiques qui n'ont pas fait l'objet de négociations depuis 2006. La lettre de mission confiant au Fonds CMU-C l'élaboration du rapport d'évaluation de la loi CMU met l'accent sur l'étude du panier de soins dentaire pris en charge dans le cadre de la CMU-C.

Sur fond de préparation de la nouvelle convention des chirurgiens-dentistes, des scénarios d'évolution du panier de soins ont été élaborés par le Fonds CMU-C à partir de données fournies par la CNAMTS et la CCMISA. Certains de ces scénarios ont pu constituer des propositions d'évolution répondant à la fois à une meilleure prise en charge des soins prothétiques et aux attentes des professionnels (accroissement de la prise en charge des couronnes métalliques dentoportées ainsi que des actes de réparation des prothèses). Les changements proposés se situaient à périmètre constant du panier de soins existant quoiqu'un élargissement du panier de soins dentaires ait pu être envisageable par ailleurs, afin de prendre en compte un certain nombre de soins parodontiques.

Ces premiers scénarios ont permis de poser les bases d'une réflexion, qui a abouti en mars 2017 à une re-

fonte globale du panier de soins dentaires CMU-C (hausse des montants pris en charge au titre de la CMU-C et des tarifs plafonds des actes du panier applicables par les chirurgiens-dentistes, et introduction de nouveaux actes ; cf. arrêtés du 29 mars et du 19 avril 2017). Autre avancée majeure, les tarifs plafonds opposables du panier de soins dentaires CMU-C seront applicables aux bénéficiaires de l'ACS, ce qui permettra de limiter ou d'annuler leurs restes à charge sur ces soins.

En ce qui concerne l'ACS, la réforme de juillet 2015 s'est traduite par une amélioration de la qualité de la couverture santé. Dans son dernier rapport annuel sur l'ACS, le Fonds CMU-C dresse le premier bilan de la réforme de l'ACS. Fruit d'un travail de collaboration entre le Fonds CMU-C et les organismes complémentaires, ce rapport a été réalisé grâce aux données de qualité fournies par les 11 groupements d'organismes gestionnaires des contrats sélectionnés. Une concertation avec les organismes a également permis d'affiner l'analyse.

Le passage de l'ancien dispositif, caractérisé par une multitude de contrats souscrits auprès de multiples assureurs, au nouveau dispositif circonscrit à un nombre limité d'organismes et d'offres éligibles à l'ACS, s'est effectué sans difficulté apparente. Le risque « d'évaporation » d'une partie de la population des utilisateurs de l'ACS, souligné par la Cour des comptes dans son rapport de 2015 sur le Fonds CMU-C, ne s'est pas réalisé. Les campagnes de communication, les documents d'information fournis aux bénéficiaires de l'ACS, la mise en place du site www.info-acs.fr, le comparateur des offres mis en ligne par le Fonds CMU-C, la mission d'information des bénéficiaires confiée aux assureurs, la possibilité d'utiliser le reliquat d'ACS lors du passage à un nouveau contrat... ont permis d'assurer avec succès le basculement des bénéficiaires vers les nouveaux contrats.

Les bénéficiaires se sont tournés vers des contrats de meilleure qualité. Ils ont opté majoritairement pour les contrats de gamme supérieure ou de gamme intermédiaire (C et B). Au regard de la typologie usuelle de la DREES qui classe les principaux contrats de complémentaire santé individuels sur une échelle à 5 niveaux (du meilleur niveau de garantie A au moins bon niveau E), les contrats ACS étaient classés en D et E avant réforme (80 % des contrats). Ils sont désormais majoritairement en C et D.

L'amélioration des niveaux de garantie s'accompagne d'une baisse du prix moyen des contrats significative (-

⁴ En plus de l'inflation, soit au total une hausse totale de 8,3 % du plafond de ressources.

10 %) dont le corollaire immédiat est la baisse des restes à charge des ménages à l'acquisition du contrat de complémentaire santé. Ce reste à charge a baissé de 25 % ; l'ACS finance aujourd'hui 62 % du coût d'un contrat contre 55 % avant réforme. Les prix sont plus faibles et les restes à charge moins importants quel que soit l'âge du bénéficiaire et le niveau de garantie souscrit (y compris pour le contrat C).

Par ailleurs, des travaux spécifiques de la DREES permettent d'intégrer dans la classification des contrats l'avantage procuré par la mesure d'opposabilité des tarifs qui interdit l'application de tout dépassement d'honoraire aux bénéficiaires de l'ACS. Lorsque cet avantage est pris en compte, les contrats ACS montent d'un niveau et sont classés sur l'échelle des contrats DREES en B et C (80 % des contrats). Relativement aux autres contrats individuels sur le marché, les contrats ACS comportent alors une qualité de garantie très supérieure (seuls 7 % sont classés en B sur le marché versus 41 % pour les contrats ACS). L'enjeu attaché à l'application effective de l'opposabilité des tarifs sur le terrain est ainsi clairement mesuré.

Parallèlement, en 2015, le taux de recours à l'ACS a légèrement progressé, entre 2 et 4 points selon les dernières estimations de la DREES. Même s'il s'agit d'une estimation, il est probable que ce taux a progressé sous l'effet de la réforme des contrats intervenue au 1^{er} juillet 2015 et des campagnes de communication qui ont alors été déployées. Il reste que l'ACS souffre toujours d'un manque de visibilité et d'attrait : environ 60 % des personnes potentiellement éligibles n'y recourent pas.

Un non recours subsistant au droit et les actions pour y remédier

Le niveau encore élevé du non recours à l'ACS (et dans une moindre mesure du non recours à la CMU-C) rend compte des difficultés subsistantes d'accès aux droits, en dépit des efforts de sensibilisation et de simplification engagés par les pouvoirs publics et des nombreuses actions locales menées pour y remédier.

D'après les dernières données de la DREES, en 2015, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C, mais qui n'y recourent pas, est compris entre 1,45 et 2,7 millions. Pour l'ACS, cela concerne entre 2,1 et 3,6 millions de personnes.

Pour comprendre les raisons du non-recours, le Fonds CMU-C produit des travaux en propre et sollicite régulièrement des organismes d'étude et de recherche. De nombreuses enquêtes rendent compte de la persis-

tance du non recours à une complémentaire santé et de ses effets sur l'accès aux soins en population générale. Mais peu s'intéressent aux raisons pour lesquelles des populations en situation de précarité économique et sociale ne recourent pas à leur droit à la CMU-C.

À la demande du Fonds CMU-C, l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) a récemment réexaminé et précisé les raisons du non recours à la CMU-C à partir d'une enquête auprès de populations précaires. L'approche est originale dans la mesure où les bénéficiaires potentiellement éligibles à la CMU-C ne sont pas préalablement sélectionnés dans les fichiers des assurés sociaux mais sont repérés au sein de structures locales qui accompagnent au quotidien des personnes en situation de précarité : les centres de distribution alimentaire et d'accueil de jour de la Croix Rouge et les structures d'insertion par le travail et la formation continue partenaires de l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI).

Le non recours à la CMU-C concerne principalement des personnes jeunes ou des personnes isolées. L'ODENORE rappelle que « Le constat relatif au fait de vivre seul(e), souvent sans enfant à charge, a son importance. Il renvoie à des « facteurs d'activation » du non-recours que les travaux de recherche sur le phénomène ont mis en avant ».

Le non recours relève plus d'une « non demande » que de la méconnaissance du droit. Un tiers des personnes interrogées ne connaît pas la CMU-C, forme de non recours qui découle souvent d'une méconnaissance globale du système de protection sociale (confusion entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, difficultés à s'approprier la sémantique de la sécurité sociale, etc.). Les deux tiers restant, qui savent ce qu'est la CMU-C, ne la demandent pas alors qu'ils pensent pouvoir en bénéficier ou même en ont bénéficié par le passé.

Le principal motif de la « non demande » est la complexité des démarches administratives. Cependant, d'autres motifs sont mis en évidence tels que : le fait de se suffire d'une prise en charge à 100 % en ALD, de ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, etc.

Enfin, rencontrer parfois un travailleur social ne préserve pas du non recours. Deux tiers des personnes interrogées déclarent rencontrer parfois un travailleur social. Or, plus que les autres, elles connaissent la CMU-C, l'ont demandée et obtenue dans le passé. D'après l'ODENORE, ce constat interroge sur les moyens donnés aux travailleurs sociaux en matière

d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et leur renouvellement.

En ce qui concerne l'ACS, le non recours s'explique, comme pour la CMU-C, par la complexité des démarches, mais également par une incompréhension globale du dispositif et des droits qui y sont attachés. L'enquête récente pilotée par la CNAMTS auprès de plus de 1000 personnes bénéficiant ou non d'un contrat « sélectionné » ACS montre que par rapport à la CMU-C, l'ACS n'est connue que partiellement. Pour la majorité des bénéficiaires, elle se résume à une aide financière à l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé : deux tiers citent spontanément l'aide financière, seulement un tiers cite spontanément le tiers payant, 2 % le non dépassement d'honoraires. Enfin, si la constitution du dossier de demande de l'ACS pose peu de problèmes, les démarches pour souscrire un contrat de complémentaire sont perçues comme moins faciles.

Pour autant, de nombreuses actions pour lutter contre le non recours ont été déployées, qu'il s'agisse de campagnes de communications réitérées régulièrement (CNAMTS), d'actions de promotion de l'ACS en direction des populations éligibles (CNAMTS, CCMSA), d'actions d'accompagnement des plus fragiles (plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR) de la CNAMTS), de mise en place de plateformes dématérialisées, de déploiement massif de « rendez-vous des droits » (CCMSA et CNAF).

Dans une logique de guichet unique, les rendez-vous des droits déployés par la branche famille dans le cadre de la COG 2013-2017 offrent aux assurés l'opportunité de faire le point sur les droits auxquels ils peuvent prétendre, autant pour les droits à des prestations CAF que pour les droits sociaux relevant d'autres organismes (santé, énergie ...). Il s'adressent en priorité aux demandeurs de RSA, aux allocataires bénéficiaires d'une offre systématique de contact dans le cadre des offres de travail social, aux personnes adressées par un organisme partenaire et aux personnes dont le dossier complexe induit un traitement attentionné et une vision globale de leur situation.

Cette approche constitue un levier d'action potentiel pour réduire le non recours à la CMU-C et à l'ACS et le renoncement aux soins, dans la mesure où les droits santé qui n'étaient jusqu'alors abordés qu'avec les demandeurs du RSA sont désormais abordés avec d'autres publics. Le Fonds CMU-C a piloté une recherche-action de l'EN3S sur ces rendez-vous des

droits. À partir de près de 200 questionnaires auprès des agents des caisses, il a été établi que les caisses se sont globalement approprié le dispositif, avec un niveau de mise en œuvre sur le terrain hétérogène dans un contexte de déploiement rapide de ces rendez-vous. Dès 2014, l'objectif de 100 000 rendez-vous annuels inscrit dans la COG a été dépassé (164 000 RDV). Cependant, l'incidence de ces rendez-vous en termes de droits ouverts n'est pas mesurée, les informations recueillies lors des entretiens n'ayant pas été intégrées dans le système d'information de la CNAF en vue d'une telle évaluation.

Enfin, l'accès à la CMU-C et à l'ACS ne garantit pas l'effectivité des droits pour les bénéficiaires. Le « refus de soins » des professionnels de santé, qui prend des formes variées (refus de rendez-vous, refus d'appliquer le tiers payant intégral ou l'opposabilité des tarifs, etc.), reste une pratique difficile à quantifier. Dans le cadre de la loi santé de janvier 2016, une nouvelle commission confiée aux ordres professionnels a été chargée d'évaluer ces pratiques.

Un nécessaire effort de simplification

Réduire le non recours passe nécessairement par un effort de simplification. Depuis la rédaction du dernier rapport d'évaluation, plusieurs mesures de simplification des dispositifs ont été prises : la disparition du formulaire ACS au profit du formulaire unique commun de demande CMU-C/ACS, le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA, la suppression de la procédure de demande dérogatoire pour les travailleurs non-salariés.

La demande de CMU-C/ACS est complexe car elle contient un nombre important de rubriques à compléter relatives à la composition du foyer et aux ressources. Du fait de l'exhaustivité des ressources prises en compte, le demandeur doit fournir de nombreuses pièces justificatives (bulletins de paie, avis d'imposition, attestations des banques concernant les revenus d'épargne, justificatifs de ressources à l'étranger, ...).

En particulier, la déclaration des revenus du patrimoine non imposables contraint les demandeurs à obtenir auprès de leurs banques des justificatifs que ces dernières leur facturent. L'article 61 de la LFSS pour 2017 met en place une mesure de simplification pour l'examen des revenus du patrimoine. Ces revenus seront récupérés par les caisses auprès de la DGFIP (déclarations fiscales) et certains éléments seront désormais exclus de l'examen : revenus du capital non imposables (livret A, etc.).

Cette mesure de simplification participe d'une démarche plus générale en cours de mise en œuvre : après la CCMSA, la CNAMTS mettra en place début 2017 un « télé service » à disposition des assurés pour effectuer leur demande de CMU-C/ACS par voie dématérialisée ; le formulaire de demande et les pièces justificatives seront allégés.

Dans un contexte budgétaire contraint, les perspectives de financement des aides semblent assurées à court terme

Le financement du Fonds CMU-C reposait initialement aux trois quarts sur une dotation de l'Etat complétée par une contribution des assureurs sur les primes des contrats d'assurance complémentaire santé. Cette contribution, transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), est progressivement devenue la principale recette affectée au Fonds CMU-C.

En 2015, les recettes du Fonds CMU-C proviennent pour 85 % du rendement de la taxe de solidarité additionnelle (2,1 milliards d'euros), le reste correspondant à une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur les droits de consommation des tabacs (360 millions d'euros).

Les recettes dédiées au financement de l'ACS et de la CMU-C sont ainsi essentiellement dépendantes de la TSA dont l'assiette correspond au coût de la couverture complémentaire privée en santé. Elle englobe les primes et cotisations émises par les assureurs pour tous les contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits par les assurés (contrats collectifs ou individuels, contrats à adhésion facultative ou obligatoire, responsables ou non responsables, etc.).

Or, l'assiette de la TSA a reculé fin 2015 et début 2016 pour la première fois depuis la création du Fonds CMU-C. Intervenu dans le contexte de la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés au 1er janvier 2016, ce recul pourrait traduire une phase d'adaptation du marché, compte tenu du processus de restructuration globale du marché des contrats de complémentaire santé que produit l'ANI.

Cependant, l'effet net à terme de l'ANI sur la recette de TSA n'est pour l'instant pas mesuré. Certains organismes indiquent que l'ANI se traduit d'ores et déjà par une baisse globale du prix moyen des contrats, en raison de la nouvelle pression concurrentielle exercée sur le marché par les entreprises et branches qui négocient les nouveaux contrats collectifs. Cependant, aucune donnée ne permet de corroborer cette hypothèse, ni

de mesurer si l'accroissement du volume des contrats attendu de l'ANI compenserait ou non cette baisse de prix. Les contrôles effectués par le fonds concluent plutôt au fait que les variations d'assiette de la TSA proviennent d'un nombre limité d'organismes complémentaires du fait de la forte concentration du marché et correspondent à des situations particulières sans lien avec l'ANI.

Dans le contexte de la généralisation de la complémentaire santé, la fiscalité applicable aux contrats a été simplifiée au 1er janvier 2016 en application de la LFSS pour 2015. Les deux taxes applicables à ces contrats, la taxe de solidarité additionnelle (recouvrée par l'URSSAF d'Ile-de-France) et la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA, recouvrée par la DGFIP) ont été regroupées en une TSA « fusionnée » désormais recouvrée par l'URSSAF. Mesure de simplification pour les organismes complémentaires qui n'ont désormais plus qu'un seul interlocuteur, cette fusion permet également de rationaliser le contrôle de ces contrats, effectué désormais par le seul corps de contrôle de la branche recouvrement en lien avec le Fonds CMU-C.

Le rôle du Fonds CMU de vérification et d'orientation du contrôle de l'assiette de la TSA est ainsi étendu au champ de l'ancienne TSCA précédemment contrôlé par la DGFIP. L'enjeu financier des vérifications du Fonds CMU-C est accru et porte sur des recettes qui sont affectées à la CNAMTS et à la CNAF, ce qui se traduit pour le Fonds CMU-C par une nouvelle mission de vérification, pour le compte de tiers.

Lors de la préparation du PLFSS 2017, les projections financières réalisées par le Fonds CMU-C pour la période 2016 à 2020 faisaient apparaître, compte tenu du ralentissement de la croissance de la TSA et de l'évolution des charges de prestations au titre de la CMU-C et de l'ACS, un besoin de financement complémentaire à partir de 2017 pour garantir l'équilibre du Fonds.

La LFSS pour 2017 a remédié à cette situation en affectant au Fonds CMU-C une part de TSA plus importante. La TSA, auparavant partagée entre la branche maladie du régime général, la branche famille et le Fonds CMU-C est réorientée vers la CNAMTS et le Fonds, en cohérence avec l'assiette de cette contribution. Parallèlement, les droits de consommation tabac sont réaffectés pour leur totalité à la branche maladie ; le Fonds n'étant plus affectataire de la fraction de 3,15 % dont il disposait depuis 2013. L'effet cumulé de ces deux mesures se traduirait par un surcroît de recettes estimé à 140 M€ en 2017 pour le Fonds CMU-C.

Cet apport de recettes, combiné au constat de baisse du coût moyen CMU-C, devrait permettre d'assurer l'équilibre financier du Fonds CMU-C en 2017 et 2018.

1. Après huit années de crise, les aides au financement des complémentaires santé pour les personnes pauvres demeurent essentielles

Dans un contexte économique difficile où les personnes en situation de pauvreté sont plus nombreuses, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté le 21 janvier 2013 par le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion, a permis de mettre en œuvre des mesures visant à accompagner les plus fragiles.

Dans le domaine de la santé, le plan a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des publics en situation de précarité et de réduire les inégalités sociales de santé. Les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont ainsi été augmentés en juillet 2013 afin de permettre aux personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté de bénéficier d'une couverture complémentaire prenant en charge tout ou partie de leurs dépenses de santé et limitant ainsi leurs restes à charge. Cette mesure forte témoigne du rôle primordial de la complémentaire santé dans l'accès aux soins et de la nécessité d'aider les personnes en situation de pauvreté à en acquérir une.

1.1. LA PAUVRETÉ S'EST ACCRUE EN FRANCE DEPUIS 2008

Au cours de ces dix dernières années, la crise économique a conduit à un accroissement de la pauvreté en France. Même si la situation se serait davantage aggravée sans les actions des pouvoirs publics vis-à-vis des populations défavorisées, ces populations voient notamment leurs conditions d'accès aux soins se dégrader alors qu'elles en ont le plus besoin, compte tenu de leur moins bon état de santé.

1.1.1. Depuis 2008, le niveau de vie s'est dégradé et le nombre de personnes pauvres a augmenté

1.1.1.1. La crise économique a entraîné une baisse du niveau de vie

En 2014, en France métropolitaine, le niveau de vie médian de la population s'élève à 20 150 € annuels. Il a légèrement baissé depuis 2008 alors qu'il avait progressé de 1,4 % par an entre 1996 et 2008⁵. Cette diminution s'observe pour l'ensemble des classes de revenus depuis 2008.

Par ailleurs, entre 2008 et 2011, les inégalités de niveaux de vie ont augmenté. L'indice de Gini⁶, qui mesure le degré d'inégalité des niveaux de vie, s'est accru sur cette période, en lien avec la crise.

Les écarts de niveaux de vie se sont néanmoins réduits en 2012 et 2013 ; cela se traduit notamment par une baisse de l'indice de Gini. Plusieurs facteurs expliquent cette diminution des inégalités entre les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres. Les foyers les plus aisés ont connu une baisse des revenus du patrimoine (revenus financiers, loyers perçus par des propriétaires louant leur logement) et une hausse des impôts. Parmi les 10 % des ménages les plus pauvres, les personnes en activité ont vu leurs revenus s'accroître sous l'effet d'une augmentation des heures travaillées en 2013⁷.

⁵ INSEE – Insee Première n° 1614 « Les niveaux de vie en 2014 » - Septembre 2016

⁶ Indice de Gini : indice mesurant le degré d'inégalité d'une distribution (ici, le niveau de vie) pour une population donnée. Il varie entre 0 et 1, la valeur 0 correspondant à l'égalité parfaite (tout le monde a le même niveau de vie), la valeur 1 à l'inégalité extrême (une personne dispose de l'ensemble du revenu et les autres n'ont rien).

⁷ INSEE – Insee Première n° 1566 « Les niveaux de vie en 2013 » - Septembre 2015

En 2014, les inégalités se stabilisent⁸. Toutefois, elles auraient été plus grandes sans les réformes mises en œuvre cette année-là : hausse de l'impôt sur le revenu des ménages les plus aisés, réduction exceptionnelle d'impôt sur le revenu à l'égard des plus modestes, revalorisation exceptionnelle de certaines prestations⁹.

Tableau 1 – Seuils de niveau de vie annuels (en milliers d'euros 2014) et indice de Gini

	2008	2009	2010	2010*	2011	2012	2012**	2013	2014
Niveau de vie médian (D5)	20,4	20,5	20,3	20,2	20,2	20,0	20,1	20,1	20,2
1er décile de niveau de vie (D1)	11,3	11,2	11,0	11,0	10,9	10,8	10,7	10,8	10,8
9e décile de niveau de vie (D9)	38,1	38,4	38,3	37,9	38,7	38,0	38,1	37,4	37,3
Indice de Gini	0,289	0,290	0,299	0,303	0,306	0,303	0,305	0,291	0,293

*A partir de 2011, les estimations de revenus financiers mobilisent l'enquête Patrimoine 2010. Une nouvelle version du millésime 2010 a également été produite avec l'enquête Patrimoine 2010, afin de pouvoir apprécier les évolutions entre 2010 et 2011 à méthode constante.

** Cette série a été recalculée à partir des données de l'année 2012 en cohérence avec des modifications méthodologiques intervenues sur les données de l'année 2013

Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008 à 2014

1.1.1.2. La pauvreté monétaire concerne 8,8 millions de personnes en 2014

■ Une hausse de la pauvreté et de son intensité depuis 2008...

En 2014, 8,8 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire¹⁰, fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1008 € par mois pour une personne seule. Cela concerne 14,1 % de la population.

La pauvreté a fortement progressé à partir de 2008. Entre 2008 et 2014, le nombre de personnes pauvres a augmenté de plus 730 000 et le taux de pauvreté s'est accru de 0,8 point¹¹.

Sur la même période, l'intensité de la pauvreté¹², qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté, a également progressé, de 0,7 point. Cela témoigne de la détérioration de la situation des plus pauvres depuis le début de la crise.

Tableau 2 – Indicateurs de pauvreté

	2008	2010	2010*	2012	2012**	2013	2014
Nb. de personnes pauvres (en milliers)	7 836	8 617	8 520	8 540	8 824	8 648	8 760
Taux de pauvreté	13,0%	14,1%	14,0%	13,9%	14,3%	14,0%	14,1%
Seuil de pauvreté (euros 2014/mois)	1 018 €	1 017 €	1 010 €	1 001 €	1 006 €	1 005 €	1 008 €
Intensité de la pauvreté	18,5%	18,9%	19,0%	20,5%	21,3%	19,8%	20,1%

* / **Cf. notes du tableau précédent

Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008 à 2014

Note : la série présentée ici est affectée de ruptures liées à des changements méthodologiques intervenus en 2010 et 2012. Les évolutions commentées dans le texte sont corrigées de ces ruptures. Ex : le taux de pauvreté est passé entre 2008 et 2014 de 13% à 14,1%, mais sa hausse, une fois corrigée des ruptures de série est de seulement 0,8 point. De même, l'intensité de la pauvreté est passée entre 2008 et 2014 de 18,5% à 20,1%, mais correspond, une fois les ruptures de série corrigées, à une hausse de 0,7 point.

⁸ INSEE – Insee Première n° 1614 « Les niveaux de vie en 2014 » - Septembre 2016

⁹ INSEE – Insee Analyses n°23 « Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalité » – Décembre 2015

¹⁰ Champ : France métropolitaine.

¹¹ Entre 2002 et 2008, le nombre de personnes en situation de pauvreté avait progressé d'environ 341 000 (hausse du taux de pauvreté de 0,1 point).

¹² Intensité de la pauvreté : indicateur mesurant l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Il est calculé de la manière suivante : (seuil de pauvreté - niveau de vie médian de la population pauvre) / seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé et plus la pauvreté est dite intense, au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

■ ... qui touche en particulier les chômeurs, les étudiants et les enfants

Les actifs sont moins touchés par la pauvreté que les inactifs : en 2014, selon l'INSEE, 10,7 % des personnes actives vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14,7 % des inactifs. Parmi les inactifs, les retraités sont les moins affectés par la pauvreté : seuls 7,6 % vivent sous le seuil de pauvreté ce qui rend compte du rôle d'amortisseur que le système de retraite français par répartition joue en temps de crise (maintien du pouvoir d'achat des retraités du fait de la revalorisation des pensions de base sur les prix, filet de sécurité tel que le minimum vieillesse, etc.). Les autres inactifs, dont les étudiants, sont 31,1 % à vivre sous le seuil de pauvreté. Parmi les enfants, le taux de pauvreté est aussi élevé, puisqu'il s'établit à 19,8 %.

Tableau 3 – Taux de pauvreté selon le statut d'activité en 2014

	Répartition de la population	Personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté
Actifs de 18 ans ou plus	45,5%	3 041	10,7%
Actifs occupés	40,8%	1 961	7,7%
Salariés	36,1%	1 408	6,3%
Indépendants	4,7%	552	18,8%
Chômeurs	4,7%	1 081	36,6%
Inactifs de 18 ans ou plus	32,0%	2 942	14,7%
Retraités	22,3%	1 050	7,6%
Autres inactifs (dont étudiants)	9,7%	1 892	31,1%
Enfants de moins de 18 ans	22,5%	2 777	19,8%
Ensemble de la population	100,0%	8 760	14,1%

Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2014

D'après le rapport 2016 de l'INSEE sur le revenu et le patrimoine des ménages, entre 2008 et 2013¹³, le taux de pauvreté de l'ensemble des actifs a augmenté de 0,5 point, notamment en raison du taux de pauvreté des chômeurs qui s'est accru avec l'allongement de la durée du chômage. Au sein des actifs, l'augmentation de l'exposition à la pauvreté concerne surtout les ouvriers (+ 1,6 point) et les indépendants (+ 1,6 point). Du côté des inactifs adultes, le taux de pauvreté baisse de 0,1 point entre 2008 et 2013. L'amélioration relative de la situation des retraités compense l'augmentation de la pauvreté observée chez les autres catégories d'inactifs comme les étudiants.

¹³ Les séries de données de l'INSEE relatives à la pauvreté n'ont pas toutes été actualisées pour l'année 2014 et s'arrêtent à l'année 2013, au moment de la rédaction du présent rapport d'évaluation.

Tableau 4 – Évolution du taux de pauvreté entre 2008 et 2013, selon le statut d'activité et la catégorie socio-professionnelle

	Taux de pauvreté en 2013	Evolution 2008-2013 (en points de %)
Selon le statut d'activité		
Actifs de 18 ans ou plus	10,5%	0,5
Actifs occupés	7,6%	-0,2
Salariés	6,3%	-0,4
Indépendants	17,9%	1,6
Chômeurs	37,3%	0,6
Inactifs de 18 ans ou plus	14,8%	-0,1
Retraités	7,9%	-1,1
Autres inactifs (dont étudiants)	30,1%	2,0
Enfants de moins de 18 ans	19,6%	1,7
Selon la catégorie socioprofessionnelle pour les actifs		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprises	22,0%	2,0
Cadres supérieurs	3,7%	0,6
Professions intermédiaires	4,6%	-0,4
Employés	11,2%	0,5
Ouvriers	15,0%	1,6

Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008 à 2013

■ ... ainsi que les familles nombreuses et monoparentales.

Par type de ménage, les familles monoparentales et les couples avec trois enfants sont les plus touchés par la pauvreté avec des taux de pauvreté s'élevant respectivement à 32,5 % et 22,6 % en 2013. La situation plus défavorable des familles monoparentales et nombreuses s'explique par des revenus plus faibles liés notamment à des taux d'activité plus bas ou à un recours plus important au temps partiel¹⁴.

Tableau 5 – Evolution du taux de pauvreté entre 2008 et 2013 selon la configuration familiale

	Taux de pauvreté en 2013	Evolution 2008-2013 (en points de %)
Selon la composition familiale		
Personnes seules	15,4%	-1,0
Familles monoparentales	32,5%	1,3
Couples sans enfant	6,2%	-0,6
Couples avec un enfant	8,4%	0,1
Couples avec deux enfants	10,0%	1,0
Couples avec trois enfants ou plus	22,6%	3,5

Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008 à 2013

¹⁴ INSEE – Insee Référence « Les revenus et le patrimoine des ménages », édition 2016

1.1.1.3. L'accroissement de la pauvreté en France est néanmoins modéré par rapport aux autres pays d'Europe

■ En France, des prestations sociales qui contribuent à réduire la pauvreté

L'impact de l'ensemble des prestations sociales sur la réduction de la pauvreté est important. En 2013, selon la DREES¹⁵, la prise en compte des transferts sociaux et fiscaux permet une diminution de 7,9 points du taux de pauvreté, qui s'établit à 14,0 %, et une baisse de 17,1 points de l'intensité de la pauvreté, qui atteint ainsi 19,8 % après transferts.

Les prestations familiales et les aides au logement réduisent, chacune, de 2,3 points environ le taux de pauvreté, les minima sociaux de 1,6 point. Les minima sociaux, qui concernent principalement les ménages modestes, sont ainsi moins susceptibles de faire passer le niveau de vie de leurs bénéficiaires au-dessus du seuil de pauvreté. En revanche, en augmentant le revenu des pauvres, ils ont un effet notable sur l'intensité de la pauvreté, qu'ils réduisent de 6,5 points, tandis que les prestations familiales et les aides au logement la diminuent respectivement de 4,7 et 5,6 points.

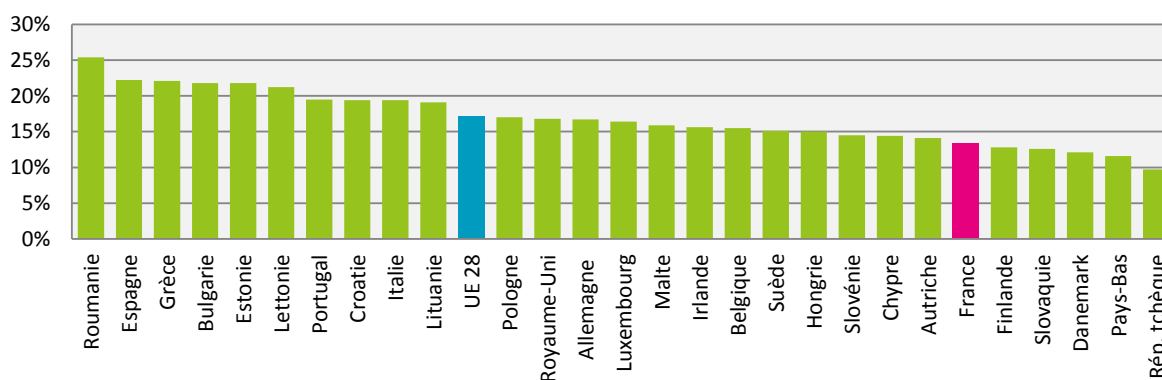
Entre fin 2008 et fin 2013, le nombre d'allocataires de minima sociaux a augmenté en France de 722 000. Cette hausse est due à 83 % au RSA socle (+470 000) et à l'ASS (+129 000), minima sociaux qui sont les plus dépendants de la situation du marché du travail¹⁶.

Fin 2014, le nombre d'allocataires de minima sociaux s'établit à 4,13 millions de personnes. Après deux années de croissance à près de 4,5 % par an, la progression des effectifs s'est ralentie avec une évolution de 2,7 % en un an. Cette décélération est liée à une moindre dégradation du marché du travail à partir de mi-2013, entraînant le ralentissement de la croissance des allocataires du RSA socle et de l'ASS.

■ Un taux de pauvreté en dessous du taux moyen européen

D'après les données d'Eurostat, en 2013, la pauvreté monétaire après transferts sociaux concerne 17,2 % des habitants de l'Union européenne à 28, soit environ 86 millions de personnes. L'élargissement de l'Union de 15 à 25 pays en 2004, puis à 27 pays en 2007 et à 28 en 2013 n'a pas modifié de manière significative le taux de pauvreté européen. Selon les pays, ce taux varie de 9,7 % à 25,4 % en 2013. La France se situe en bas de l'échelle européenne avec un taux de pauvreté égal à 13,3 %¹⁷, soit 3,9 points en dessous du taux de pauvreté européen moyen. Seuls cinq pays ont des taux plus faibles : les Pays-Bas, la Finlande, le Danemark, la République tchèque et la Slovaquie.

Figure 1 – Taux de pauvreté dans l'Union européenne à 28 en 2013



Sources : Eurostat, dispositif EU-SILC, traitement Fonds CMU-C

¹⁵ DREES – Panoramas « Minima sociaux et prestations sociales », édition 2016

¹⁶ DREES – Etudes et résultats n° 945 – « Les bénéficiaires de minima sociaux en 2013 » - Décembre 2015

¹⁷ Le taux de pauvreté de cette partie est calculé à partir d'une autre source statistique et sur un champ différent, de manière à disposer de statistiques comparables entre pays européens. Il s'appuie sur une mesure d'un revenu équivalent médian.

Entre 2008 et 2013, le taux de pauvreté français a augmenté de 0,4 point, tandis qu'il a crû de 0,7 point dans l'ensemble de l'Union européenne. Alors que dans l'Union européenne, l'intensité de la pauvreté est de 24,7 %, celle de la France est bien inférieure avec une valeur de 16,4 %¹⁸. La population pauvre vivant en France est plus proche du niveau de vie médian national par rapport à ce qui est observé en moyenne dans les autres pays européens.

La situation de la France s'est dégradée depuis 2008, néanmoins elle reste assez favorable au regard des indicateurs de pauvreté mesurés en Europe. Cette position est liée à l'importance relative des transferts sociaux et de leur effet amortisseur sur l'extension de la pauvreté. Elle tient aussi au fait que la France fait partie des pays européens les plus avancés en termes de niveau de développement économique¹⁹.

1.1.2. Les personnes en situation de pauvreté présentent un état de santé dégradé par rapport au reste de la population

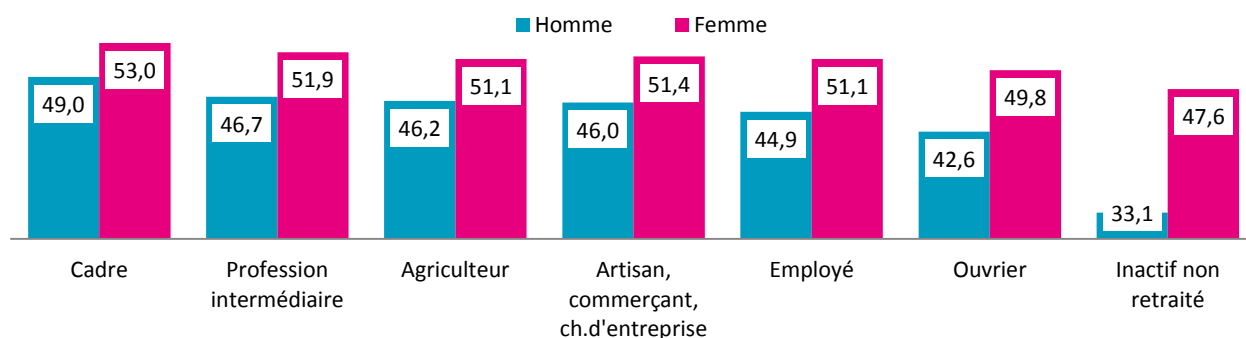
1.1.2.1. Les inégalités sociales de santé persistent en France

Les populations les moins favorisées ayant des revenus faibles ou un niveau d'étude peu élevé, cumulent fréquemment les expositions aux divers facteurs de risque pour la santé. Dans l'environnement professionnel, il peut s'agir d'un travail physiquement pénible, d'un travail nocturne ou de l'utilisation de produits toxiques. Dans le cadre familial, ces personnes peuvent être exposées au bruit, à la mauvaise qualité de l'air ou de l'eau.

A l'inverse, l'état de santé peut influencer sur l'appartenance à une catégorie sociale : une mauvaise santé peut empêcher la poursuite d'études, le maintien en emploi, ou rendre plus difficiles les promotions et l'accès aux emplois les plus qualifiés.

L'indicateur d'espérance de vie à 35 ans permet de mettre en évidence, d'une manière globale, les inégalités de santé entre catégories sociales en France. Depuis la fin des années 1970, toutes les catégories sociales ont vu leur espérance de vie à 35 ans augmenter, mais les disparités entre catégories persistent. D'après l'INSEE, sur la période de 2009 à 2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de 6,4 ans chez les hommes et de 3,2 ans chez les femmes. En outre, le risque de mourir prématurément avant 65 ans est, chez les hommes, de 18 % pour un ouvrier et de 7 % pour un cadre²⁰.

Figure 2 – Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, sur la période de 2009 à 2013, selon la catégorie socioprofessionnelle



Sources : INSEE, Échantillon démographique permanent, traitement Fonds CMU-C

Les inégalités de santé apparaissent avant même la naissance, au cours de la grossesse. À titre d'exemple, le taux de prématurité et de petit poids de naissance est plus important chez les femmes membres des foyers dont les revenus sont les plus faibles.

¹⁸ Les données pour la France diffèrent de celles présentées précédemment. Les indicateurs sont calculés à partir d'une autre source statistique et sur un champ différent, de manière à disposer de statistiques comparables entre pays européens.

¹⁹ INSEE – Insee Référence « La France dans l'Union européenne » - édition 2014

²⁰ INSEE – Insee Première n° 1584 « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers » - Février 2016

Durant l'enfance, d'autres indicateurs peuvent témoigner de ces inégalités. Les enfants d'ouvriers et les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale présentent un état de santé bucco-dentaire plus dégradé. Concernant l'obésité, la part d'enfants obèses²¹ en grande section de maternelle est de 4,5 % pour les ouvriers contre 1,2 % pour les cadres, puis respectivement de 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et de 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3^{ème}.

1.1.2.2. Les personnes ayant de faibles revenus se déclarent plus souvent en mauvaise santé

Selon le baromètre d'opinion sur la protection sociale et la santé de la DREES, si la grande majorité des Français s'estiment en bonne santé, les déclarations varient selon les niveaux de revenus. En 2015, les personnes se qualifiant en bonne santé représentent environ la moitié des personnes dont le revenu mensuel net est inférieur à 1000 €, mais 70 % parmi celles qui gagnent entre 1000 € et 2400 € par mois et 82 % parmi celles qui ont 2400 € et plus. L'appréciation de l'état de santé varie aussi selon la catégorie socioprofessionnelle : 75 % des ouvriers qualifient leur santé de bonne tandis qu'ils sont 81 % parmi les professions intermédiaires, 81 % parmi les employés et 90 % parmi les cadres et les professions libérales²².

Tableau 6 – Baromètre d'opinion 2015 : État de santé déclaré selon le niveau de revenu et la catégorie socio-professionnelle

	Bon	Très bon	Total Bon + Très bon
Niveau de revenus			
Moins de 1000 euros	32%	22%	54%
De 1000 à moins de 2400 euros	46%	24%	70%
2400 euros et plus	51%	31%	82%
(NSP-refus de réponse)	46%	33%	79%
Profession du chef de famille			
Actifs	46%	34%	81%
Agriculteur	52%	36%	88%
Artisan ou commerçant	51%	32%	83%
Profession libérale ou cadre supérieur	48%	39%	87%
Profession intermédiaire	47%	35%	82%
Employé	48%	31%	79%
Ouvrier	42%	33%	75%
Inactifs	47%	15%	62%
Retraité	51%	12%	63%
Autre inactif	25%	32%	57%

Sources : DREES – Baromètre d'opinion 2015

Les données mises à disposition par l'OCDE permettent d'effectuer un constat similaire : en 2014, 60,7 % des personnes appartenant aux 20 % des ménages français les plus modestes (1^{er} quintile de revenus) se perçoivent en bonne ou très bonne santé contre 73,6 % des personnes appartenant aux 20 % des ménages les plus riches (5^e quintile de revenus)²³.

²¹ DREES – « L'état de santé de la population en France » - Édition 2015

²² DREES – Baromètre d'opinion 2015

²³ OCDE – Base de données - Perception de l'état de santé selon le statut socio-économique

Ces données récentes corroborent le diagnostic établi à partir de la dernière enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES en 2012 : les personnes dont le niveau de vie est bas sont moins nombreuses à se percevoir en bonne santé.

D'autres études ont mis en évidence des résultats allant dans le même sens. D'après les données de la DREES recueillies également en 2012²⁴ auprès des bénéficiaires des minima sociaux, les bénéficiaires du RSA sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : 16 % se déclarent en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé, contre seulement 5 % parmi l'ensemble de la population de 18 à 59 ans.

Tableau 7 – État de santé déclaré, maladies chroniques et limitations fonctionnelles parmi les bénéficiaires du RSA comparés à l'ensemble de la population

	RSA socle et RSA activité	Ensemble population
État de santé déclaré		
Bon ou très bon	58%	77%
Assez bon	26%	18%
Mauvais ou très mauvais	16%	5%
Maladies chroniques		
Oui, au moins une	31%	27%
Non	69%	69%
Refus/Non réponse	-	4%
Limitations fonctionnelles		
Oui, fortement limité	12%	4%
Oui, limité mais pas fortement	16%	13%
Non, pas limité du tout	72%	83%

Sources : DREES, enquête 2012 auprès des bénéficiaires des minima sociaux.

1.1.2.3. Les personnes en situation de pauvreté renoncent davantage aux soins que les autres

Le concept de renoncement aux soins se rapporte aux besoins de soins non satisfaits, c'est-à-dire non reçus alors que le patient en ressentait la nécessité.

À partir d'une enquête harmonisée auprès des pays membres de l'Europe (survey on income and living conditions - statistiques sur les ressources et les conditions de vie), Eurostat mesure les besoins de soins médicaux non satisfaits dans les pays de l'Union Européenne. Il s'agit d'évaluer la part des personnes déclarant avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières alors qu'elles en éprouvaient le besoin.

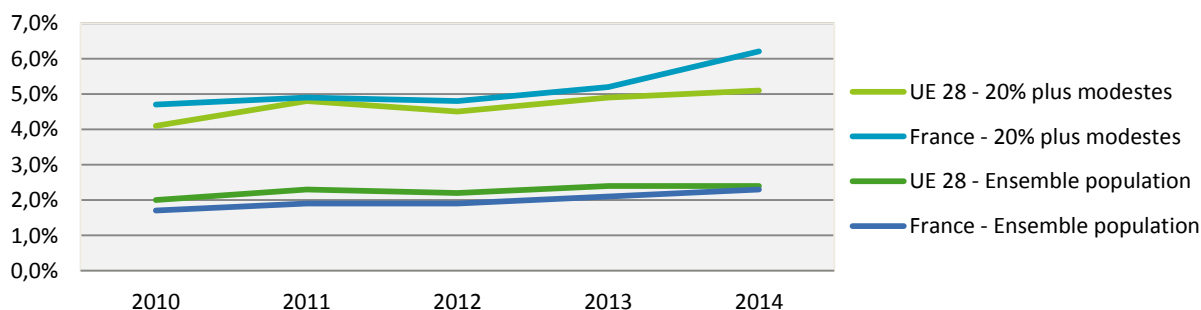
D'après cette enquête, qui permet de disposer de données récentes, les besoins non satisfaits pour des raisons financières sont plus élevés chez les individus les plus modestes. En 2014, 2,4 % des personnes interrogées en Europe déclaraient avoir dû renoncer à des soins médicaux, hors soins dentaires²⁵, dont elles avaient besoin, tandis que ce taux est deux fois plus important parmi les 20 % les plus pauvres. Les résultats pour l'ensemble de la population française sont proches de la moyenne européenne mais des écarts apparaissent pour les populations pauvres. La part des besoins non satisfaits parmi les personnes les plus modestes en France a progressé de 5,2 % en 2013 à 6,2 % en 2014, alors qu'elle est restée stable, autour de 5 % en moyenne, en Europe.²⁶

²⁴ DREES – Etudes et résultats n°882 « Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA » - Juin 2014

²⁵ Le panier de soins suivi dans cet indicateur ne comprend pas les soins dentaires. Eurostat mesure par ailleurs les besoins non satisfaits en soins dentaires pour raisons financières : 5,2 % des personnes interrogées en France déclarent avoir renoncé à ce type de soins en 2014 (11,8 % parmi les plus pauvres).

²⁶ Eurostat - survey on income and living conditions (statistiques sur les ressources et les conditions de vie) 2013 – 2014

Figure 3 – Besoins non satisfaits d'examen ou de traitement médical en France et dans l'Union européenne



Sources : Eurostat, SILC 2010 – 2014, traitement Fonds CMU-C

Selon les données plus anciennes de l'enquête ESPS 2012 de l'IRDES, près de 26 % de la population déclare avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières en France métropolitaine. Le renoncement concerne 18 % des personnes pour les soins dentaires, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins.

Les personnes appartenant aux 20 % de ménages les plus pauvres sont 37 % à déclarer un renoncement à au moins un soin, soit presque trois fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches, dont le taux de renoncement est égal à 13 %. Ces écarts sont plus prononcés pour l'optique et les soins dentaires, pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé. Pour les soins dentaires, le taux de renoncement est proche de 28 % pour les ménages aux revenus les plus faibles contre environ 8 % pour les plus riches²⁷.

1.2. L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PERSONNES PAUVRES DEMEURE ESSENTIELLE

Si la France occupe le 5^{ème} rang des pays de l'OCDE en termes de part de la richesse dédiée à la prise en charge publique des dépenses de santé²⁸, avec de surcroît un niveau de couverture élevé, le système public d'assurance maladie français est caractérisé par l'existence de tickets modérateurs variables selon les types de soins, ce qui se traduit par des restes à charge qui peuvent être importants pour certains assurés.

Les assurances complémentaires santé, qui complètent le financement des dépenses de santé sur le périmètre du panier de soins couvert par l'assurance maladie de base, constituent un niveau de mutualisation essentiel pour limiter le reste à charge des patients.

1.2.1. L'assurance complémentaire joue un rôle majeur dans la prise en charge des frais médicaux en France

1.2.1.1. 95 % des personnes sont couvertes par une complémentaire santé en France métropolitaine

Les contrats de complémentaire santé peuvent être des contrats individuels, c'est-à-dire souscrits directement par un individu auprès d'un organisme privé (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) ou des contrats collectifs conclus par un employeur pour ses salariés.

La quasi-généralisation de la détention d'un contrat de complémentaire santé témoigne de l'importance du rôle de l'assurance complémentaire dans la prise en charge des frais médicaux. Dernièrement, dans le cadre du baromètre d'opinion à l'égard de la santé et de la protection sociale de la DREES, 95 % des personnes interrogées en 2015 ont

²⁷ IRDES - Enquête sur la santé et la protection sociale 2012

²⁸ 11,1 % du PIB est consacré à la dépense courante de santé au sens international en 2014. Cf. annexe 1 au PLFSS 2017, programme de qualité et d'efficacité maladie, indicateur 1.

déclaré être couvertes par une complémentaire santé²⁹. En 2012, selon l'enquête ESPS de l'IRDES, 89 % des personnes de France métropolitaine avaient déclaré bénéficier d'un contrat de complémentaire santé (hors CMU-C) et 6 % de la CMU-C³⁰.

En 2015, les organismes complémentaires financent au total 13,3 % de la consommation de soins et des biens médicaux (CSBM), alors que les administrations publiques, principalement la Sécurité sociale, en financent 78,2 %. La part prise en charge par les organismes complémentaires diffère selon les postes de soins. Pour les biens médicaux (optique, orthèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, pansements, etc.), elle est proportionnellement plus importante que pour les autres postes (39 %), ce poste étant celui où la prise en charge par la Sécurité sociale est la plus faible. Concernant les autres grands postes, les organismes complémentaires financent 21,7 % des soins de ville, avec une part grandissante pour les soins et prothèses dentaires, 12,8 % des dépenses de médicaments et seulement 5,2 % des dépenses hospitalières compte tenu du fort taux de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire sur ce poste³¹.

1.2.1.2. Parmi les pays de l'OCDE, la France est celui où la couverture privée est la plus répandue

Le système de santé et le modèle de protection sociale variant d'un pays à l'autre, les rôles de l'assurance privée peuvent être divers. L'OCDE distingue quatre grands types d'assurance privée :

- lorsque le système repose principalement sur une assurance santé privée non obligatoire, celle-ci est alors qualifiée de primaire. Cela concerne par exemple les États-Unis, où 54 % de la population est couverte en 2014 par ce type de couverture privée qui constitue leur seule assurance ;
- l'assurance est complémentaire lorsqu'elle intervient sur le même panier de biens médicaux que l'assurance maladie publique. C'est notamment le cas de la France, où l'assurance privée couvre les frais non pris en charge par la couverture de base ;
- l'assurance est dite supplémentaire quand elle intervient sur des biens non pris en charge par l'assurance maladie de base. À titre d'illustration, aux Pays-Bas, 86 % de la population a souscrit une assurance de ce type pour la prise en charge des soins non remboursés par le régime public comme l'optique ou les soins dentaires ;
- l'assurance duplicative ou parallèle permet un choix plus large de prestataires ou un accès plus rapide dans le secteur privé lorsqu'il existe des délais d'attente dans le public. Ce type d'assurance est présent en Grande-Bretagne mais dans des proportions limitées dans la mesure où le système public couvre largement la population (National Health Service) ; il est en revanche particulièrement développé en Irlande.

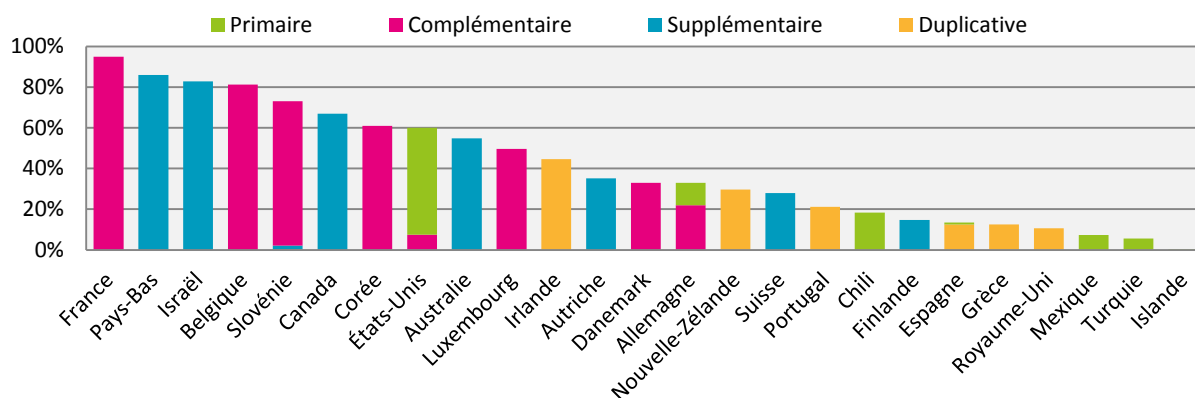
Parmi les pays de l'OCDE, la France est celui où la couverture privée est la plus répandue dans la population, tous types d'assurances privées confondus.

²⁹ DREES – Baromètre d'opinion 2015

³⁰ IRDES – Enquête sur la santé et la protection sociale 2012

³¹ DREES – .Panoramas « Les dépenses de santé en 2015– Résultats des Comptes de la santé », édition 2016

Figure 4 – Population couverte par une assurance maladie privée, selon le type d'assurance, 2013 (ou année la plus proche)



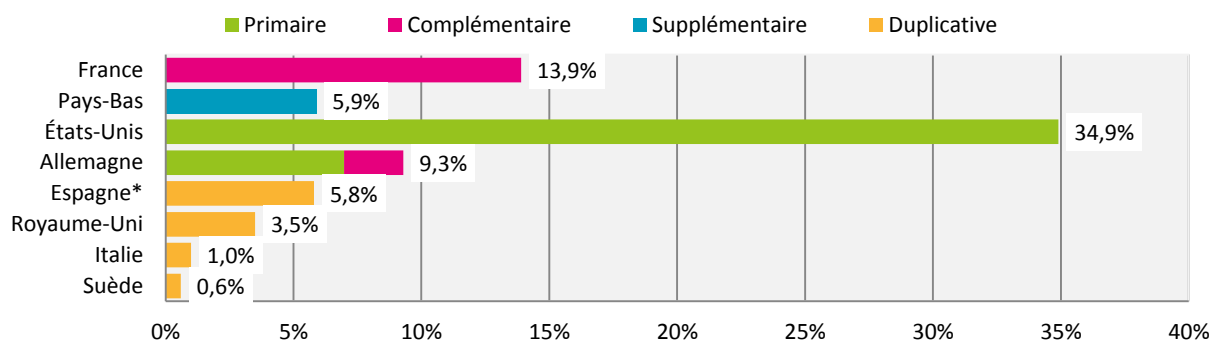
L'assurance maladie privée peut être à la fois duplicative et supplémentaire en Australie ; à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark et en Corée ; et duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël. Pour ces pays, le choix est de présenter un seul type d'assurance privée.

Sources : OCDE, statistiques sur la santé 2015, traitement Fonds CMU-C

Alors que les dépenses rattachées aux assurances privées ne représentent que 6 % du total des dépenses de santé dans l'OCDE en 2013, elles constituent une part non négligeable en France, où elles représentent près de 14 % des dépenses.³²

L'importance de l'assurance privée dans le financement des dépenses de santé peut, entre autres, s'expliquer par le type d'assurance. Aux États-Unis, l'assurance primaire, qui intervient dès le premier euro, représente ainsi une part importante du financement de la santé, soit plus d'un tiers des dépenses. Quant à l'assurance complémentaire ou supplémentaire, elle occupe généralement une part plus grande dans le financement des dépenses que l'assurance duplicative, destinée à une population aisée plus restreinte³³.

Figure 5 – Part de l'assurance santé privée dans le financement de la dépense courante de santé au sens international en 2013



* Données 2012

Sources : OCDE, Statistiques de sur la santé 2015, calculs DREES

³² OCDE – Panorama de la santé 2015.

Les données OCDE utilisées pour la comparaison internationale concernent l'année 2013, tandis que les données de financement présentées dans la section précédente se rapportent à l'année 2015.

³³ DREES – Panoramas « La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties », Edition 2016

1.2.2. L'assurance complémentaire limite les dépenses directes des patients

1.2.2.1. Les dépenses après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire restent relativement conséquentes

En France, les restes à charge des assurés après remboursement de l'assurance maladie obligatoire représentent près d'un quart de la dépense de santé en moyenne . .

■ Une diminution des niveaux individuels de prise en charge malgré une part relativement stable de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé

D'après le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale publié en septembre 2016³⁴, la stabilité globale de la part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé, qui s'établit à 76,8 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2015, résulte de deux mouvements de sens opposés :

- la progression du nombre de patients en affection de longue durée, qui bénéficient d'un taux de prise en charge supérieur en moyenne aux autres assurés ;
- la diminution des niveaux individuels de remboursement, en raison notamment des transferts de charge opérés vers les ménages entre 2003 et 2011 : hausse du forfait hospitalier, participation forfaitaire de 1 €, franchise sur les boîtes de médicaments, etc.

La hausse des dépassements des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et celle des dépenses non remboursables (notamment les actes hors nomenclature des chirurgiens-dentistes) ont renforcé les écarts de traitement entre les assurés. La complexité des modalités de prise en charge entraîne une grande dispersion des restes à charge pour un niveau de dépenses identique, selon la nature des soins et la catégorie d'assurés. Certains patients doivent en effet faire face à des restes à charge très lourds à l'hôpital comme en ville.

■ Des taux d'effort inégalement répartis

L'IRDES a publié en mai 2016 une étude sur les restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (mais avant prise en charge par l'assurance complémentaire)³⁵. En 2010, le reste à charge annuel moyen des personnes ayant eu recours à des soins ambulatoires s'élève à 443 € par individu, ce qui correspond à 33 % de la dépense ambulatoire. À l'hôpital, le reste à charge moyen annuel des personnes ayant eu au moins une hospitalisation en MCO est égal à 287 € par patient, soit 9 % de la dépense hospitalière.

Alors que la dépense de soins de ville totale varie peu selon le niveau de revenu, les restes à charge avant prise en charge par la complémentaire santé augmentent avec le niveau de vie. Ce constat rend compte des différents mécanismes d'exonération de l'assurance maladie obligatoire en faveur des plus fragiles. Il s'agit par exemple, pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, des exonérations de franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1€. Comme le souligne l'IRDES, pour ces bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les médecins sont en outre tenus d'appliquer le tarif conventionnel. Les personnes les plus aisées assument quant à elles d'autant plus facilement des dépassements qu'elles peuvent souscrire à une couverture complémentaire qui couvre bien ces dépassements.

À l'hôpital, la dépense diminue lorsque le niveau de vie augmente. Cela peut s'expliquer par des différences de composition démographique et d'état de santé selon le milieu social. En revanche, le reste à charge évolue peu.

En matière d'effort financier, les restes à charge après remboursements de l'assurance maladie obligatoire pèsent d'autant plus sur le budget des ménages que leurs ressources sont faibles. Pour les soins dispensés en ville, les

³⁴ Cour des Comptes – La sécurité sociale – Septembre 2016

³⁵ Réalisée à partir de données 2010 issues de l'appariement de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) aux données de consommation inter-régimes pour les dépenses ambulatoires et au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les dépenses hospitalières en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). IRDES – Questions d'économie de la santé n° 218 « Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis », Mai 2016

inégalités d'effort sont majoritairement occasionnées par les tickets modérateurs et moins par les dépassements d'honoraires car les personnes pauvres recourent peu aux soins avec dépassements.

À l'hôpital, les restes à charge pénalisent davantage les personnes aux revenus modestes. L'IRDES montre que le ticket modérateur à l'hôpital constitue une participation financière inéquitable, en ce qu'il pénalise surtout les plus modestes³⁶. Comme pour les soins ambulatoires, les dépassements d'honoraires liés à une hospitalisation, contribuent peu aux inégalités, les personnes défavorisées privilégiant le secteur public plutôt que le secteur privé.

Figure 6 – Montants du remboursement de l'assurance maladie obligatoire et du reste à charge ambulatoire selon le niveau de vie en 2010

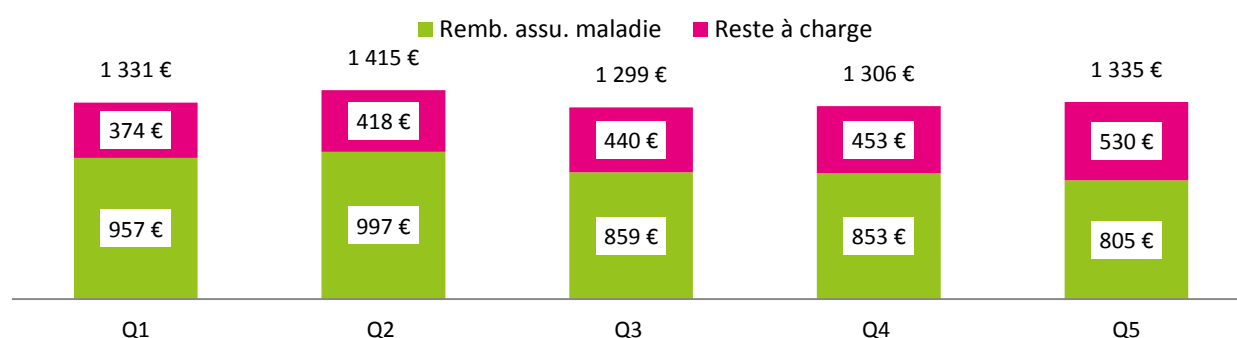
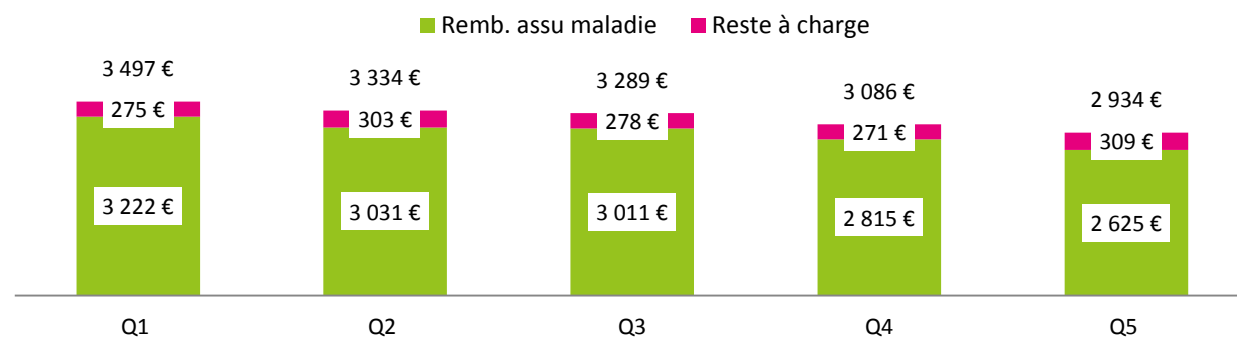


Figure 7 – Montants du remboursement de l'assurance maladie obligatoire et du reste à charge hospitalier selon le niveau de vie en 2010



Sources : IRDES, appariement DCIR-ESPS 2010

Note de lecture : Q1 (premier quintile) correspond aux 20 % des ménages qui ont les niveaux de vie les plus faibles, Q2 (deuxième quintile) aux 40 % des ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles, etc.

Plusieurs profils d'assurés supportant des restes à charge très élevés

Dans une autre étude publiée en avril 2016, l'IRDES analyse le profil des 10 % d'individus qui supportent les restes à charge après couverture par l'assurance maladie obligatoire (mais avant couverture complémentaire) les plus élevés, également à partir de données 2010 de l'enquête ESPS appariée aux données de consommations de soins³⁷. Le reste à charge des personnes étudiées, au minimum de 1 110 € annuels, s'élève en moyenne à 1 914 €, avec 1 620 € pour les soins ambulatoires et 294 € pour les soins hospitaliers. Les postes se rapportant aux omnipraticiens, aux spécialistes et à la pharmacie représentent le tiers des restes à charge des soins ambulatoires. Un

³⁶ Constat qui rejoint, comme le soulignent les chercheurs de l'IRDES, celui du HCAAM relatif au poids prépondérant des tickets modérateurs dans les restes à charge élevés dans le secteur public hospitalier (rapport HCAAM 2013).

³⁷ IRDES – Questions d'économie de la santé n° 217 « Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps », Avril 2016

autre tiers est constitué des soins dentaires. Le reste à charge lié à l'optique représente moins de 20 % du reste à charge ambulatoire.

Tableau 8 – Distribution des 10 % des restes à charge les plus élevés par poste de soins

	Moyenne	% des postes de soins
Ambulatoire	1 620 €	100%
Omnipraticiens	74 €	5,0%
Spécialistes	186 €	11,0%
Dentaire	492 €	30,0%
Biologie	50 €	3,0%
Pharmacie	273 €	17,0%
Optique	268 €	17,0%
Transports	14 €	1,0%
Urgences	4 €	0,0%
Matériels et prothèses	171 €	11,0%
Auxiliaires	87 €	5,0%
Hôpital	294 €	100%
Hospitalisation publique	187 €	64,0%
Hospitalisation privée	107 €	36,0%
Reste à charge total	1 914 €	100%

Sources : IRDES, appariement ESPS 2010-Sniiram 2010 et 2012.

Dans cette population, la variabilité des restes à charge est relativement importante et liée aux postes de soins. Quatre profils sont mis en évidence en fonction des divers postes de soins consommés.

- Un premier profil réunit des patients atteints de maladies chroniques principalement traités en ambulatoire ;
- un second regroupe les individus plutôt précaires (bénéficiaires de la CMU-C notamment) et hospitalisés dans un établissement public ;
- un troisième concerne majoritairement des actifs consommant des soins dentaires ;
- et un quatrième profil rassemble plutôt des seniors non hospitalisés.

Cette étude montre que les restes à charge élevés après remboursement de l'assurance maladie obligatoire sont non seulement liés à des catégories de soins peu remboursées par le régime obligatoire, telles que l'optique ou les soins dentaires, mais concernent aussi une accumulation de restes à charge de différentes natures, issus de soins davantage associés à la maladie. Elle montre également qu'en 2012, la persistance de restes à charge élevés concerne près d'un tiers des 10 % d'individus qui présentaient les restes à charge les plus élevés en 2010 ; il s'agit principalement des patients du premier profil atteints de maladies chroniques.

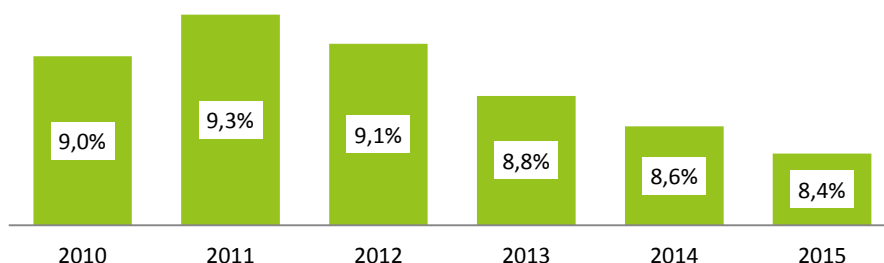
1.2.2.2. Grâce aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire, la France est l'un des pays de l'OCDE où le reste à charge est le plus faible

Compte tenu du niveau de prise en charge individuel des patients par l'assurance maladie obligatoire, le recours à une complémentaire santé permet de réduire l'exposition au risque de reste à charge élevé.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages, après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé, s'établit à 8,4 % de la consommation de soins et de bien médicaux en 2015. Elle est en diminution par rapport aux années antérieures³⁸.

³⁸ DREES - .Panoramas « Les dépenses de santé en 2015– Résultats des Comptes de la santé », édition 2016

Figure 8 – Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



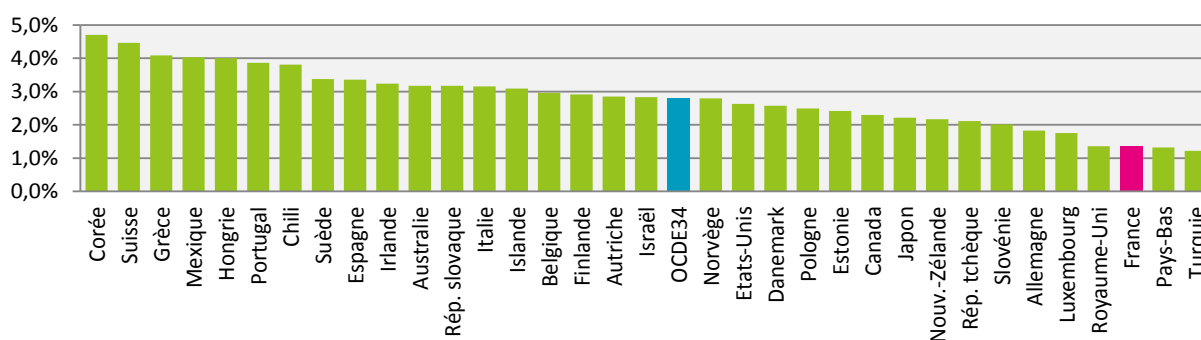
Sources : DREES, Comptes de la santé

Selon la DREES, la diminution du reste à charge des ménages est liée à des facteurs structurels, tels que la croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins d'infirmiers, médicaments rétrocédés ou transports de malades) et la progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des ALD.

Grâce aux assurances maladie obligatoire et complémentaire, le reste à charge des ménages en France est l'un des plus faibles parmi les pays développés. En 2013, au sein des pays de l'OCDE, les ménages ont en moyenne financé 19 % des dépenses de santé alors qu'en France la participation des ménages représente une proportion deux fois plus faible³⁹.

Enfin, par rapport à la consommation totale des ménages en 2013, la part allouée aux dépenses médicales en France n'est que de 1,4 % alors que la moyenne parmi les pays de l'OCDE s'élève à 2,8 %⁴⁰.

Figure 9 – Dépenses de santé à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2013 (ou année la plus proche)



Sources : OCDE, Statistiques sur la santé 2015, traitement Fonds CMU-C

1.2.2.3. Les efforts financiers restent néanmoins plus importants pour les foyers modestes

Détenir une couverture maladie de niveau élevé ne garantit pas nécessairement une protection complète contre le risque de coûts importants des soins.

Le reste à charge moyen après remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires est croissant en fonction du niveau de vie. À l'aide des outils de microsimulation INES et OMAR, la DREES

³⁹ OCDE – Panorama de la santé 2015. Le reste à charge est calculé sur la dépense courante de santé au sens international, agrégat plus large que la CSBM qui inclut aussi les soins de longue durée, les subventions au système de soins, les coûts de gestion et une partie des dépenses de prévention.

⁴⁰ Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.

l'évalue, en 2012, à 240 € par an pour les ménages ayant les 10 % des niveaux de vie les plus faibles (1^{er} décile de niveau de vie) et à 542 € pour les ménages les plus aisés (10 % des niveaux de vie les plus élevés). Cependant, les efforts financiers sont relativement plus importants pour les ménages disposant de faibles revenus. La part du revenu disponible consacrée à ce reste à charge, aussi appelée taux d'effort, diminue fortement en fonction du niveau de vie : elle représente 2,1 % du revenu disponible des ménages du 1^{er} décile et seulement 0,6 % du revenu disponible des ménages du dernier décile.⁴¹

Tableau 9 – Reste à charge par ménage et le taux d'effort correspondant, par décile de niveau de vie, sur les dépenses de santé en 2012

Décile de niveau de vie	Reste à charge annuel moyen final par ménage	Taux d'effort
D1	240 €	2,1 %
D2	312 €	1,8 %
D3	306 €	1,5 %
D4	335 €	1,4 %
D5	322 €	1,1 %
D6	377 €	1,2 %
D7	387 €	1,0 %
D8	414 €	1,0 %
D9	468 €	0,9 %
D10	542 €	0,6 %

Sources : INES-OMAR 2012, DREES

Ceci est confirmé plus récemment dans le baromètre d'opinion 2015 de la DREES, où l'appréciation des dépenses directement assurées par le malade dépend de la catégorie sociale et du niveau de vie. Les ouvriers et les chômeurs sont plus affectés par le montant des restes à charge : 18 % des ouvriers et 15 % des chômeurs trouvent que leur reste à charge est beaucoup trop élevé alors que ce n'est le cas que pour 7 % des cadres supérieurs et des professions libérales⁴².

1.2.3. L'absence de complémentaire santé concerne d'abord les plus modestes

Le taux de personnes non couvertes par une complémentaire santé s'élève à 5 %. Il apparaît que l'absence de complémentaire santé concerne d'abord les populations les plus pauvres.

L'accès à la complémentaire santé dépend en effet du niveau de revenu. D'après la dernière enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS 2012) de l'IRDES, 11 % des personnes appartenant au 1^{er} quintile de revenus n'ont pas de complémentaire santé contre 2 % parmi les personnes du dernier quintile.

Le taux de personnes sans complémentaire santé est aussi particulièrement élevé parmi les chômeurs où 14 % des personnes sont concernées.

Par type de ménage, l'absence de complémentaire santé est plus fréquente chez les personnes seules et les familles monoparentales. Les taux de non-couverture s'élèvent respectivement à 7,4 % et 7,3 %.

⁴¹ Annexe 1 au PLFSS pour 2017 – Programme de qualité d'efficience Maladie

⁴² DREES – Baromètre d'opinion 2015

Tableau 10 – Taux d'absence de complémentaire santé selon le niveau de revenu, l'occupation principale et le type de ménage

Absence de complémentaire santé	
Revenu mensuel par unité de consommation	
1er quintile [0 - 926 €[11,1%
2e quintile [926 - 1 264 €[5,2%
3e quintile [1 264 - 1 600 €[3,3%
4e quintile [1 600 - 2 120 €[2,4%
5e quintile [2 120 € - Max]	2,3%
Non renseigné	5,5%
Occupation principale de la personne	
Actif salarié du secteur privé	3,6%
Actif salarié du secteur public	2,7%
Actif non salarié	5,9%
Chômeur	13,7%
Retraité	4,5%
Autre inactif	5,4%
Femme / homme au foyer	8,7%
Étudiant / enfant	4,3%
Autre situation	14,1%
Non renseignée	-
Type de ménage	
Personne seule	7,4%
Famille monoparentale	7,3%
Couple sans enfant	4,1%
Couple avec enfant(s)	3,9%
Autre situation	12,8%

Source : IRDES – Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2012

Par ailleurs, d'après l'enquête ESPS, parmi les motifs d'absence de complémentaire santé, le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats est le plus fréquemment évoqué. L'absence de complémentaire santé constitue donc un réel désavantage pour les personnes en situation de précarité car elles risquent de renoncer à des soins alors que leur état de santé est en moyenne plus dégradé. Dans son rapport charges et produits de 2016, la CNAMTS a notamment mis en évidence une prévalence des pathologies plus élevée pour les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C par rapport à la population générale (hors ACS et CMU-C). Ils sont beaucoup plus exposés au diabète, aux maladies psychiatriques, aux maladies cardio-vasculaires, etc. (cf. partie 2).

Tableau 11 – Motifs d'absence de complémentaire santé privée

Motifs d'absence de couverture complémentaire privée	%
N'en a pas les moyens - Coût trop élevé	52,8%
Pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une ALD, une invalidité	17,2%
Ne souhaite pas être couvert, n'en a pas besoin	12,4%
En cours d'adhésion	9,3%
N'y pense pas, n'a pas le temps de faire les démarches	8,6%
Autre	13,2%

Source : IRDES - Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2012

2. La CMU-C et l'ACS contribuent à la généralisation de la complémentaire santé au sein des populations précaires

À la fin du premier semestre 2016, 6,9 millions de personnes bénéficiaient d'une aide à la complémentaire santé financée par le Fonds CMU-C, soit 5,5 millions de la CMU-C et 1,4 million d'une attestation ACS. Ils étaient 6,7 millions fin 2015 (5,4 pour la CMU-C et 1,4 pour l'ACS). Ces effectifs importants résultent d'une progression continue depuis la mise en place de la CMU-C et de l'ACS, liée à la fois à la dégradation de la situation économique, qui s'est traduite par une hausse de la pauvreté (cf. partie 1) et aux politiques actives mises en œuvre pour améliorer ces dispositifs et l'accès aux soins des plus pauvres. Préalablement à l'analyse des évolutions sur longue période (cf. partie 3), les éléments ci-dessous présentent les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS (2.1) et dressent le profil des bénéficiaires (2.2 et 2.3)⁴³.

2.1. PRÉSENTATION DES DISPOSITIFS

Les lois du 27 juillet 1999 et du 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins :

- la CMU de base, qui permet aux personnes qui résident en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent pas être affiliées à un autre titre ;
- la CMU complémentaire, qui permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite ;
- l'aide médicale de l'État (AME) qui permet aux personnes résidant en France de façon irrégulière d'accéder à une prise en charge de leurs soins ;
- l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), qui offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C, une aide pour le financement d'un contrat de complémentaire santé.

2.1.1.1. La CMU de base supprimée au 1^{er} janvier 2016 à la suite de l'entrée en vigueur de la protection universelle maladie

La protection universelle maladie (PUMA,) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière le droit à la prise en charge de ses frais de santé⁴⁴.

De fait, la CMU de base, qui permettait à toute personne résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier des prestations en nature du régime général dans les mêmes conditions que les autres assurés, disparaît.

2.1.1.2. La CMU complémentaire (CMU-C)

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux, etc.) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, elle inclut des forfaits de prise en charge des dépassements pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux, autorisés dans la limite de plafonds opposables.

⁴³ Les données sur le profil des bénéficiaires correspondent à des périodes différentes pour la CMU-C et l'ACS compte tenu de leur disponibilité : 2015 pour la CMU-C ; 2016 pour l'ACS (les données de structure par âge ont été transmises par les organismes complémentaires à compter du 1^{er} janvier 2016)

⁴⁴ Article L.160-1 du code de la sécurité sociale.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais ; les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie⁴⁵.

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient⁴⁶.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales⁴⁷. Par ailleurs, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires de la CMU-C.

Le bénéfice de la CMU-C ouvre également droit aux tarifs sociaux⁴⁸ de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

A. Les conditions d'attribution de la CMU-C⁴⁹

■ Résider en France de manière régulière

Cette condition est remplie pour les personnes de nationalité française ou par la production d'un titre de séjour⁵⁰.

■ Résider en France de manière stable

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, personnes ayant accompli un volontariat international à l'étranger⁵¹, etc.

Lors de la demande de renouvellement, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile)⁵².

Dans le cadre de la mise en œuvre de la protection universelle maladie, les conditions d'appréciation de la stabilité et de la régularité de la résidence ont été respectivement précisées par le décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 et le décret n° 2017-240 du 24 février 2017⁵³.

■ Bénéficiaire de la prise en charge de ses frais de santé par l'assurance maladie obligatoire

La CMU-C intervient en complément de la prise en charge des frais de santé des personnes affiliées à l'assurance maladie au titre de leur résidence stable et régulière en France ou au titre de leur activité professionnelle.

■ Avoir des ressources inférieures à un plafond

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, déterminé par décret et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année⁵⁴ et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer⁵⁵.

⁴⁵ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale
Arrêté du 30 mai 2006 modifié par l'arrêté du 27 mars 2007
Arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002

⁴⁶ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale

⁴⁷ Article L.160-15 du code de la sécurité sociale

⁴⁸ Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité et Décret 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité come produit de première nécessité.

⁴⁹ Article L.861-1 du code de la sécurité sociale

⁵⁰ Article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale

⁵¹ Article R.380-1 du code de la sécurité sociale – Abrogé – Article D. 160-2 du code de la sécurité sociale

⁵² Article R.115-6 du code de la sécurité sociale

⁵³ Décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie

Au 1^{er} avril 2017, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 723 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 709 € pour une personne seule au 1^{er} avril 2017⁵⁶.

B. Les ressources prises en compte

Pour le calcul du droit à la CMU-C, les ressources du foyer perçues en France et/ou à l'étranger au cours des douze mois précédant la demande sont prises en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés imposables perçus au cours de l'avant-dernière année civile précédant la demande⁵⁷.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (en 2017, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 64,41 €)⁵⁸.

Certaines prestations ne sont pas prises en compte dans les ressources, notamment : le RSA, la prime d'activité, la prime d'accueil du jeune enfant, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de rentrée scolaire⁵⁹.

Les revenus d'activité pris en compte sur la période de référence sont abattus de 30 % lorsqu'au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieure à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle⁶⁰.

C. Modalités de gestion et sortie du dispositif

La CMU-C est gérée, au choix du demandeur, soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire de base, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire⁶¹. Un décret en date du 12 avril 2017 prévoit la désignation par défaut de l'organisme d'assurance maladie obligatoire en cas d'absence de choix par l'assuré, pour éviter l'écueil du report d'ouverture des droits au motif d'incomplétude du dossier.

À l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € *hors taxes* par an en 2016, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins⁶².

Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année et implique de réaliser les mêmes démarches administratives que lors de la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit⁶³.

⁵⁴ Article L.165-25 du code de la sécurité sociale

⁵⁵ Article R.861-3 du code de la sécurité sociale

⁵⁶ Les dispositifs ne sont pas applicables à Mayotte

⁵⁷ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁵⁸ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

⁶⁰ Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

⁶¹ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

⁶² Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1999. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

⁶³ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

2.1.1.3. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de 35 % et moins le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière venant en déduction des cotisations dues pour le paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'Etat dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence renouvelable tous les trois ans. Onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS (cf. partie 3.5 sur la réforme de l'ACS).

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due pour l'acquisition du contrat. Cette aide réduit et dans certains cas, prend totalement en charge, le montant de la cotisation annuelle.

Les bénéficiaires ayant utilisé leur aide en souscrivant un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS, ont droit à la dispense intégrale d'avance des frais (tiers payant intégral).

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas utilisé leur attestation en souscrivant un contrat sélectionné, cette dispense d'avance de frais est limitée à la partie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ce droit au tiers payant sur la part obligatoire est valable 18 mois à compter de l'attribution de l'ACS. On parle alors de tiers payant social.

Le tiers payant doit être accordé systématiquement par le professionnel de santé aux bénéficiaires de l'ACS, soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition *via* les télé services de l'assurance maladie.

Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie⁶⁴.

■ Les conditions d'attribution de l'ACS

Pour bénéficier de l'ACS, le demandeur doit résider en France de façon stable et régulière dans les mêmes conditions que celles requises pour le bénéfice de la CMU-C.

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, déterminé par décret et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année⁶⁵ et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer⁶⁶.

Au 1^{er} avril 2017, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 776 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 13 107 € pour une personne seule.

Les ressources sont prises en compte selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit⁶⁷.

Pour récupérer le montant de l'ACS, qu'il déduit des cotisations dues par l'adhérent, l'organisme complémentaire déduit chaque trimestre un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents de la contribution qu'il verse à l'URSSAF au titre de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA).

⁶⁴ Arrêté du 21 décembre 2012 portant modification de l'annexe au décret no 2004-325 du 8 avril 2004 modifié relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité.

Décret n° 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

⁶⁵ Article L.165-25 du code de la sécurité sociale

⁶⁶ Article R.861-3 du code de la sécurité sociale

⁶⁷ Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

Encadré 1 – Plafonds d'attribution à la CMU-C/AME et à l'ACS, forfaits logement et montant de l'ACS

■ **Plafonds d'attribution de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS au 1^{er} avril 2017 en métropole**

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	8 723 €	727 €	11 776 €	981 €
2	13 085 €	1 090 €	17 664 €	1 472 €
3	15 701 €	1 308 €	21 197 €	1 766 €
4	18 318 €	1 527 €	24 730 €	2 061 €
Par personne en +	3 489,20 €	290,77 €	4 710,42 €	392,54 €

■ **Plafonds d'attribution de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS au 1^{er} avril 2017 dans les Dom**

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	9 709 €	809 €	13 107 €	1 092 €
2	14 563 €	1 214 €	19 660 €	1 638 €
3	17 476 €	1 456 €	23 592 €	1 966 €
4	20 388 €	1 699 €	27 524 €	2 294 €
Par personne en +	3 883,48 €	323,62 €	5 242,70 €	436,89 €

■ **Montant du forfait logement applicable en 2017**

Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition familiale. Il est fixé en référence du montant du RSA et doit être déterminé pour chaque mois de la période de référence.

Nbre de personnes	Propriétaire - occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement	
	Montants mensuels		Montants mensuels	
	pour 2016	pour 2017	pour 2016	pour 2017
1 personne	12 % du RSA 1 personne, soit 62,96 euros (1)	12 % du RSA 1 personne, soit 64,22 euros (3)	12 % du RSA 1 personne, soit 62,96 euros (1)	12 % du RSA 1 personne, soit 64,22 euros (3)
	64,22 euros (2)	64,41 euros (4)	64,22 euros (2)	64,41 euros (4)
2 personnes	14 % du RSA 2 personnes, soit 110,18 euros (1)	14 % du RSA 2 personnes, soit 112,39 euros (3)	16 % du RSA 2 personnes, soit 125,92 euros (1)	16 % du RSA 2 personnes, soit 128,44 euros (3)
	112,39 euros (2)	112,72 euros (4)	128,44 euros (2)	128,83 euros (4)
3 personnes ou +	14 % du RSA 3 personnes, soit 132,22 euros (1)	14 % du RSA 3 personnes, soit 134,86 euros (3)	16,5 % du RSA 3 personnes soit 155,83 euros (1)	16,5 % du RSA 3 personnes soit 158,95 euros (3)
	134,86 euros (2)	135,27 euros (4)	158,95 euros (2)	159,42 euros (4)

Encadré 2 – Montant des minima sociaux au 1^{er} septembre 2016**■ Montants mensuels des minima sociaux au 1^{er} septembre 2016**

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
RSA (Revenu de solidarité active)	536,78 €	805,17 €	966,20 €	1 127,24 €	214,71 €
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	810,89 €	–	–	–	–
AAH + MVA (Majoration Vie Autonome*)	915,66 €	–	–	–	–
AAH + CPLT de ressources**	990,20 €	–	–	–	–
ASS (Allocation de solidarité spécifique) pour un mois de 30 jours (16,32 €/jour)	489,60 €	–	–	–	–
ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées)	803,20 €	1 246,97 €	–	–	–
SMIC net au 01/01/2017 pour 35 heures (montant moyen à titre indicatif)	1 150,00 €	–	–	–	–

* Majoration pour vie autonome : 104,77 €

Supplément versé aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et disposant d'un logement autonome pour lequel ils perçoivent une aide au logement

** Complément de ressources : 179,31 €

Versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome

2.1.1.4. L'aide médicale de l'État (AME)

L'AME s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière résidant en France de façon stable (depuis plus de trois mois) et ayant des ressources inférieures à un plafond égal au plafond d'attribution de la CMU-C.

L'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.

L'AME est gérée par les caisses primaires d'assurance maladie, qui instruisent également les demandes. Elle est accordée pour un an et prend effet à la date de dépôt du dossier.

■ Les prestations prises en charge⁶⁸

Les dépenses de santé sont prises en charge jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.

Sur présentation de la carte de droit à l'AME, le bénéficiaire est dispensé de l'avance des frais.

Le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés n'est pas applicable aux bénéficiaires de l'AME.

La quasi-totalité des frais de santé est prise en charge : les frais de médecine générale et de spécialité, les frais de soins et de prothèses dentaires, le forfait journalier hospitalier, les frais d'hospitalisation et de traitement en établissement, les frais pharmaceutiques et d'appareil, etc.

Sont exclus de la prise en charge par l'AME, les frais relatifs aux cures thermales, les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

Pour les mineurs, les frais médicaux restent pris en charge à 100 % dans tous les cas.

⁶⁸ Article L.251-2 du code de l'action sociale et des familles

2.1.1.5. Les aides extralégales versées par les caisses d'assurance maladie pour favoriser l'accès aux soins

A. Les aides financières extralégales attribuées par les CPAM

Deux types d'aides sont attribuées par les CPAM au titre de leur action sociale : les aides complémentaires au dispositif légal ACS⁶⁹ et les aides « effet de seuil ACS »⁷⁰. Compte tenu de la réforme de l'ACS et de la baisse du reste à payer sur les prix des contrats constatée, les montants attribués à ce titre ont baissé au profit d'une réorientation de ces crédits.

Ainsi, pour la deuxième année consécutive, ces aides ont diminué en 2015 pour bénéficier à 265 025 bénéficiaires (-17 %, -15 % en 2014) et ce, pour un total de 22,4 millions d'euros (-32 %, -19 % en 2014)⁷¹.

En 2015, 11 CPAM n'ont alloué aucune de ces deux aides. 56 CPAM (63 en 2014) ont accordé les deux types d'aides, 28 CPAM (32 en 2014) n'ont accordé que des aides « compléments ACS », 7 CPAM (4 en 2014) uniquement des aides « effet de seuil ».

En se basant sur le régime d'appartenance de l'ouvreur de droit, on constate que les principaux bénéficiaires de ces aides sont les retraités (25 %), les salariés (22 %), les chômeurs (21 %) et les bénéficiaires de l'AAH (18 %). En 2014, les principaux bénéficiaires de ces aides étaient les chômeurs (34 %), les retraités (25 %) et les salariés (24 %).

Proposition 1 – Concentrer les aides extralégales versées par les caisses d'assurance maladie, sur les bénéficiaires de l'ACS qui, malgré la réforme de 2015, conservent les plus gros reste à payer sur leur contrat (ex : personnes âgées) ainsi que sur les personnes modestes dont les ressources les excluent de peu du dispositif (effet de seuil résultant du plafond de ressources, inchangé avec la réforme de 2015).

B. Enquête de la MSA relative aux aides financières individuelles destinées à améliorer l'accès aux soins des ressortissants

La politique d'action sociale des caisses de MSA et les conditions de sa mise en œuvre relèvent de la responsabilité de leur conseil d'administration sur proposition des comités paritaires d'action sanitaire et sociale (CPASS). S'inscrivant dans un cadrage institutionnel défini par le conseil central de la MSA, cette politique prend la forme d'une part, de prestations dont les conditions sont définies par des règlements de prestations extralégales, propres à chaque caisse, et, d'autre part d'aides exceptionnelles ou ponctuelles attribuées sur la base de l'étude de situations individuelles.

Près de deux caisses sur trois laissent une participation à la charge de la personne, cette participation est à l'appréciation du CPASS. Certaines caisses ont également défini un plafond de prise en charge.

La CCMSA établit, chaque année depuis quatre ans, un bilan des aides extra-légales au moyen d'une enquête auprès d'un échantillon des mêmes 35 caisses MSA.

■ Les résultats de l'enquête pour 2014

Le montant total des aides est de près de 3 M€, dont près de 40% correspond à des aides exceptionnelles.

- 17 caisses attribuent une prestation extralégale à l'acquisition d'une complémentaire santé, parmi elles, 11 attribuent également des aides financières ponctuelles. Le montant moyen accordé est de 350 € (contre 309 € en 2013) ;

⁶⁹ Aides qui complètent l'ACS légale accordée

⁷⁰ Aides accordées aux personnes dont le niveau des revenus dépasse le plafond des revenus de l'ACS

⁷¹ 242 762 personnes (-16 %) ont bénéficié d'aides « compléments ACS » pour un montant total de 17,9 millions d'euros (-16 %). L'aide moyenne sur ce champ est de 74 € (93 € en 2014). 22 263 personnes (-22 %) ont bénéficié d'aides « effet de seuil » pour un montant total de 4,5 millions d'euros (-20 %). L'aide moyenne sur ce champ est de 201 € (205 € en 2014).

- 23 caisses attribuent des aides exceptionnelles ou ponctuelles d'un montant moyen de 337 € (contre 301 € en 2013), aux bénéficiaires de l'ACS, pour faciliter l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- 18 caisses accordent une prestation à la prise en charge du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et l'organisme de complémentaire santé. Le montant total des prestations accordées en 2014 est en diminution de 14 %, bien que le nombre de bénéficiaires soit stable ;
- 23 caisses attribuent une prestation pour le financement des dépenses de soins non prises en charge par l'assurance maladie. Le montant moyen accordé est de 334 €.

Par poste de soins, les aides pour le financement de prothèses dentaires représentent 35,7 % des aides à la prise en charge du reste à charge, celles du financement de l'appareillage auditif représentent 24,7 % ;

Tableau 12 – Type et nombre d'aides accordées par tranche d'âge en 2014

Type d'aide	Nombre de bénéficiaires			Total des bénéficiaires	Montant total des aides
	16 - 25 ans	26 - 62 ans	> 62 ans		
Prestation à l'acquisition d'une complémentaire santé	80	448	709	1 237	432 833 €
Aide exceptionnelle ou ponctuelle complémentaire à l'ACS	47	1 276	243	1 566	527 271 €
Prestation à la prise en charge du RAC sur dépenses de santé	65	651	936	1 652	657 314 €
Aide exceptionnelle ou secours à la prise en charge du RAC sur dépenses de santé	63	1 052	1 305	2 420	1 118 850 €
Aide aux dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie	10	222	176	408	136 073 €
Total	265	3 649	3 369	7 283	2 872 341 €

Source : MSA

Tableau 13 – Postes de dépenses concernés par des aides à la prise en charge du RAC après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé

Dépense moyenne par bénéficiaire	Prothèses dentaires	Optique	Appareillage auditif	Cures thermales	Forfait hospitalier	Pharmacie	Dépenses autres
16 - 25 ans	650 €	147 €	536 €	300 €	440 €	83 €	488 €
26 - 62 ans	575 €	240 €	630 €	191 €	439 €	289 €	398 €
> 62 ans	510 €	247 €	588 €	167 €	455 €	180 €	347 €
Dépense moyenne	544 €	241 €	594 €	175 €	447 €	217 €	385 €
Poids / dépense totale	35,7%	5,7%	24,7%	3,3%	10,2%	1,6%	18,8%

Source : MSA

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C

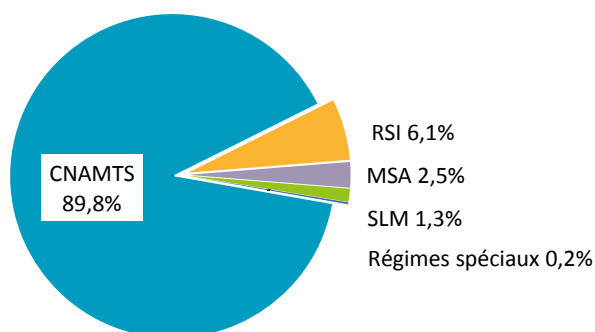
Fin 2015, les effectifs de la CMU-C sont estimés à 5,4 millions de bénéficiaires, soit 8 % de la population française. Compte tenu du poids du régime général dans l'ensemble des régimes, la majorité des bénéficiaires de la CMU-C relève de ce régime (90 %). Les bénéficiaires sont plus jeunes que la population générale et particulièrement présents dans les régions où le taux de chômage est élevé. Enfin, ils optent majoritairement pour une gestion de leurs droits par leur caisse d'assurance maladie.

2.2.1. Une population jeune et féminine, principalement affiliée au régime général

2.2.1.1. Les bénéficiaires de la CMU-C sont à 90 % affiliés au régime général

Les bénéficiaires de la CMU-C sont à 90 % des assurés du régime général. Les autres bénéficiaires se répartissent entre 6 % pour le régime des indépendants, 2,5 % pour le régime agricole, 1,3 % pour les sections locales mutualistes (SLM) et 0,2 % pour les régimes spéciaux.

Figure 10 – CMU-C, répartition des bénéficiaires par régime de base, métropole et dom, décembre 2015



Sources : tous régimes

2.2.1.2. Les bénéficiaires de la CMU-C sont des personnes jeunes

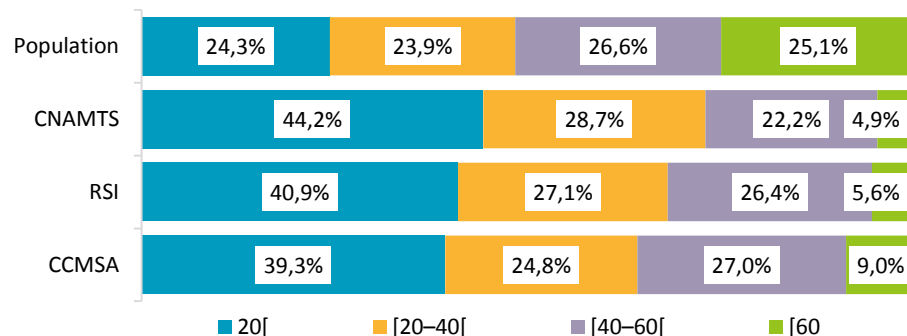
En métropole, alors que les quatre tranches d'âge de la population française [19 ans], [20-39 ans], [40-59 ans], [60 ans] se distribuent en quatre parts à peu près égales, la population des bénéficiaires de la CMU-C se présente comme nettement plus jeune, surtout au régime général.

Le fait que les personnes retraitées bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ne soient pas éligibles à la CMU-C explique la très faible part de bénéficiaires de la CMU-C âgés de 60 ans et plus (de 5 % au régime général à 9 % au régime agricole).

Les jeunes de moins de 20 ans représentent la plus grande proportion de bénéficiaires (de 39 % au régime agricole à 44 % au régime général).

Le régime agricole est assez proche de la population générale pour les deux tranches d'âges [20-39 ans] et [40-59 ans].

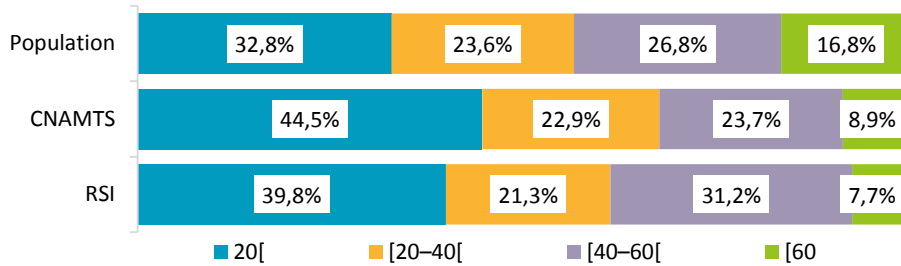
Figure 11 – CMU-C, répartition des bénéficiaires par tranche d'âge, CNAMTS, RSI, CCMSA et de la population générale, métropole, fin 2015



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

Dans les Dom, la population générale est nettement plus jeune qu'en métropole avec seulement 17 % de personnes âgées de 60 ans et plus. Cependant, au régime général, les bénéficiaires de la CMU-C de moins de 20 ans sont en même proportion qu'en métropole, alors que les bénéficiaires de 60 ans et plus sont plus nombreux (9 %).

Figure 12 – CMU-C, répartition des bénéficiaires par tranche d'âge, CNAMTS, RSI, CCMSA et de la population générale, Dom, fin 2015



Les données âge / sexe pour les Dom ne sont pas disponibles à la CCMSA

Sources : CNAMTS, RSI, INSEE

Si la répartition des bénéficiaires de la CMU-C par tranche d'âge n'évolue qu'à la marge, toutes choses égales par ailleurs, c'est le nombre de bénéficiaires de plus de 60 ans qui a le plus progressé à partir de 2013 en métropole, et 2014 dans les Dom, ceci en lien conjointement avec la revalorisation exceptionnelle du plafond CMU-C et le recul de l'âge de l'ouverture des droits à la retraite.

Figure 13 – CMU-C, évolution des bénéficiaires par tranche d'âge, pour le total des trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA, métropole, de 2011 à 2015

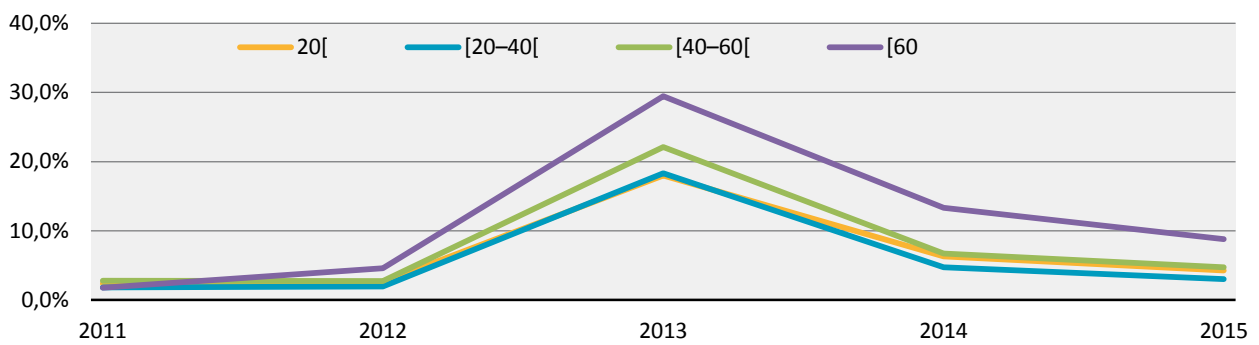
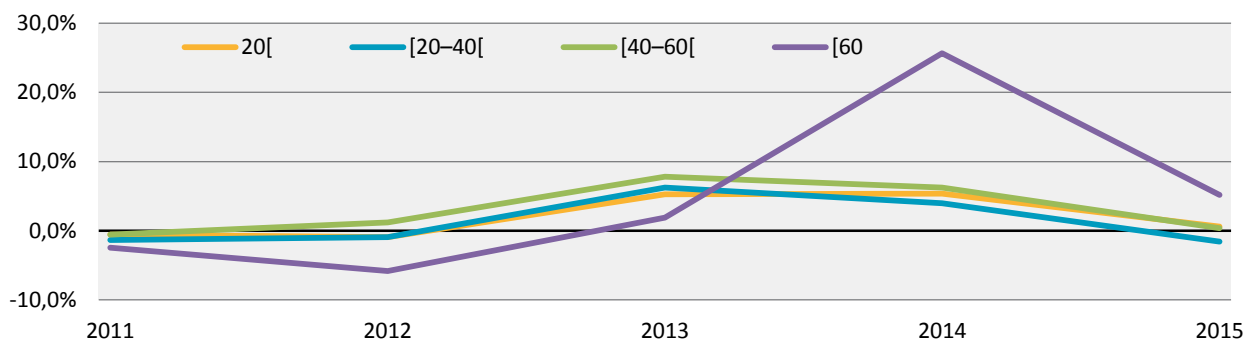


Figure 14 – CMU-C, évolution des bénéficiaires par tranche d'âge, pour le total des trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA, Dom, de 2011 à 2015

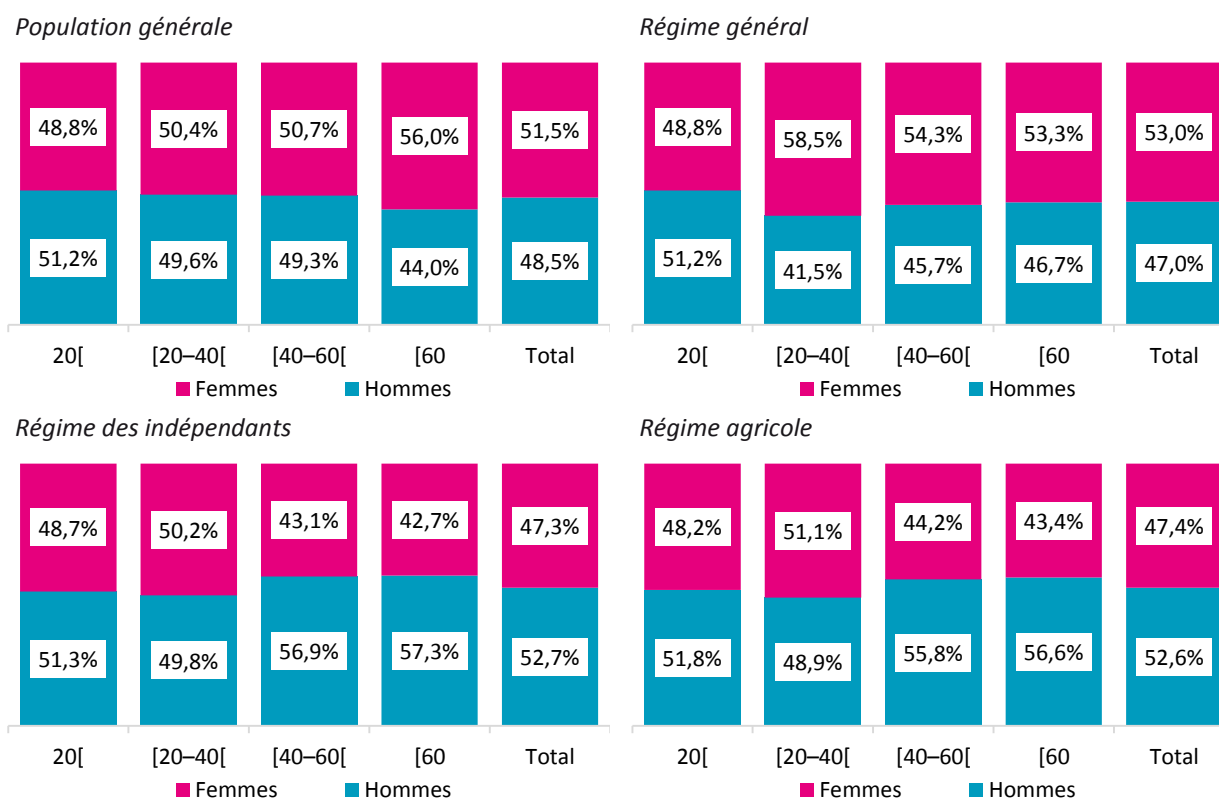


2.2.1.3. Au régime général, les bénéficiaires de la CMU-C sont un peu plus souvent des femmes

En métropole, la répartition hommes / femmes pour les bénéficiaires de la CMU-C au régime général est semblable à celle de la population générale pour les moins de 20 ans, avec une légère majorité de jeunes hommes (51 %). Chez les 20-60 ans, alors qu'il y a une quasi parité hommes / femmes en population générale, avec un très léger avantage pour les femmes, ces dernières sont en nette majorité parmi les bénéficiaires de la CMU-C de 20 à 40 ans (58 % CMU-C vs 50 % population) et restent un peu plus nombreuses pour les 40 à 60 ans (CMU-C 54 % vs 51 % population). Pour les 60 ans et plus, les femmes restent proportionnellement plus nombreuses, mais moins qu'en population générale (56 % au RG vs 53 % CMU-C).

Pour le régime des indépendants et le régime agricole, les hommes sont en légère minorité chez les 20-40 ans et nettement majoritaires à partir de 40 ans.

Tableau 14 – CMU-C, répartition des bénéficiaires par sexe et par tranche d'âge, pour les trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA et la population générale, métropole, fin 2015



2.2.2. Une population fortement représentée dans les DOM, le Nord, le Sud et certains départements de la région parisienne

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 8 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), dont 7 % en métropole et 32 % dans les Dom.

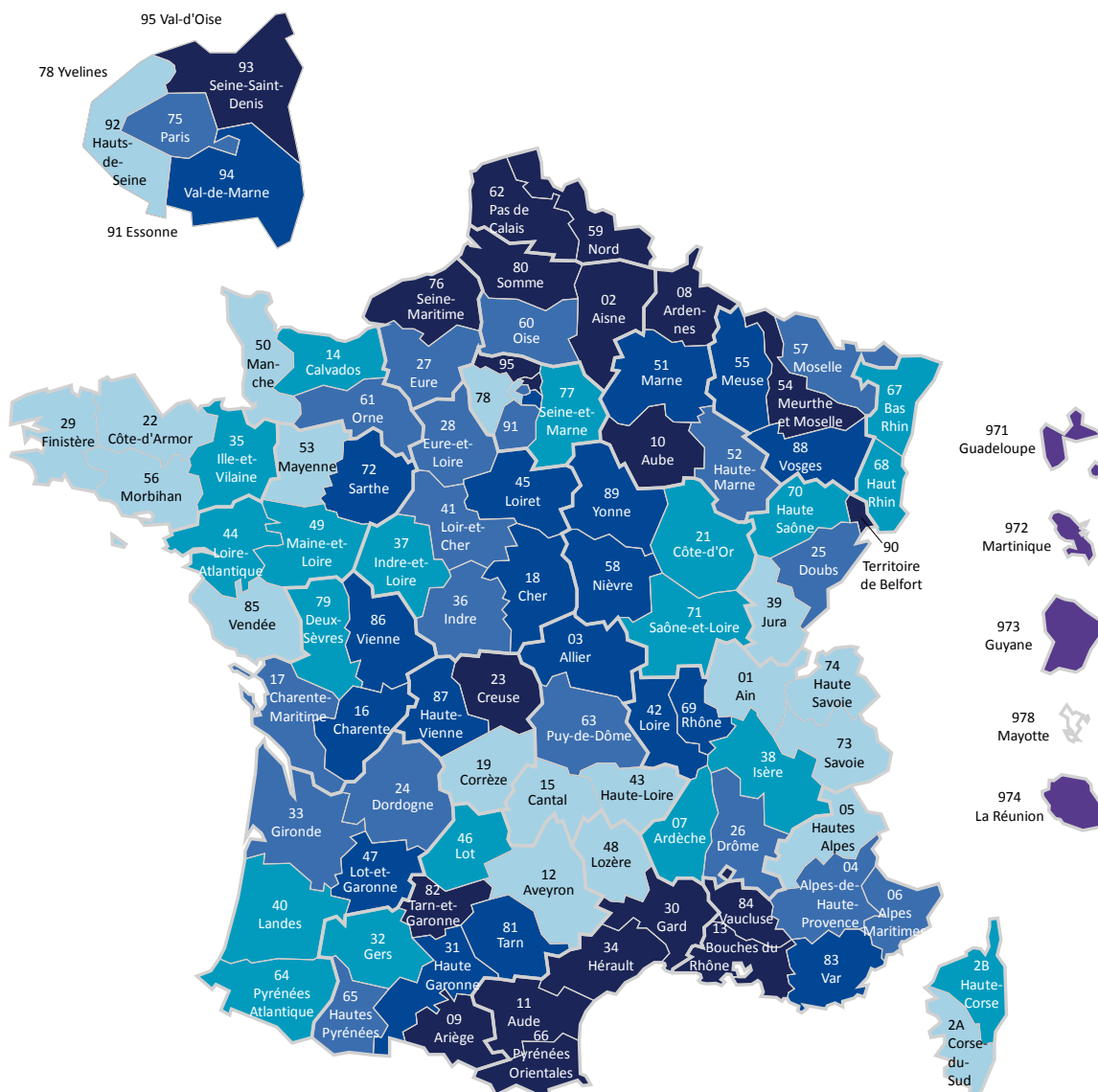
Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-Est et la région parisienne. Les départements de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent les plus faibles taux.

En métropole, cinq départements (Nord, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis, Pas-de-Calais, Paris) regroupent 23 % des bénéficiaires de la CMU-C, pour les trois principaux régimes, alors qu'ils ne représentent que 15 % de la

population. Les quatre premiers départements ont des taux de bénéficiaires qui se situent entre 11 % et 15 % de la population.

Dans les Dom, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 24 % pour la Martinique et 38 % pour la Guyane.

Figure 15 – CMU-C, densité des bénéficiaires par rapport à la population, par département, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), fin 2015



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population			Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>=	2,8%	<	4,9%	19	438 603	9,3%
	>=	4,9%	<	6,1%	19	718 634	15,3%
	>=	6,1%	<	6,8%	19	858 593	18,3%
	>=	6,8%	<	7,8%	19	892 351	19,0%
	>=	7,8%	<=	14,6%	20	1 792 077	38,1%
					96	4 700 257	100,0%
Répartition Dom							
Couleur	Pourcentage population			Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>=	24,3%	<=	37,8%	4	611 448	100%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outils : Philcarto – Mayotte : non renseigné

2.2.3. Les bénéficiaires de la CMU-C choisissent majoritairement leur caisse d'assurance maladie pour gérer leurs droits

2.2.3.1. Le choix de gestion de la CMU-C par un organisme complémentaire baisse pour tous les régimes de base

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir de confier la gestion de leurs prestations à leur régime de base ou bien à un organisme complémentaire inscrit sur une liste tenue et mise à jour annuellement par le Fonds CMU-C. Également, lorsqu'une personne bénéficie d'une complémentaire santé préalablement à l'attribution de la CMU-C, la gestion de la CMU-C est confiée de droit à l'organisme complémentaire.

En 2015, 12 % des bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour la gestion de leurs droits par un organisme complémentaire, mais ce pourcentage n'est pas homogène selon les régimes de base.

Pour les SLM, la part de bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC est de 28 %. Ce score est lié à la particularité de ces organismes. Ils ont délégation pour la gestion des droits de base mais ils peuvent être également des organismes complémentaires ou structurellement très proches d'organismes complémentaires. De fait, la gestion de la CMU-C est plus naturellement orientée vers l'OC. De plus, un grand nombre de bénéficiaires étaient couverts par la complémentaire adossée à leur SLM, antérieurement à l'attribution de la CMU-C.

Les régimes agricoles et des indépendants (respectivement 17 % et 15 % de gestion OC) sont, dans une moindre mesure, concernés par la même particularité que celle des SLM, lorsqu'ils s'en remettent à des organismes conventionnés pour la gestion des droits de base. Pour ces régimes également, la population diffère légèrement de celle gérée par la CNAMTS. Leurs ressortissants ont plus fréquemment déjà eu recours à un organisme complémentaire avant de bénéficier de la CMU-C.

La part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs droits a progressivement diminué lors des quatre dernières années. De fin 2012 à fin 2015, cette proportion est passée de 15 % à 12 %.

Par régime d'affiliation des bénéficiaires, cette part a reculé de :

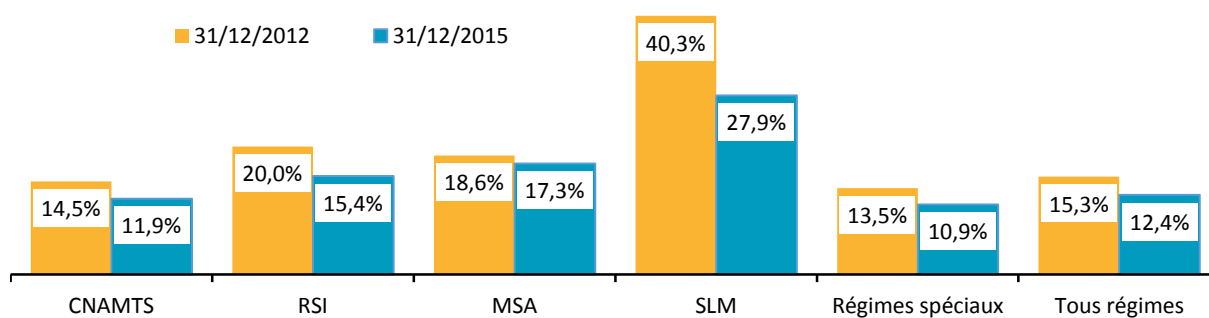
- 2,6 points au régime général ;
- 4,6 points au régime des indépendants ;
- 1,2 point au régime agricole ;
- 12,4 points pour les SLM ;
- 2,5 points pour les régimes spéciaux.

Au régime général, pour les instructions du RSA réalisées via @Rsa, un flux dématérialisé est transmis automatiquement par la CNAF à la CNAMTS, pour signaler les instructions de demandes de CMU-C. Dans ce cadre, le choix

de gestion de la CMU-C porte vraisemblablement plus souvent sur le régime obligatoire même si le choix entre la gestion par le régime et la gestion par un OC doit être présenté au bénéficiaire.

Enfin, le passage en 2013 à la prise en charge des dépenses au titre de la CMU-C sur la base de la dépense réelle a amené certains organismes complémentaires à se retirer de la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. Ceux-ci sont passés de 438 organismes en 2012 à 321 en 2015, puis 273 en 2016, cette diminution devant toutefois être également interprétée au regard des nombreuses fusions opérées ces dernières années.

Figure 16 – CMU-C, part du choix de gestion par un OC en fonction du régime de base, métropole et dom, décembre 2012 et décembre 2015



Sources : tous régimes

Tableau 15 – CMU-C, SLM, effectifs et part du choix de gestion par un OC, métropole et Dom, novembre 2015

MFP		Total	Gestion OC	Part OC
MFP		2 360	306	13,0%
dénombrement à part	MNH	430	212	49,3%
	MGP	22	16	72,7%
	MNT	137	137	100,0%
	MNAM	0	0	0,0%
	HFP	481	481	100,0%
	MGEN	6 455	3 852	59,7%
	MG	349	270	77,4%
Mutuelles étudiantes				
LMDE		22 876	7 377	32,2%
UITSEM		7 121	0	0,0%
USEM	MEP	6 713	374	5,6%
	MGEL	4 614	2 267	49,1%
	SMEBA	3 575	1 310	36,6%
	SMENO	5 610	2 543	45,3%
	SMERAG	657	202	30,7%
	SMEREP	5 841	385	6,6%
	VITTAVI	3 552	0	0,0%
Autres SLM				
COVIMUT		8	8	100,0%
MCVPAP		61	61	100,0%
MUTMUN		18	0	0,0%
		70 880	19 801	27,9%

Sources : SLM

2.2.3.2. Les plus forts recours à la gestion de la CMU-C par un organisme complémentaire sont très localisés

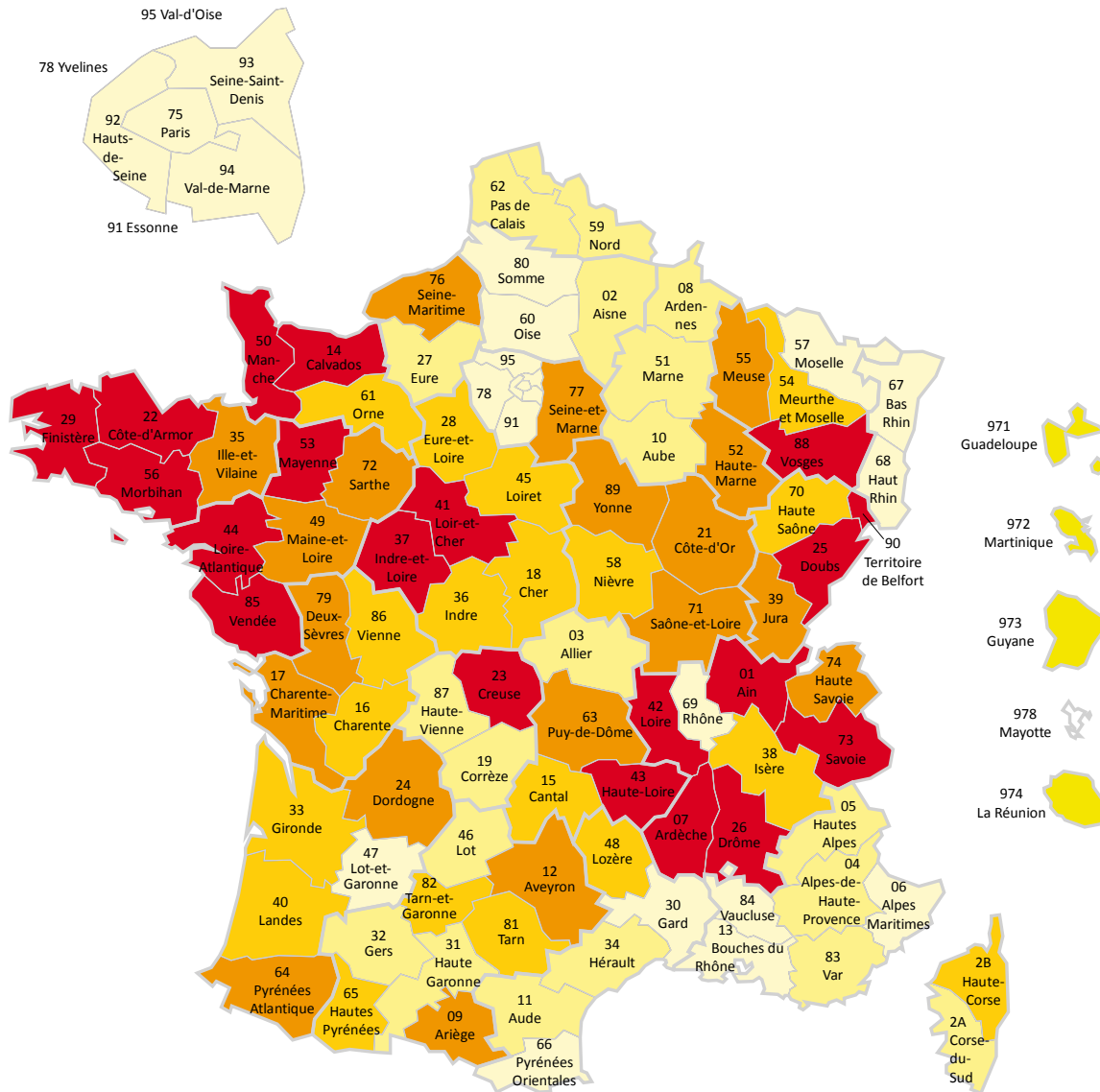
En métropole, le choix de gestion de la CMU-C par un organisme complémentaire est prédominant dans les départements de l'ouest et de la Bretagne, dans trois départements du centre (Loir et Cher, Indre et Loire, Creuse), dans les quatre départements contigus de la Loire, Haute-Loire, Drôme, Ardèche et dans deux départements plus à l'est (Vosges, Doubs). Ce sont des départements à forte couverture mutualiste, qui ont fait l'objet de politiques volontaristes d'orientation vers un OC dès la mise en place de la CMU-C.

Au global, les 38 départements de métropole ayant une densité de bénéficiaires en choix de gestion OC inférieure ou égale à 15 % rassemblent 61 % des bénéficiaires.

Dans les Dom, le choix de gestion par un OC est quasi nul pour la Guyane et La Réunion et se situe entre 11 % pour la Guadeloupe et 14 % pour la Martinique.

En métropole comme dans les Dom, les proportions de bénéficiaires ayant fait le choix d'un OC pour la gestion de la CMU-C baissent dans tous les départements, même dans les zones à forte densité, dont un recul de 31 points en Guadeloupe entre 2012 et 2015, lié à des retraits d'organismes de la liste des organismes gestionnaires de la CMU-C.

Figure 17 – CMU-C, densité des bénéficiaires ayant choisi un OC pour la gestion de leurs droits, par rapport à l'ensemble des bénéficiaires, par département, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), fin 2015



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage OC		Nombre	Effectifs CMUC	Pourcent Effectifs CMUC		
	>=	1,7%	<	9,8%	19	1 746 094	37,1%
	>=	9,8%	<	15,0%	19	1 130 693	24,1%
	>=	15,0%	<	18,3%	19	560 542	11,9%
	>=	18,3%	<	24,2%	19	679 053	14,4%
	>=	24,2%	<=	40,0%	20	583 876	12,4%
					96	4 700 257	100,0%
Répartition Dom							
	>=	0,0%	<=	13,7%	4	611 448	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outils : Philcarto – Mayotte : non renseigné

2.2.4. L'évolution des bénéficiaires de la CMU-C au titre du RSA socle

Les données des effectifs de la CMU de base étaient suivies par le Fonds CMU-C pour disposer d'éléments sur les bénéficiaires de la CMU de base au titre du RSA socle, qui disposent d'un droit ouvert automatique à la CMU-C. Le suivi de cette population, du taux de recours effectif de ces bénéficiaires à la CMU-C, constitue un enjeu majeur d'analyse, dans la mesure ils représentent plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C. Après mise en œuvre de la Puma en 2016, leur suivi est maintenu.

Avant mise en place de la Puma, à fin décembre 2015, on estime à un peu plus de 2,5 millions le nombre de bénéficiaires de la CMU de base pour l'ensemble du territoire à partir des données du régime général. Ces données n'intègrent pas les travailleurs frontaliers en Suisse ni les ressortissants communautaires inactifs. Par requête ponctuelle, fin juin 2015, la CNAMTS a pu décompter 159 500 bénéficiaires au régime 816 (travailleurs frontaliers en Suisse avec cotisation) et 311 bénéficiaires au régime 817 (travailleurs frontaliers en Suisse sans cotisation), soit un total de 159 811 travailleurs frontaliers en Suisse.

Ainsi, fin 2015 le nombre de bénéficiaires de la CMU-B se situerait autour de 2,7 millions.

La mise en place de la PUMA, à compter du 1^{er} janvier 2016, entraîne des modifications dans le suivi de la protection maladie, pour la part du régime obligatoire au titre de la résidence. Les données ne sont désormais plus transmises par la CNAMTS que pour les bénéficiaires de la protection maladie de base au titre du RSA (régime 806). C'est uniquement pour le suivi de cette population qu'une transition est envisageable entre la fin de la CMU-B et la mise en place de la PUMA.

2.2.4.1. Les derniers éléments sur la CMU de base

A. La prédominance du régime 806

Le régime 806 regroupe de loin le plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU-B : 77 % en métropole, 82 % dans les Dom. Leur nombre se situe autour de 1,6 million fin 2015 pour l'ensemble du territoire. Le second régime (802) concerne les personnes affiliées à la CMU-B sans cotisation : 20 % en métropole et 17 % dans les Dom.

Tableau 16 – CMU-B, définition des régimes d'attribution et part pour chaque régime, métropole et Dom, fin 2015

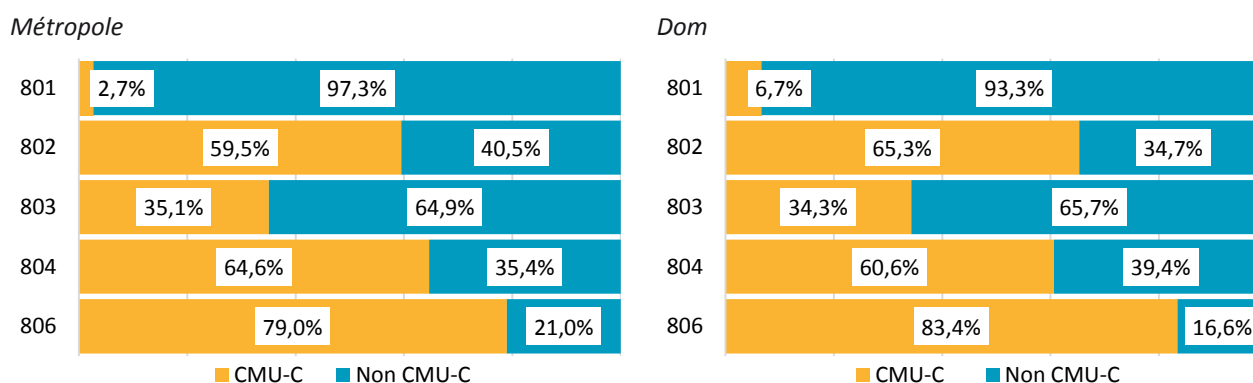
Code Régime	Définition régime	Métropole	Dom
801	Avec cotisation	2,6%	0,4%
802	Sans cotisation	20,2%	17,2%
803	Sans cotisation, affiliation immédiate	0,1%	0,0%
804	Avec cotisation + risque AT	0,5%	0,3%
806	Sans cotisation assuré RSA socle	76,6%	82,1%
808	Ressortissant communautaire inactif sans cotisation	nc	nc
809	Ressortissant communautaire inactif avec cotisation	nc	nc
816	Travailleurs frontaliers en Suisse avec cotisation	nc	nc
817	Travailleurs frontaliers en Suisse sans cotisation	nc	nc
818	Chauffeur routier Congé de fin d'activité	nc	nc
Total		100,0%	100,0%

B. Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

Les bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 ont massivement recours à la CMU-C : 79 % en métropole et 83 % dans les DOM. Ces bénéficiaires représentent autour de 30 % des effectifs de la CMU-C.

Il n'y a, par contre, pas de possibilité de connaître le nombre de bénéficiaires du RSA (RSA socle jusqu'en décembre 2015) également bénéficiaires de la CMU-C via un croisement des données entre la CNAF et la CNAMTS.

Figure 18 – CMU-B, recours à la CMU-C des bénéficiaires au régime 806, métropole et Dom, fin 2015



Source : CNAMTS

Piste de travail 1 – Réaliser une étude sur le recours des bénéficiaires du RSA à la CMU-C à partir des données d'un échantillon de caisses locales.

C. Les premières données de la PUMA

Fin juin 2016, le nombre de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA est de presque 1,8 million (régime général). Leur taux de recours à la CMU-C est toujours de 80 %.

Proposition 2 – Étendre le suivi statistique des bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA à l'ensemble des régimes de base.

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

À fin juin 2016, 1,4 million de personnes avaient obtenu une attestation ACS. Cette attestation, qui donne droit à une réduction sur les cotisations lors de l'achat d'un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS, est utilisée dans 80 % des cas. La question du taux d'utilisation et du profil des utilisateurs est traitée dans la partie 3.5.

Les trois grands régimes ont fourni pour la première fois une décomposition de la population ayant reçu une attestation ACS par tranches d'âge détaillées. Ces informations portent sur le premier semestre 2016.

Les bénéficiaires d'une attestation ont un âge comparable à la population française, avec cependant des spécificités selon leur régime d'affiliation : les bénéficiaires relevant du régime agricole ou du RSI sont en effet plus âgés.

2.3.1. La structure par âge de la population ayant obtenu une attestation ACS est comparable à celle la population française

La structure par âge de la population des personnes ayant obtenu une attestation ACS est proche de celle de la population française.

Parmi les personnes ayant reçu une attestation, les [0-15 ans] sont un peu surreprésentés par rapport à leur poids dans la population générale (3,1 points d'écart) ; à l'inverse, et dans la même proportion, les [16-29 ans] sont sous-représentés.

Tableau 17 – Structure par âge : délivrance de l'ACS (1^{er} semestre 2016)/population française en 2016

	Personnes avec une attestation ACS délivrée au cours du 1er semestre 2016	Population française en 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	22,9%	19,8%	3,1
16 - 29 ans	13,5%	16,4%	-2,9
30 - 39 ans	11,1%	12,3%	-1,2
40 - 49 ans	12,1%	13,5%	-1,3
50 - 59 ans	12,3%	13,1%	-0,8
60 - 69 ans	14,1%	12,0%	2,1
70 ans et plus	13,9%	12,9%	1,0
Total	100,0%	100,0%	

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE

Toutefois, la structure par âge des personnes ayant obtenu une attestation ACS est nettement différente entre, le régime général et la CCMSA ou le RSI, où l'on observe une population plus âgée. En particulier, les 60 ans et plus représentent 48 % des bénéficiaires à la CCMSA et 50 % au RSI, soit quasiment le double de ce qui est constaté au régime général où cette tranche d'âge représente 27 % des effectifs. Ces spécificités reflètent pour partie le profil d'âge de ces régimes. En effet, s'agissant de la CCMSA, 41,0 % des assurés ont 60 ans et plus.

Tableau 18 – Structure par âge : délivrance de l'ACS (1^{er} semestre 2016) – Situation comparative des trois grands régimes

	CNAMTS	CCMSA	RSI	Total 3 grands régimes
0 - 15 ans	23,4%	15,3%	17,4%	22,9%
16 - 29 ans	13,8%	11,1%	6,7%	13,5%
30 - 39 ans	11,4%	7,2%	7,1%	11,1%
40 - 49 ans	12,4%	8,5%	9,0%	12,1%
50 - 59 ans	12,5%	10,3%	9,2%	12,3%
60 - 69 ans	14,0%	15,0%	16,5%	14,1%
70 ans et plus	12,5%	32,6%	34,1%	13,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

En revanche, pour le RSI, 21 % des assurés ont 60 ans et plus, contre 50 % sur la délivrance des attestations. Les revenus des artisans et commerçants âgés sont particulièrement faibles lorsqu'ils sont pensionnés.

Côté retraite, à titre d'exemple, en 2015, la pension moyenne d'un artisan est de 707 € par mois et celle d'un commerçant de 434 €. Ces montants sont servis aux pensionnés qui ont exercé leur activité uniquement en tant qu'artisan ou commerçant, mais ils représentent environ 100 000 personnes, chiffre à rapprocher des 35 000 assurés du RSI bénéficiaires d'une attestation ACS en 2015.

2.3.2. Des bénéficiaires de l'ACS fortement représentés dans les DOM, le Nord, le Sud et une partie du Centre

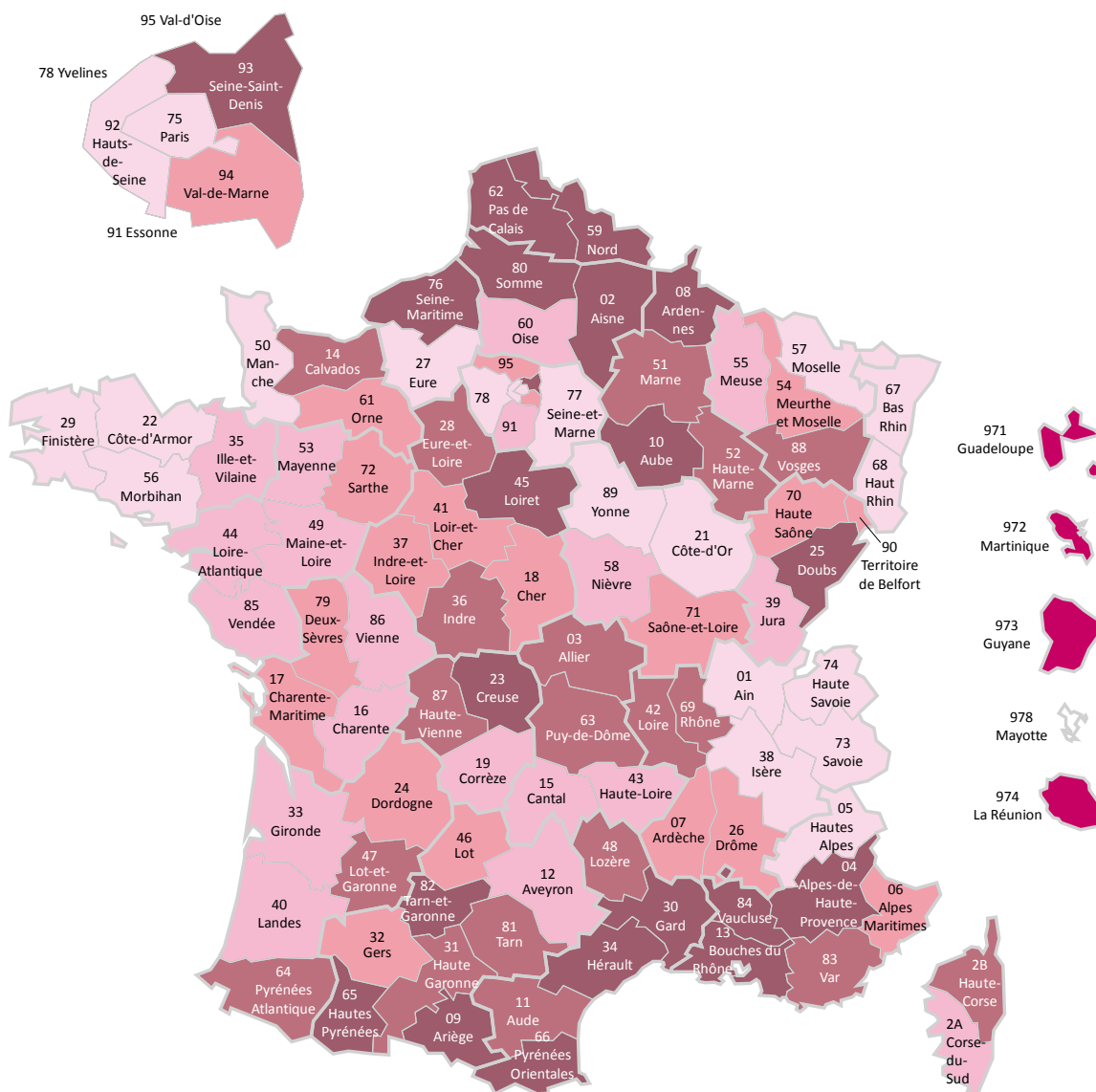
En 2015, en métropole et au régime général, les bénéficiaires de l'ACS représentent 1,8 % de la population. Ils sont en hausse de 12,3 %.

Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre. Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace Moselle, ainsi qu'un axe reliant les départements de l'Eure à la Côte-d'Or présentent les plus faibles taux.

A l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, les effectifs de l'ACS sont concentrés puisque les 5 premiers départements regroupent 20,7 % des effectifs, les 10 premiers 32,8 %. En 2015, seuls 8 départements ont constaté une baisse de leurs bénéficiaires. Ils regroupent 4,1 % des bénéficiaires totaux.

Les DOM sont caractérisés par une plus forte densité des bénéficiaires d'attestations ACS que les départements de la métropole (4,8 % vs 1,8 %). Ils regroupent à eux seuls 7,1 % des effectifs d'ACS (dont 4,9 % pour la Réunion). En 2015, ces effectifs sont en hausse de 19,2 %.

Tableau 19 – Densité des bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population, par département, en métropole, pour le régime général en 2015



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population		Nombre		Effectifs	Pourcentage Effectifs	
(Lightest pink)	>=	0,8%	<	1,4%	19	205 637	17,5%
(Light pink)	>=	1,4%	<	1,7%	19	169 493	14,4%
(Medium-light pink)	>=	1,7%	<	1,9%	19	179 168	15,3%
(Medium pink)	>=	1,9%	<	2,2%	19	218 322	18,6%
(Dark pink)	>=	2,2%	<=	2,9%	20	400 732	34,2%
					96	1 173 352	100,0%
Répartition Dom							
(Darkest pink)	>=	1,2%	<=	7,3%	4	90 090	100,0%

Sources : CNAMTS, INSEE –Outil Philcarto, Mayotte–non concernée

2.4. UN ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS ET DE LA CMU-C PLUS DÉGRADÉ QUE LA MOYENNE

Dans son rapport charges et produits 2016⁷², la CNAMTS a développé un focus sur l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Pour la première fois, des éléments sont présentés sur l'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS. Un volet sur les bénéficiaires de la CMU-C complète cet éclairage.

L'étude porte sur l'année 2012 et compare, pour les personnes âgées de moins de 60 ans⁷³, la situation des bénéficiaires de l'ACS⁷⁴ (732 000 personnes, 1,6 % de la population) avec celle des 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) et celle du reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes (88,7 %). Pour ce faire, les données du SNIIRAM ont été enrichies de l'information relative au bénéfice d'une attestation ACS⁷⁵.

2.4.1. L'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS

2.4.1.1. Une population bénéficiaire de l'ACS hétérogène en termes d'état de santé

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus souvent pris en charge au titre d'une ALD (24 % des bénéficiaires après ajustement sur l'âge et le sexe) que ceux de la CMU-C (11 %) et que, surtout, le reste de la population (8 %).

Aussi, à structure de population identique, la fréquence des grandes catégories de pathologies est toujours plus élevée dans la population ACS que dans la population générale : 6,2⁷⁶ fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 2,4 fois plus élevée pour le diabète. Cela vaut également si on la compare avec la population CMU-C, même si les écarts sont alors nettement plus faibles : 2,5 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 1,1 pour le diabète.

On pourrait supposer que la surmorbidity constatée découle d'un effet de sélection⁷⁷. Toutefois, l'étude montre que la fréquence plus élevée des pathologies au sein de l'ACS se concentre sur les personnes titulaires de l'AAH ou d'une prestation d'invalidité. En excluant ces deux populations, les écarts entre populations ACS et CMU-C tendent à disparaître, voire même s'inversent dans certains cas.

⁷² Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 – Juillet 2015

⁷³ Montants moyens ajustés sur l'âge et le sexe, pour les moins de 60 ans

⁷⁴ Ont été exclues de l'étude les 336 milliers de personnes ayant bénéficié successivement des deux dispositifs ACS et CMUC en 2012

⁷⁵ Droits ouverts à l'ACS, sans que l'on sache si l'attestation a été utilisée ou non pour l'acquisition d'une complémentaire

⁷⁶ Risque relatifs ajustés sur l'âge et le sexe

⁷⁷ Ce sont ceux qui ont le plus besoin de soins qui font la demande d'aide

Tableau 20 – Fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C et du régime général hors CMU-C et ACS (pour 1 000) – risques relatifs par rapport à la population du régime général – 2012

	ACS(a)		CMU-C (a)		Régime général(a)
	%o	RR(b)	%o	RR (b)	%o
Cancers	20,40	1,3	14,0	0,9	15,3
Maladies cardio-neurovasculaires	35,60	2,1	24,1	1,4	16,6
Diabète	44,80	2,4	42,4	2,2	19,2
Insuffisance rénale chronique terminale	2,50	3,9	0,9	1,4	0,7
Maladies psychiatriques	139,60	6,2	52,9	2,4	21,8
Maladies du foie ou du pancréas	19,50	3,8	15,2	2,9	5,1
Autres maladies inflammatoires chroniques	1,50	1,8	0,9	1,1	0,8
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	60,70	1,7	57,3	1,5	35,4
Polyarthrite rhumatoïde	3,40	1,6	1,8	0,8	2,2
Spondylarthrite ankylosante	2,40	1,4	1,3	0,7	1,7
VIH ou SIDA	8,10	3,8	4,9	2,5	2,2
Maladies neurologiques ou dégénératives	30,30	3,6	11,3	1,4	8,0

Note de lecture : un RR = 2,1 pour les maladies cardio-neurovasculaires signifie que la fréquence de ces pathologies pour la population ACS est 2,1 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général hors CMU-C et ACS qui sert ici de comparaison.

Champ : population de moins de 60 ans, régime général y compris sections locales mutualistes - France entière

(a) Populations mutuellement exclusives ; (b) RR : risque relatif ajusté sur l'âge et le sexe

Source : rapport charges et produits 2016, CNAMTS

2.4.1.2. Des niveaux de dépenses qui reflètent l'état de santé observé

Les dépenses annuelles moyennes remboursables par bénéficiaire sont très supérieures dans le cas de l'ACS : 4 188 € par an, contre 2 321 € pour les bénéficiaires de la CMU-C et 1 321 € pour le reste de la population couverte par le régime général.

Pour les soins de ville, l'écart est de 35 % par rapport à la CMU-C et de 84 % par rapport au reste de la population. En hospitalisation, il est respectivement de 114 % et de 376 %.

Les écarts proviennent surtout de l'hospitalisation des bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité, avec de très fortes dépenses en service de psychiatrie : 1 900 € en moyenne par bénéficiaire de l'ACS versus 232 € lorsque les bénéficiaires de ces deux prestations ne sont pas pris en compte.

Tableau 21 – Dépenses remboursables moyennes par bénéficiaire - 2012

	CMU-C(a)	ACS(a)	ACS hors AAH et/ou pension	Régime général(a)
Soins de ville	986 €	1 326 €	759 €	720 €
Hôpital	1 335 €	2 862 €	833 €	601 €
Total	2 321 €	4 188 €	1 592 €	1 321 €

(a) Populations mutuellement exclusives

Source : rapport charges et produits 2016, CNAMTS

2.4.1.3. Estimation du reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS

Faute de pouvoir disposer de données détaillées reliant les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires, la CNAMTS a utilisé des techniques de simulation statistique, en s'appuyant sur

les caractéristiques des contrats ACS présentées dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ACS.

Sur cette base, la CNAMTS a estimé que la dépense totale d'un bénéficiaire de l'ACS couvert par une complémentaire s'élève en moyenne à 5 900 €, dépense prise en charge à hauteur de 91 % par l'assurance maladie obligatoire (5 401 €). Ce taux très élevé⁷⁸ est cohérent avec la proportion importante de personnes en ALD dans cette population.

Les 9 % restant se répartissent entre assureurs complémentaires (7 % et 410 €) et reste à charge final pour les personnes (2 % et 115 €). Le reste à charge moyen final recouvre néanmoins de fortes disparités.

Les restes à charge sont surtout élevés pour les soins prothétiques dentaires, les prothèses auditives même si les taux de recours sont faibles sur ces postes. La CNAMTS rappelle qu'ils sont la conséquence de faibles niveaux de garantie des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS pour ces postes.

2.4.2. L'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C

À partir de l'étude produite par la CNAMTS pour le rapport charges et produits 2016, il est possible de mettre en avant des éléments spécifiques aux bénéficiaires de la CMU-C.

2.4.2.1. Un état de santé des bénéficiaires de la CMU-C plus dégradé que celui de la population générale

L'analyse de la CNAMTS est centrée sur les personnes de moins de 60 ans, car les plus âgés sont peu nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

Cette analyse montre que la fréquence des maladies chroniques, telle qu'on peut la repérer à partir de la cartographie des pathologies, est plus élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C (4,4 millions) que pour la population des assurés du régime général (40,2 millions)⁷⁹.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent pris en charge pour une ALD (11 % après ajustement sur l'âge et le sexe) que les personnes n'ayant ni la CMU-C ni l'ACS (8 %).

À structure démographique identique, la fréquence des maladies psychiatriques est 2,4 fois supérieure à celle observée au sein de la population du régime général, celle du diabète l'est 2,2 fois plus et celle des maladies du foie ou du pancréas 2,9 fois. La fréquence du VIH est 2,5 fois plus élevée que celle de la population du régime général.

Ainsi, le rôle protecteur des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, qui facilitent l'accès et le recours aux soins, constitue un enjeu d'autant plus majeur que leur état de santé est plus dégradé que celui de la population générale. Plusieurs études mettent en évidence ce rôle protecteur, montrant en particulier que la CMU-C limite le renoncement aux soins (en métropole comme dans les DOM, cf. encadrés ci-dessous).

⁷⁸ D'après les comptes nationaux de la santé de 2015 (DREES), la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par l'assurance maladie obligatoire s'établit à 77 %.

⁷⁹ Les personnes ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU-C et de l'ACS au cours de l'année ont été exclues de l'étude.

Encadré 3 – Les effets de la CMU-C sur le recours aux soins

La DREES a étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins, à partir de l'enquête santé et protection sociale appariée aux données de consommations de soins du SNIIRAM en 2012. Cette analyse est publiée dans Études et résultats n°944 de décembre 2015.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population. En tenant compte des écarts d'état de santé et des caractéristiques socio-économiques, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir aux soins que les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. La probabilité de recourir aux soins, toutes choses égales par ailleurs, s'accroît dans les mêmes proportions que pour les personnes couvertes par une complémentaire santé classique.

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à état de santé équivalent, sauf pour les dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. Malgré l'opposabilité des tarifs interdisant aux médecins la pratique des dépassements d'honoraires, pratique plus répandue chez les médecins spécialistes, les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes.

La CMU-C limite le renoncement aux soins pour raisons financières. Détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable.

Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

Source : Études et résultats n°944, Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, décembre 2015, DREES

Encadré 4 – Le recours aux soins à la Réunion

En 2014, la Réunion compte 843 529 habitants.

42 % des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté défini à 935 € par mois en unité de consommation. Le taux de chômage est trois fois supérieur à la métropole (28,5 % contre 9,8 % en métropole).

Afin de mieux connaître la perception et les comportements des Réunionnais vis-à-vis du système de santé, l'ARS Océan Indien, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), le régime social des indépendants (RSI), la direction régionale du service médical de la Réunion (DRSM) et l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) ont lancé en 2014 une enquête auprès de la population.

Cette enquête « Recours aux soins » s'intéresse à l'usage qu'ont les individus de leur système de santé. Quel est le comportement de la population vis-à-vis de la couverture maladie ? Comment perçoit-elle son état de santé ? Quel problème de santé rencontre-t-elle ? Comment accède-t-elle aux soins ? Comment recourt-elle aux médecins généralistes ou aux médecins spécialistes ? Comment réagit-elle vis-à-vis du dépistage ? Renonce-t-elle aux soins ?

Les interviews ont été effectuées par téléphone d'avril à juillet 2014, auprès de 1 606 réunionnais âgés de 18 ans et plus, choisis à partir d'un plan de sondage aléatoire stratifié.

L'enquête apporte de nombreuses réponses sur les comportements de recours aux soins de la population et sur sa perception de sa santé.

Cette enquête, publiée en septembre 2016, révèle des comportements et des appréciations des réunionnais à l'égard de leur système de santé, qui ne sont pas en décalage avec les résultats d'études similaires en France métropolitaine. Malgré un taux de chômage important, un niveau de ressources très en retrait des moyennes nationales, les Réunionnais ont des comportements de recours aux soins très proches de l'ensemble de la population nationale. Le taux de couverture par une complémentaire santé est de 94 %

■ **Le recours à la CMU-C et à l'ACS : 37,4 % des personnes interrogées bénéficient de la CMU-C, 6 % de l'ACS**

37,4 % des personnes interrogées déclarent être couvertes par la CMU-C. Parmi les non bénéficiaires de la CMU-C, 15 % pensent y être éligibles et un tiers d'entre eux affirme avoir déposé une demande. Le dépassement du plafond lors d'une demande précédente est la première cause de non-renouvellement de la demande, les Réunionnais ayant perdu leurs droits au cours de l'année précédant l'enquête représentent 7 % des non bénéficiaires. Après la perte des droits, une personne sur deux reste sans complémentaire santé.

6% de la population bénéficie de l'ACS. Une personne sur dix n'en bénéficiant pas pense y être éligible mais les deux-tiers d'entre elles pointent le manque d'information lié à ce dispositif.

■ **Le recours à la CMU-C diminue le risque de renoncement aux soins**

Pour des raisons financières, 10 % des Réunionnais déclarent avoir renoncé à des soins dentaires contre 5 % à des soins d'optique, ce qui est comparable à la France métropolitaine.

Comparativement aux bénéficiaires de la CMU-C, à caractéristiques sociodémographiques identiques, une personne couverte par une autre complémentaire a plus de risques de renoncer aux soins. Ainsi, quatre personnes sur cinq ne pouvant pas accéder à des soins dentaires pour des motifs financiers sont couvertes par une autre complémentaire santé que la CMU-C. Par ailleurs, comme en France métropolitaine, la CMU-C diminue le risque de renoncer aux soins pour des raisons financières face à l'absence de couverture.

■ **Un accès au médecin similaire à celui observé en métropole**

Les Réunionnais ont bien intégré le parcours coordonné de soins et leur médecin généraliste se révèle comme le pivot de l'offre de premier recours, accessible tant du point de vue des distances que du délai d'attente ou de rendez-vous. Des difficultés d'accès aux soins, en matière de délais, sont relevées dans certaines spécialités, mais ce constat est là encore proche des situations observées en métropole.

Source : In Extension° 5 – Plateforme d'Information des Etudes en Santé

2.4.2.2. Un montant moyen par consommant supérieur à celui de la population du régime général

Du point de vue des consommateurs, le comparatif, pour une population de moins de 60 ans, entre les bénéficiaires de la CMU-C et la population du régime général, indique que l'ensemble des consommateurs a recours aux soins de ville dans les mêmes proportions, quelle que soit la catégorie, mais que les bénéficiaires de la CMU-C ont plus souvent recours aux soins à l'hôpital, soit 1,3 fois plus que ceux du régime général⁸⁰.

En revanche, sur la base des dépenses remboursables⁸¹, le montant moyen par consommant du poste⁸² est supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C, aussi bien pour la ville que pour l'hôpital. Pour la ville, il est de 993 €, 1,4 fois supérieur à celui du régime général (729 €) et pour l'hôpital, il est de 3 055 €, soit 1,7 fois de plus qu'au régime général (1 746 €).

Pour les soins de ville et pour les principaux postes de dépense en termes de dépense globale (taux de recours et dépense moyenne les plus élevés), les bénéficiaires de la CMU-C n'ont pas beaucoup plus recours à la pharmacie

⁸⁰ Taux de recours ajustés sur l'âge et le sexe, cf. tableau.

⁸¹ La base des dépenses remboursables permet de neutraliser les différences de taux de remboursement.

⁸² Montants moyens ajustés sur l'âge et le sexe

(92 % vs 88 %) mais pour un coût moyen 1,4 fois supérieur (405 € vs 296 €). Les bénéficiaires de la CMU-C ont un peu plus souvent recours aux généralistes (89 % vs 82 %) et un peu moins souvent aux spécialistes (56 % vs 62 %). Cependant, le montant moyen pour les généralistes se démarque (164 € vs 105 €) en étant 1,6 fois supérieur. Pour les soins dentaires, le recours des bénéficiaires de la CMU-C est légèrement inférieur (37 % vs 39 %) mais pour une dépense 1,5 fois plus élevée (226 € vs 147 €), et ce hors dépassements autorisés dans le cadre du panier de soins CMU-C. Sur ce point, les autres approches comparatives CMU-C / non CMU-C illustrent toutes que les bénéficiaires adultes de la CMU-C ont moins recours aux soins dentaires curatifs courants mais, que lorsqu'ils s'engagent dans un plan de soins, c'est sur la base d'un état bucco-dentaire plus dégradé, impliquant des soins prothétiques nettement plus importants.

Pour l'hôpital, la différence porte sur la fréquence des consultations externes (34 % CMU-C vs 25 % RG), les montants moyens étant relativement proches (212 € CMU-C vs 189 € RG). Les hospitalisations pour séjours psychiatriques et pour les soins de suite et de réadaptation sont très peu fréquentes pour les deux populations (autour de 1 %), mais plus coûteuses pour les bénéficiaires de la CMU-C, notamment pour les soins de suite et de réadaptation (11 898 € vs 7 474 € / coefficient de 1,6).

Enfin, la répartition de la dépense remboursable des soins de ville et celle des soins hospitaliers est inversement proportionnelle entre les bénéficiaires de la CMU-C et ceux du régime général. Elle se répartit entre 42 % pour la ville et 58 % pour l'hôpital pour les bénéficiaires de la CMU-C, versus 55 % pour la ville et 45 % pour l'hôpital pour le régime général.

Tableau 22 – Taux de recours par poste et dépenses moyennes pour les consommateurs de moins de 60 ans, CNAMTS, 2012

	CMU-C*		ACS*		ACS*		RG*	
	Hors AAH/Invalidité							
N (en milliers)	4 366		731		553		34 464	
	Taux de recours **	Dépenses moyennes **	Taux de recours **	Dépenses moyennes **	Taux de recours **	Dépenses moyennes **	Taux de recours **	Dépenses moyennes **
Total soins de ville	99%	993 €	98%	1 352 €	98%	775 €	99%	729 €
Pharmacie	92%	405 €	90%	641 €	90%	330 €	88%	296 €
Soins de médecins	93%	269 €	90%	242 €	90%	210 €	91%	211 €
Soins de généralistes	89%	164 €	84%	140 €	84%	119 €	82%	105 €
Soins de spécialistes	56%	177 €	54%	173 €	56%	156 €	62%	160 €
Soins dentaires	37%	226 €	32%	146 €	37%	144 €	39%	147 €
Soins kinésithérapeutes	10%	329 €	11%	446 €	10%	321 €	12%	298 €
Soins infirmiers	17%	191 €	20%	388 €	17%	148 €	15%	108 €
Biologie	41%	117 €	41%	117 €	41%	108 €	39%	103 €
LPP	43%	150 €	42%	267 €	43%	132 €	41%	121 €
Transport	8%	696 €	12%	966 €	8%	690 €	4%	755 €
Autres soins de ville	6%	242 €	6%	328 €	6%	246 €	6%	242 €
Total Hôpital	43%	3 055 €	45%	5 845 €	41%	2 004 €	33%	1 746 €
Hospitalisations séjours MCO	42%	1 601 €	43%	1 785 €	40%	1 299 €	33%	1 239 €
dont : Actes et consultations externes MCO publics	34%	212 €	36%	240 €	34%	200 €	25%	189 €
Hospitalisations séjours Psy	1%	30 116 €	4%	37 358 €	1%	22 937 €	1%	22 579 €
Hospitalisations séjours SSR	1%	11 898 €	1%	10 407 €	1%	9 557 €	1%	7 474 €

** Populations mutuellement exclusives / ** Standardisés sur l'âge et le sexe de la population INSEE 2012 < 60 ans*

Source : rapport charges et produits 2016, CNAMTS

Encadré 5 – La consommation de soins et la mortalité des bénéficiaires de la CMU-C dans les Dom

L'enjeu est de mesurer si le moins bon état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, constaté en métropole, se mesure aussi dans les Dom et en quoi, compte tenu de la forte densité de bénéficiaires dans les Dom, ces derniers peuvent influencer sur l'écart de santé également noté entre la métropole et les Dom.

Le SNIIRAM (Système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie) a permis de repérer, pour l'année 2012, les pathologies prises en charge ainsi que la mortalité des assurés du régime général âgés de moins de 60 ans, tranche d'âge éligible à la CMU-C. Des risques relatifs standardisés sur l'âge et le sexe entre bénéficiaires ou non de la CMU-C ont été calculés dans chaque Dom. La part des différences d'état de santé entre Dom et métropole expliquée par le bénéfice d'une CMU-C a été estimée. Les effectifs étudiés étaient de 244 896 en Guadeloupe, 237 320 en Martinique, 112 423 en Guyane, 571 324 à La Réunion et 36 millions en France métropolitaine. Dans ces Dom, les proportions de bénéficiaires de la CMU-C étaient respectivement de 35 %, 35 %, 54 % et 50 % versus 11 % en métropole. Dans chaque Dom, les bénéficiaires de la CMU-C présentaient des taux de mortalité plus importants (RR : 1,6 ; 1,9 ; 2,2 ; 1,7 respectivement) et plus fréquemment des pathologies prises en charge repérées dans le SNIIRAM.

Certaines pathologies avec une consommation de soins plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C de chaque Dom correspondent à celles classiquement reliées à un faible niveau de ressources (AVC, infection à VIH, diabète, maladies psychiatriques, etc.), mais aussi aux déterminants et facteurs de risque associés à ce faible niveau de ressources.

Dans chaque Dom, à structure d'âge et de sexe comparable, les bénéficiaires de la CMU-C de moins de 60 ans ont un état de santé moins bon que celui du reste de la population mais, même si la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est plus importante dans les Dom qu'en métropole, cette surreprésentation n'explique pas à elle seule les différences d'état de santé entre les Dom et la métropole.

Source : INVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 38-39 – 24 novembre 2015

Proposition 3 – Fournir annuellement au Fonds CMU-C des données récentes de consommation de soins par consommant et par poste de soins et développer des études ad-hoc sur l'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, RSI et CCMSA).

3. L'évolution des dispositifs en faveur d'un meilleur accès aux droits et aux soins

3.1. LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES DEPUIS 2013

Cette partie présente les principaux textes législatifs et réglementaires ayant une incidence sur les dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et leur financement, publiés depuis la remise du dernier rapport d'évaluation, soit au cours des années 2014, 2015 et 2016.

3.1.1. Les mesures visant à favoriser le recours aux soins et aux droits

3.1.1.1. Une ACS réformée et enrichie

A. La sélection par une mise en concurrence de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS

Depuis le 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'ACS est applicable uniquement sur des contrats de complémentaire santé sélectionnés par le biais d'une procédure de mise en concurrence.

L'objectif de cette procédure est de proposer aux bénéficiaires de l'ACS des contrats de complémentaire santé offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable.

La loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a précisé les conditions de sélection de ces contrats.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette réforme de l'ACS, des dispositions ont été prises afin de faciliter la transition des bénéficiaires vers les nouveaux contrats. Ainsi, l'article 61 de la loi n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016, a permis, à titre exceptionnel jusqu'au 30 juin 2016, aux bénéficiaires de l'ACS ayant renouvelé après le 30 juin 2015 un contrat de complémentaire santé ne figurant pas sur la liste des contrats éligibles à l'ACS, d'obtenir la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités afin de souscrire un contrat figurant sur cette même liste.

B. Mise en place au 1^{er} juillet 2015 du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS

L'article 41 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 octroie aux bénéficiaires de l'ACS un droit au tiers payant intégral.

Les bénéficiaires de l'ACS avaient d'ores et déjà un droit à la dispense d'avance des frais sur la part obligatoire des dépenses de santé. Cette disposition étend la dispense d'avance de frais à la part complémentaire des prestations d'assurance maladie en instaurant un tiers payant intégral pour les bénéficiaires ayant utilisé leur attestation de droits pour souscrire un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS.

C. La suppression des franchises médicales et des participations forfaitaires

L'article 42-1 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 exonère des participations forfaitaires et des franchises les bénéficiaires de l'ACS à partir du 1^{er} juillet 2015.

Ces dispositions (tiers payant intégral, suppression des franchises médicales et de la participation forfaitaire) viennent compléter l'opposabilité des tarifs affirmée dans l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale

organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 et confirmée dans la dernière convention médicale du 25 août 2016 (approuvée par arrêté du 20 octobre 2016).

D. L'instauration d'un contrat de sortie ACS

À l'instar de ce qui existe pour la CMU-C, l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure, à compter du 1^{er} juillet 2015, un contrat de sortie ACS pour les bénéficiaires ayant souscrit un contrat sélectionné éligible à l'ACS.

Ainsi, à l'expiration de son droit à l'ACS, le bénéficiaire souscripteur d'un contrat sélectionné, reçoit de l'organisme auprès duquel il avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence.

Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'ACS mais sans la déduction de l'aide.

E. L'encadrement des tarifs des prestations pour les bénéficiaires de l'ACS

L'article 86 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé confie aux partenaires conventionnels (Union nationale des caisses d'assurance maladie, organismes d'assurance maladie, organismes complémentaires) le pouvoir de conclure avec les distributeurs de produits et de prestations de santé, des accords fixant les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens concernés (dispositifs médicaux, prothèses auditives, soins dentaires prothétiques et orthodontiques).

3.1.1.2. L'amélioration du panier de soins de la CMU-C

A. La prise en charge des bridges dentaires dans le panier de soins de la CMU-C

Depuis le 1^{er} juin 2014, en application de l'avenant n°3 à la convention des chirurgiens-dentistes, la classification commune des actes médicaux (CCAM) remplace la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

L'arrêté du 30 mai 2006 relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale pris en charge par la CMU-C est modifié afin de prendre en compte ces nouvelles codifications.

Par ailleurs, l'arrêté du 28 mai 2014 permet d'inclure les bridges de trois dents dans le panier de soins CMU-C.

B. La prise en charge de l'amincissement des verres dans le panier de soins de la CMU-C

L'arrêté du 21 mai 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale permet, à compter du 1^{er} juillet 2014, la prise en charge, en sus des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, de l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections.

C. La prise en charge d'un équipement auditif complet dans le panier de soins de la CMU-C

L'arrêté du 21 mai 2014 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des prothèses auditives applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire en matière de santé améliore la prise en charge des prothèses auditives et permet la prise en charge d'un appareillage stéréophonique.

3.1.1.3. Autres mesures

A. La lutte contre les refus de soins

L'article 85 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé confie au Conseil national de l'Ordre la mission d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins par les

membres de l'ordre et de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés.

Le décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016 institue une commission placée auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, composée de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé, Fonds CMU-C, CNAMTS). Elle est chargée d'évaluer les pratiques et de remettre un rapport annuel au ministre chargé de la santé.

B. Le bénéfice de la CMU-C à titre personnel pour les étudiants attributaires d'une aide annuelle d'urgence du Fonds national d'aide d'urgence versée par les CROUS

En application de l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'arrêté du 16 mai 2014 détermine la prestation permettant aux étudiants de bénéficier à titre personnel de la CMU-C. Il s'agit de l'aide annuelle d'urgence du Fonds national d'aide d'urgence versée par les CROUS. Ainsi, l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale ouvre la possibilité aux étudiants de moins de 25 ans, attributaires de cette aide, de bénéficier de la CMU-C indépendamment du foyer auquel ils sont rattachés

C. L'encadrement des tarifs des soins thermaux pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

L'article 66 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 impose aux établissements thermaux de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité de la sécurité sociale.

3.1.2. Les mesures visant à la simplification des dispositifs

3.1.2.1. La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA)

L'article 59 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 institue la protection universelle maladie. Les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie sont fortement simplifiées : toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité professionnelle, réside en France de manière stable et régulière bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Cette réforme supprime progressivement la notion d'ayant droit majeur, chaque assuré majeur ayant son propre compte d'assuré social. Les démarches sont simplifiées en cas de déménagement ou de changement de situation professionnelle.

Les personnes exerçant une activité professionnelle, ou résidant en France, ayant désormais droit à la prise en charge des frais de santé, toute condition d'ouverture de droit à la prise en charge des frais de santé (ex : nombre minimal d'heures travaillées) est supprimée. De même, la CMU de base qui garantissait la prise en charge des frais de santé à toute personne, non couverte par l'assurance maladie à un autre titre (ex : exercice d'une activité professionnelle, qualité d'ayant droit, etc.) et résidant en France de façon stable et régulière, n'a plus de raison d'être et est par conséquent supprimée. De même, la notion de maintien de droit n'existe plus (hormis pour les personnes ne remplissant plus la condition de régularité du séjour, en application de l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale), le droit à la prise en charge des frais de santé étant garanti tout au long de la vie.

3.1.2.2. L'alignement au 1^{er} avril de la date de revalorisation des prestations sociales et la mise en place d'un bouclier garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative

Les modalités de revalorisation de l'ensemble des prestations versées par les régimes obligatoires de sécurité sociale ont été réformées par l'article 67 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 et l'article 89 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Désormais, ces prestations sont revalorisées, en application de l'article L.161-25 du code de la sécurité sociale, sur la base d'un coefficient égal à l'évolution moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur

les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'INSEE l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. Si le coefficient est inférieur à 1, il est porté à cette valeur.

La date de revalorisation des plafonds est fixée au 1^{er} avril (au lieu du 1^{er} juillet).

3.1.2.3. Le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ou de l'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse

L'article 40 de la loi n°2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement met en place le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA ou de l'une des allocations du minimum vieillesse.

3.1.2.4. L'instauration d'une dispense d'adhésion de plein droit à un contrat collectif d'entreprise obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Le décret n° 2015-1883 pris pour l'application de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, fixe les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail (contrats d'apprentissage, contrats à durée indéterminée, contrats de mission...) ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire.

Sont notamment visés dans ce décret les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Cette dispense court tant que les salariés bénéficient de l'une ou l'autre de ces aides. Antérieurement, la dispense d'adhésion à un contrat collectif d'entreprise obligatoire du fait du bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS, n'était possible que dans l'hypothèse où l'acte juridique instituant les garanties collectives obligatoires la prévoyait. Dans un contexte de généralisation de la complémentaire santé collective obligatoire, cette mesure est une simplification pour les bénéficiaires.

3.1.2.5. Le silence gardé par les caisses d'assurance maladie pendant plus de deux mois suite au dépôt d'une demande d'ACS vaut acceptation tacite

La disposition a été introduite par le décret 2016-7 du 5 janvier 2016 et s'applique aux demandes déposées à partir du 8 janvier 2016.

La loi prévoyait ce principe d'acceptation tacite, pour la CMU-C, passé un délai de deux mois sans réponse de la caisse suite au dépôt d'un dossier complet, mais ce n'était pas le cas pour l'ACS, pour laquelle, le silence gardé au-delà de deux mois valait refus.

Dans la mesure où désormais le formulaire de demande pour ces deux dispositifs est conjoint, il a été retenu comme principe d'attribuer la disposition la plus favorable, à savoir celle applicable pour la CMU-C, en cas de silence de la caisse au-delà de deux mois.

3.1.2.6. La simplification des conditions d'accès à la CMU-C et à l'ACS pour les travailleurs non-salariés

Pour un travailleur non salarié, l'admission à l'examen d'une demande de CMU-C ou d'ACS était soumise à des conditions liées au régime d'imposition et au montant du chiffre d'affaires. Ce dispositif prévoyait que les personnes soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des BIC et des BNC ne pouvaient prétendre à l'examen de leur droit que si leur dernier chiffre d'affaires annuel connu, hors taxes, n'excédait pas le montant correspondant aux limites fiscales du régime des micro-entreprises. Si le demandeur avait réalisé un chiffre d'affaires supérieur au montant applicable, il devait saisir le préfet et produire des éléments de nature à établir que les ressources de son foyer étaient inférieures au plafond réglementaire.

Cette procédure était difficilement compréhensible. De plus, lorsqu'il était saisi, le préfet demandait systématiquement au directeur de la caisse d'examiner le dossier.

Ce dispositif retardait l'accès à la couverture complémentaire du fait du recours nécessaire auprès du préfet, et pouvait également décourager les demandeurs qui renonçaient à saisir le préfet.

Le décret n° 2014-1154 du 8 octobre 2014 supprime ces conditions préalables, les caisses d'assurance maladie procèdent désormais immédiatement à l'instruction des demandes déposées par les travailleurs non-salariés.

3.1.2.7. La définition des revenus du patrimoine pris en compte pour l'étude du droit à la CMU-C et à l'ACS

L'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit de préciser par décret en Conseil d'État les modalités spécifiques de prise en compte du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci.

Un décret en date du 12 avril 2017⁸³ précise ainsi que parmi les revenus du capital, seuls seront désormais retenus dans la base ressources de la CMU-C et de l'ACS les revenus imposables de l'année n-2.

Il s'agit ainsi pour les caisses de récupérer les informations relatives à ce type de ressources via les données fiscales afin de ne plus solliciter les assurés, jusque-là contraints de produire des attestations bancaires, parfois facturées par leur établissement bancaire

3.1.2.8. La désignation de l'assurance maladie obligatoire comme gestionnaire par défaut en cas d'absence de choix de l'assuré

Ce même décret en date du 12 avril 2017 prévoit, en cas d'absence de choix de l'assuré, de désigner par défaut son organisme d'assurance maladie obligatoire comme l'organisme gestionnaire de sa CMU-C. Cette mesure permet d'éviter un report d'entrée dans le droit dû à l'absence de choix de l'assuré qui donne au dossier un caractère incomplet et oblige la caisse à revenir vers l'assuré. Dans plus de 80% des cas, l'assuré choisit son organisme d'assurance maladie obligatoire pour gérer sa CMU-C.

3.1.2.9. La simplification des pièces justificatives exigées en appui à la constitution du dossier de demande

Aujourd'hui, de nombreuses pièces justificatives sont exigées à l'appui à la demande de CMU-C ou d'ACS.

Aussi, plusieurs pièces justificatives relatives à l'identité du demandeur, à la stabilité de la résidence, à la composition du foyer ou encore à certaines ressources (prestations familiales et allocations logement, attestation de ressources pour les demandeurs du RSA, attestations bancaires -cf. ci-dessus-) vont être supprimées et le formulaire de demande adapté. Les informations fournies par ces pièces sont en effet connues des caisses d'assurance maladie pour la très grande majorité des assurés. C'est pourquoi elles ne seront réclamées par les caisses lors de l'instruction que pour les seuls assurés pour lesquels elles ne disposent pas déjà de l'information.

3.1.3. Les mesures relatives au financement des dispositifs

3.1.3.1. La fusion de la taxe de solidarité additionnelle et de la taxe sur les conventions d'assurance et la mise en place de la télédéclaration

Jusqu'en 2015, les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance proposant des contrats d'assurance maladie déclaraient et versaient à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (URSSAF et DGFIP), deux taxes juridiquement distinctes – la taxe de solidarité additionnelle et la taxe sur les conventions d'assurance.

L'assiette de ces deux taxes étant quasiment identique et leur objet similaire, le législateur a fusionné ces deux taxes à compter du 1^{er} janvier 2016 au sein d'une TSA modifiée dont le taux est modulé en fonction des caractéristiques des contrats.

Les entreprises concernées ont désormais l'URSSAF pour seul interlocuteur en matière de fiscalité des contrats d'assurance maladie et ne déclarent ainsi qu'une seule fois la totalité de la taxe grevant ces contrats.

⁸³ Décret n° 2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

En outre, depuis l'échéance du 1^{er} trimestre 2016, la déclaration et le versement de la taxe se font par voie dématérialisée. Le décret n° 2016-272 du 4 mars 2016 procède à la coordination des dispositions réglementaires et précise les nouvelles modalités de déclaration et de recouvrement de la TSA.

En termes de recettes pour le Fonds CMU-C, cette fusion n'a pas d'incidence car le produit de l'ancienne TSCA est destiné à la CNAMTS et à la CNAF. En revanche, le périmètre du contrôle exercé par le Fonds est élargi dans la mesure où entrent désormais dans son champ de contrôle, des organismes qui, jusqu'à présent, cotisaient uniquement à la TSCA (cf. partie 5.1)

3.1.3.2. La modification des recettes affectées au Fonds CMU-C

L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 simplifie et clarifie la répartition de certaines recettes affectées à la sécurité sociale, notamment en affectant exclusivement à la branche maladie les produits des droits de consommation sur les tabacs. Elle supprime, à compter du 1^{er} janvier 2017, la fraction des droits tabacs (3,5 %) affectée au Fonds depuis 2013.

Afin de compenser cette perte de recette et de garantir l'équilibre financier du Fonds CMU-C, la partie de la TSA antérieurement affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS est désormais affectée exclusivement au Fonds CMU-C et à la CNAMTS. 20,18 % sont affectés au Fonds CMU-C, le reste étant attribué à la CNAMTS.

3.1.4. Les autres mesures visant à la généralisation de la complémentaire santé

3.1.4.1. Le renforcement des critères de caractérisation des contrats solidaires et responsables

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifie l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale notamment en vue d'améliorer la prise en charge des soins dentaires prothétiques, d'orthopédie dentofaciale et optique et d'encadrer la solvabilisation des dépassements d'honoraires. Ainsi, les contrats solidaires et responsables devront obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins, limitée à 125 % du tarif de la sécurité sociale dans un premier temps, ne peut dépasser 100 % de ce tarif à compter de 2017 et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.

Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Les contrats éligibles à l'ACS devant être responsables, ces nouvelles règles constituent le socle de détermination des garanties portées par les contrats ACS.

Enfin, il est créé un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale afin de suivre précisément l'évolution de ce secteur et de s'assurer de l'impact des mesures sur l'accès aux soins.

3.1.4.2. La création d'une aide individuelle pour le financement d'une complémentaire santé des salariés à contrats court ou à temps partiel

L'article 34 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 institue le versement direct par l'employeur, d'une somme dédiée au financement d'une complémentaire santé aux salariés

en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel. Cette somme n'est pas cumulable avec d'autres dispositifs d'aide à l'accès à la complémentaire santé.

3.2. LA MESURE DE REVALORISATION DES PLAFONDS ISSUE DU PLAN PAUVRETÉ

Le Fonds CMU-C suit l'impact de la mesure de revalorisation des plafonds d'attribution CMU-C et ACS au 1^{er} juillet 2013, mise en place dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le plein effet de la mesure était attendu pour la fin 2014 pour la CMU-C, avec 300 000 attributions et pour la fin du premier semestre 2016 pour l'ACS, avec 370 000 attestations, soit 300 000 utilisations d'attestation.

Le suivi est assuré avec la participation du régime général, et plus particulièrement douze caisses, ainsi qu'avec le RSI et la CCMSA.

3.2.1. Bilan de 2013 à 2015

Fin 2014, l'objectif pour la CMU-C était atteint, avec plus de 309 000 attributions⁸⁴ cumulées depuis le mois de juillet 2013. Le suivi 2015 a permis d'évaluer à 249 750 les attributions sur l'année, soit un total de presque 559 000 attributions depuis le début de la mesure.

► *Figure 19 – Suivi des attributions de CMU-C liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2015*

	CMU-C		
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	101 715	106 000	96,0%
2014	207 518	200 000	103,8%
S/Total	309 233	306 000	101,1%
2015	249 750	200 000	124,9%
Total	558 982	506 000	110,5%

Pour l'ACS, l'objectif des 370 000 délivrances d'attestation et de 300 000 utilisations, fixé pour la fin du premier semestre 2016, a été atteint dès le mois de juillet 2015. Avec une estimation de presque 224 200 délivrances d'attestations ACS, pour plus de 179 300 utilisations sur les douze mois de l'année 2015, le total d'attestations attribuable à la mesure atteint près de 479 000, soit 383 000 utilisations d'attestation.

⁸⁴ Une attribution peut être soit une primo-attribution (la personne ne bénéficiait pas de la prestation avant la décision d'attribution) soit un renouvellement (la personne bénéficie déjà de la même prestation au jour de la décision d'attribution). Il n'y a renouvellement qu'à partir du moment où il y a continuité dans le bénéfice de la prestation. S'il y a eu une interruption dans le bénéfice de la prestation, il s'agit d'une nouvelle attribution.

Figure 20 – Suivi des attributions d'ACS, et des utilisations, liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2015

	ACS Attestations			80%	ACS Utilisations		
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions		Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	80 068	75 000	106,8%	2013	64 054	60 000	106,8%
2014	174 558	162 500	107,4%	2014	139 647	130 000	107,4%
S/Total	254 626	237 500	107,2%	S/Total	203 701	190 000	107,2%
2015	224 170	172 000	130,3%	2015	179 336	137 600	130,3%
Total	478 795	409 500	116,9%	Total	383 036	327 600	116,9%

La mesure de revalorisation des plafonds a terminé sa montée en charge pour les deux prestations CMU-C et ACS, mais elle a toujours une incidence sur l'évolution des effectifs des deux prestations. En 2015, pour le total des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), 4,9 % des attributions de CMU-C et 16,6 % des attributions de l'ACS concernent des personnes dont les revenus se situent dans les tranches de revenus se rapportant au relèvement exceptionnel du plafond.

3.2.2. Analyse des entrées liées à la mesure sur un échantillon de 10 CPAM

3.2.2.1. Suivi des attributions

Pour suivre les effets de la mesure de revalorisation des plafonds, le Fonds CMU-C travaille avec douze caisses locales du régime général : Marseille, Finistère, Bordeaux, Lille-Douai, Hainaut, Rhône, Paris, Nanterre, Bobigny, Cergy Pontoise, la Martinique, la Réunion.

L'ensemble de ces caisses représente, sur les douze mois de 2015, 32,6 % des effectifs de la CMU-C au régime général et 27,5 % des attributions de l'ACS.

Les douze caisses comptent 1,5 M d'attributions de la CMU-C en 2014 et 1,64 M en 2015, dont 4,3 %, puis 4,6 % sont liées à la revalorisation du plafond. Pour l'ACS, l'ensemble des attributions est de 293 600 en 2014 et de 353 200 en 2015, dont 15,3 %, puis 16,2 % liées à la revalorisation, soit une augmentation d'un point en un an.

Tableau 23 – Attributions de la CMU-C, pour les douze caisses participant au suivi, part des attributions liées à la mesure, en 2014 et 2015

Num_CPAM	Nom_CPAM	CMU-C Total		CMU-C Mesure		Part Mesure	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
131	MARSEILLE	198 117	220 686	8 327	9 603	4,2%	4,4%
291	FINISTERE	31 929	34 816	1 532	1 894	4,8%	5,4%
331	BORDEAUX	78 259	86 859	3 530	4 297	4,5%	4,9%
595	LILLE-DOUAI	89 076	90 927	3 402	4 328	3,8%	4,8%
599	HAINAUT	102 173	104 091	4 272	4 912	4,2%	4,7%
691	RHONE	128 277	130 923	7 099	7 363	5,5%	5,6%
751	PARIS	147 337	151 786	7 027	7 807	4,8%	5,1%
921	NANTERRE	74 855	76 145	4 014	4 246	5,4%	5,6%
931	BOBIGNY	223 030	231 023	9 140	9 945	4,1%	4,3%
951	CERGY PONTOISE	88 788	101 281	4 111	5 299	4,6%	5,2%
972	MARTINIQUE	77 203	84 584	2 933	2 448	3,8%	2,9%
974	RÉUNION	288 943	331 365	10 074	12 832	3,5%	3,9%
	Total	1 527 987	1 644 486	65 461	74 974	4,3%	4,6%

Tableau 24 – Attributions de l'ACS, pour les douze caisses participant au suivi, part des attributions liées à la mesure, en 2014 et 2015

Num_CPAM	Nom_CPAM	ACS Total		ACS Mesure		Part Mesure	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
131	MARSEILLE	40 493	49 150	6 621	8 380	16,4%	17,0%
291	FINISTERE	10 202	11 439	1 619	1 954	15,9%	17,1%
331	BORDEAUX	19 140	24 173	3 292	4 519	17,2%	18,7%
595	LILLE-DOUAI	15 999	21 159	2 603	3 808	16,3%	18,0%
599	HAINAUT	20 040	25 785	3 561	5 139	17,8%	19,9%
691	RHONE	31 763	34 329	5 350	5 965	16,8%	17,4%
751	PARIS	26 623	30 677	4 984	6 289	18,7%	20,5%
921	NANTERRE	18 522	20 459	2 929	3 377	15,8%	16,5%
931	BOBIGNY	33 372	39 615	5 149	6 252	15,4%	15,8%
951	CERGY PONTOISE	16 389	20 803	2 523	3 637	15,4%	17,5%
972	MARTINIQUE	11 377	10 376	803	956	7,1%	9,2%
974	RÉUNION	49 650	65 247	5 402	7 047	10,9%	10,8%
	Total	293 570	353 212	44 836	57 323	15,3%	16,2%

3.2.2.2. Analyse des attributions d'ACS en fonction de la situation antérieure des bénéficiaires

Une analyse des attributions de la CMU-C et de l'ACS en isolant les personnes dont les revenus se rapportent au relèvement exceptionnel des plafonds de juillet 2013, permet d'illustrer les effets de cette mesure. Elle est déclivée en fonction de la situation antérieure à l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS (nouveaux entrants ou déjà bénéficiaires de l'une des deux prestations). Pour différentes raisons techniques, cette analyse est réalisée pour les dix caisses participantes de métropole et pour les exercices 2014 et 2015. Compte tenu du champ limité à ces dix

caisses, les résultats ne peuvent pas être généralisés. Ils fournissent toutefois une illustration qualitative des effets de la mesure de relèvement des plafonds.

A. Suivi des entrants pour la CMU-C et l'ACS, personnes ne bénéficiant antérieurement d'aucune des deux prestations

Au premier semestre 2014, dans la tranche de revenus concernée par le relèvement du plafond de l'ACS, les nouveaux bénéficiaires de l'ACS⁸⁵ représentent 68 % du total des attributions. Dans la tranche de revenus non concernée par la hausse du plafond, la part des nouveaux entrants est plus faible et atteint 49 % (cf. Figure 21 & Figure 22).

Le pourcentage élevé de nouveaux bénéficiaires pour l'ACS est à rapprocher du fait que l'augmentation du plafond a touché de nouveaux publics, dans une tranche de revenus à forte densité, et que d'importants efforts ont été déployés pour favoriser le recours au dispositif.

Au second semestre 2015, en fin de période de montée en charge de la mesure pour l'ACS, la part des nouveaux bénéficiaires dans la plage de revenu concernée par la hausse du plafond a diminué, pour s'établir à 54 %.

Pour la CMU-C, en revanche, les proportions de nouveaux bénéficiaires dans chacune des tranches de revenus sont proches : en 2014, les nouveaux entrants représentent entre 36 % et 38 % des attributions dans les deux tranches de revenus (cf. Figure 23 & Figure 24). Ces parts diminuent en 2015 et restent proches (36 % pour les entrants dont les revenus sont compris entre l'ancien et le nouveau plafond et 33 % pour les autres).

In fine, la CMU-C totalise une plus faible part d'entrants que l'ACS, tant pour les bénéficiaires concernés par la mesure que pour les non concernés.

Figure 21 – Attributions ACS dans la tranche de revenus concernée par la mesure de revalorisation, en fonction de la situation antérieure du bénéficiaire, 2014-2015, 10 CPAM, métropole

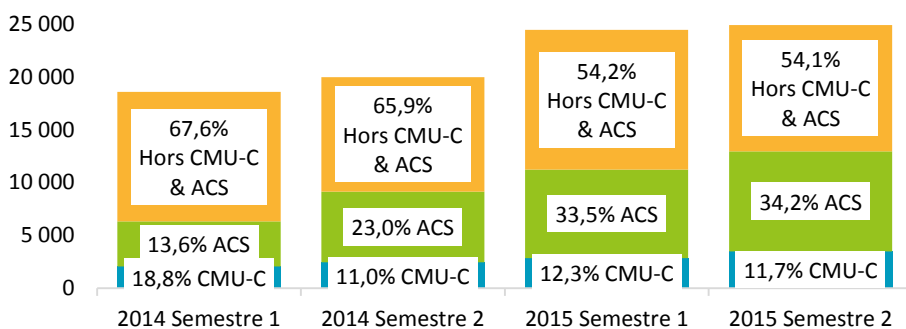
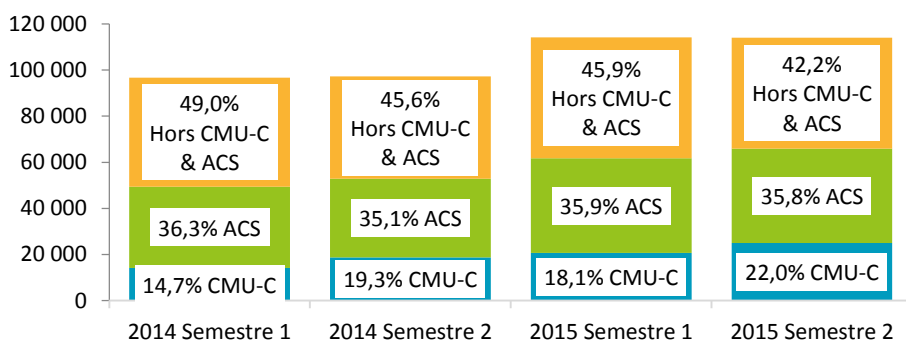
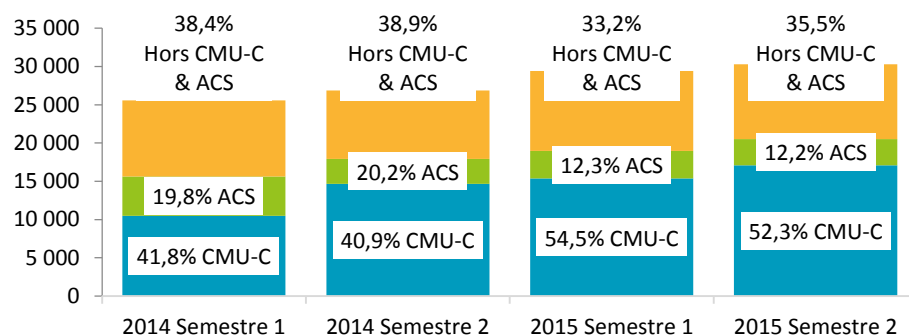


Figure 22 – Attributions ACS dans la tranche de revenus non concernée par la mesure de revalorisation, en fonction de la situation antérieure du bénéficiaire, 2014-2015, 10 CPAM, métropole



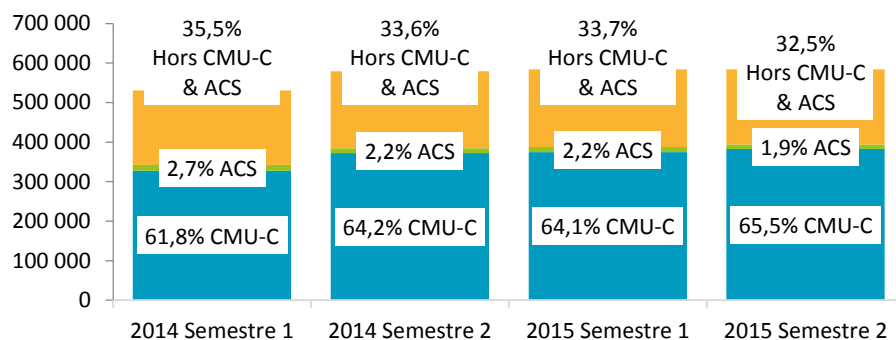
⁸⁵ qui ne disposaient ni de la CMU-C ni de l'ACS avant le relèvement des plafonds.

Figure 23 – Attributions CMU-C dans la tranche de revenus concernée par la mesure de revalorisation, en fonction de la situation antérieure du bénéficiaire, 2014-2015, 10 CPAM, métropole



Note de lecture : au premier semestre 2014, 38,4% des attributions de CMU-C dans la tranche de revenus concernée par le relèvement du plafond concernent des assurés qui ne bénéficiaient auparavant ni de la CMU-C ni de l'ACS.

Figure 24 – Attributions CMU-C dans la tranche de revenus non concernée par la mesure de revalorisation, en fonction de la situation antérieure du bénéficiaire, 2014-2015, 10 CPAM, métropole



B. Suivi des passages entre la CMU-C et l'ACS, pour les personnes bénéficiant antérieurement de l'une des deux prestations

La montée en charge de la mesure pour la CMU-C est illustrée par la part prise initialement par les ex ACS dans les attributions liées à la mesure (près de 20 %) ; cette part baisse progressivement à partir de juillet 2014 et se stabilise autour de 12 %.

Pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à l'ancien plafond (non concernées par la mesure), la part des ex ACS reste faible et décroît, de 3 % à 2 %.

Pour les attributions ACS, les renouvellements progressent régulièrement, pour se situer autour de 36 %, que les personnes soient concernées ou non par la mesure. Le pourcentage de renouvellement observé sur le champ des 10 caisses est cohérent avec celui communiqué par la CNAMTS sur la délivrance des attestations ACS sur l'ensemble du territoire.

Enfin, la part des transferts de la CMU-C vers l'ACS est assez conséquente, oscillant entre 11 % et 22 %, quelle que soit la tranche de revenus, mesure ou hors mesure.

3.3. L'ÉVOLUTION DE LA CMU-C

3.3.1. Évolution des effectifs et des dépenses

3.3.1.1. Les effectifs de la CMU-C ont progressé de 25 % en cinq ans

A. L'évolution des effectifs de la CMU-C

À fin juin 2016, les effectifs de la CMU-C sont estimés à 5,5 millions de bénéficiaires, pour l'ensemble des régimes et du territoire. La progression est de 3,2 % sur un an, dont 3,7 % en métropole et une légère baisse de 0,6 % dans les Dom. Sur le seul premier semestre 2016, l'augmentation reste assez dynamique, avec + 1,9 % pour l'ensemble du territoire.

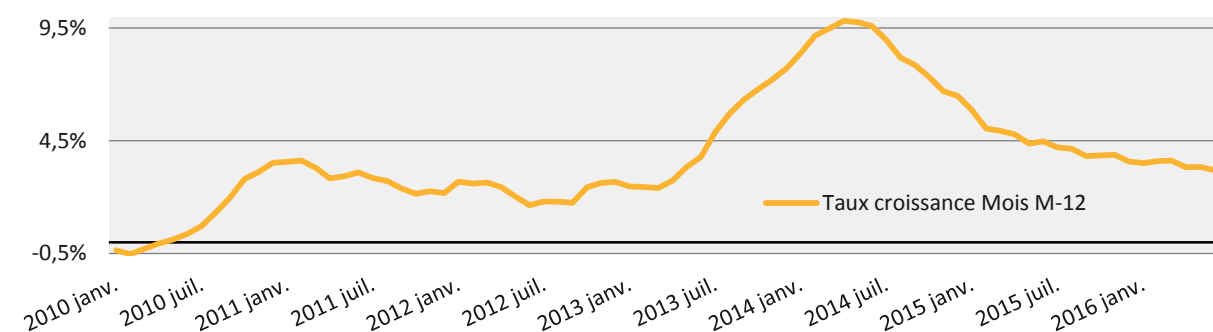
Les effectifs ont connu une très forte croissance entre juillet 2013 et décembre 2014, avec un pic de 9,8 % en mai 2014, en raison principalement de la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond de la CMU-C au 1^{er} juillet 2013. La croissance s'est progressivement ralentie depuis janvier 2015 mais, *in fine*, les effectifs ont augmenté de 25 % entre décembre 2010 et décembre 2015 sous l'effet conjugué de cette mesure et de la crise économique. La dégradation de la situation économique s'est notamment traduite par un accroissement du nombre de bénéficiaires du RSA socle qui ouvre droit à la CMU-C.

Tableau 25 – Effectifs de la CMU-C, ensemble des régimes, fin décembre 2015 et fin juin 2016

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2015				Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 30 juin 2016			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Tous régimes *	4,77 M	0,62 M	5,39 M	Tous régimes *	4,87 M	0,63 M	5,49 M
Évolution sur 6 mois	1,6%	-1,0%	1,3%	Évolution sur 6 mois	2,0%	0,4%	1,9%
Évolution sur un an	4,0%	0,2%	3,6%	Évolution sur un an	3,7%	-0,6%	3,2%
Régime général	4,26 M	0,59 M	4,85 M	Régime général	4,34 M	0,59 M	4,93 M
Évolution sur 6 mois	1,5%	-0,9%	1,2%	Évolution sur 6 mois	2,0%	0,2%	1,8%
Évolution sur un an	3,9%	0,2%	3,4%	Évolution sur un an	3,5%	-0,8%	3,0%

Données estimées pour juin 2016 – Sources : Tous régimes

Figure 25 – Effectifs CMU-C, évolution à M-12, tous régimes, janvier 2010 à juin 2016, métropole et Dom



Données estimées – Sources : Tous régimes

B. L'évolution des effectifs de la CMU-C par régime

En 2015, la progression annuelle des effectifs s'est établie à 3,6 % pour l'ensemble des régimes, évolution proche de celle du régime général, conformément au poids de ce régime (90 % des bénéficiaires de la CMU-C). Au RSI, le rythme annuel de progression a encore ralenti (+ 5,3% contre + 6,8 % en 2014). Au régime agricole, qui représente à peine 3 % des bénéficiaires de la CMU-C, l'évolution a été particulièrement dynamique (+ 9,8 %).

Tableau 26 – Effectifs de la CMU-C, évolution des effectifs par régime, métropole et DOM, entre fin 2014 et fin 2015

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4,26 M	0,59 M	4,85 M	0,57 M
Régime social des indépendants	0,32 M	0,01 M	0,33 M	0,05 M
Régime agricole	0,13 M	0,01 M	0,14 M	0,02 M
Autres régimes et SLM	0,07 M	0,01 M	0,08 M	0,02 M
Total Décembre 2015	4,77 M	0,62 M	5,39 M	0,67 M

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+3,9%	+0,2%	+3,4%	-5,8%
Régime social des indépendants	+5,0%	+13,7%	+5,3%	-1,8%
Régime agricole	+10,9%	-2,4%	+9,8%	+1,3%
Autres régimes et SLM	-0,9%	0	-2,1%	-18,6%
Total Décembre 2015	+4,0%	+0,2%	+3,6%	-5,7%

Entre la fin 2010 et la fin 2015, les effectifs au régime général ont suivi une progression régulière, avec une accélération mi 2013, du fait de la mesure de relèvement du plafond, ce qui a abouti à une progression de 23 % sur la période étudiée.

Les effectifs de la CMU-C au régime des indépendants avaient commencé à augmenter fortement à partir de la fin 2009, à l'instar de l'ensemble du régime avec l'arrivée du statut d'autoentrepreneur. Ils ont progressé de 56 % entre 2010 et 2015.

Au régime agricole, les effectifs ont baissé jusqu'au début de l'année 2013. La reprise s'explique non seulement par la mesure de revalorisation du plafond de revenu, mais encore par l'intégration du régime spécial « GAMEX » au régime agricole mi 2014, et surtout par l'évolution générale des effectifs du régime et la conjoncture économique du secteur avec, *in fine*, une progression de 20 % de fin 2010 à fin 2015.

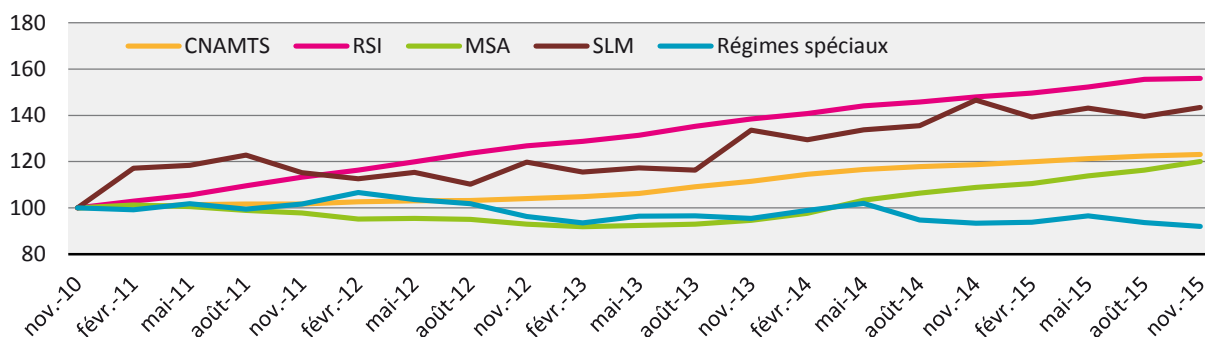
La tendance constatée pour l'ensemble des 20 sections locales mutualistes (SLM) est à nuancer car elle recouvre des évolutions hétérogènes compte tenu de la diversité des SLM. La baisse sur la fin 2015 est due à des questions techniques⁸⁶.

Les effectifs des régimes spéciaux ont diminué de 8 % sur la période 2010 - 2015, conséquence d'une tendance à la baisse amorcée début 2012. Mais ce constat pour le total des huit régimes recouvre également des évolutions plus contrastées, et rend compte de l'intégration du GAMEX au régime agricole au second semestre 2014 (850 bénéficiaires, soit 7,5 % des effectifs des régimes spéciaux à fin juin 2014).

⁸⁶ Les derniers effectifs connus pour la LMDE, SLM la plus importante, sont ceux de l'échéance trimestrielle d'août 2015, ils sont reproduits depuis à l'identique. « la CNAMTS s'est vue confier par la LMDE, la gestion des activités du régime obligatoire de ses affiliés. Ainsi, l'Assurance Maladie assure à compter du 1^{er} octobre 2015, pour le compte de LMDE, le service des prestations en nature maladie et maternité aux affiliés de la LMDE » (source Améli). De fait le suivi des effectifs pour cet organisme n'est actuellement plus assuré.

Figure 26 – Effectifs CMU-C, évolution à échéance trimestrielle, par régime, en base 100 à novembre 2010, jusqu'à novembre 2015, métropole et Dom

	Tous régimes	CNAMTS	RSI	MSA	SLM	Régimes spéciaux
2010 nov	100	100	100	100	100	100
2011 nov	102	102	113	98	115	102
2012 nov	105	104	127	93	120	96
2013 nov	113	111	138	95	134	95
2014 nov	120	119	148	109	147	93
2015 nov	125	123	156	120	143	92



3.3.1.2. La dépense moyenne de la CMU-C est en baisse au régime général

A. Point sur la dépense au premier semestre 2016

Fin juin 2016, la dépense moyenne de santé par bénéficiaire de la CMU-C au régime général (part complémentaire de la dépense) est de 422 €. Ce coût moyen est de 352 € au régime agricole et de 334 € au RSI. Il est en baisse au régime général comme au régime agricole (respectivement - 1,3 % et - 2,1 % en évolution annuelle). En revanche, le coût moyen progresse pour le régime des indépendants, de 2,5 % sur un an.

Pour le régime général et le régime agricole, la dépense de ville est quasi stable et c'est la dépense hospitalière qui porte la baisse (CNAMTS : - 4,5 %, CCMSA : - 6,8 %).

Au régime des indépendants, la hausse est régulière depuis un an. Au régime agricole, la baisse porte sur le premier semestre 2016. Au régime général, elle est quasi constante depuis début 2013.

Tableau 27 – CMUC-C, dépense de la CNAMTS et SLM, du RSI et la CCMSA à fin juin 2016, métropole et Dom

CNAMTS

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM	Coût unitaire	Évolution du coût unitaire
Ville	1 358 M€	4,8%	313 €	-0,1%
Hôpital	470 M€	0,2%	108 €	-4,5%
Total	1 829 M€	3,6%	422 €	-1,3%

RSI

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM	Coût unitaire	Évolution du coût unitaire
Ville	75 M€	8,2%	269 €	1,8%
Hôpital	18 M€	12,1%	65 €	5,4%
Total	93 M€	8,9%	334 €	2,5%

CCMSA

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM	Coût unitaire	Évolution du coût unitaire
Ville	31 M€	11,7%	273 €	-0,7%
Hôpital	9 M€	4,9%	79 €	-6,8%
Total	40 M€	10,1%	352 €	-2,1%

Effectifs évalués – Sources : CNAMTS, SLM, RSI, CCMSA

B. L'évolution de la dépense en 2015

En 2015, la dépense totale pour la part CMU-C est estimée à 2 180 M€. Elle augmente de 3,8 % en un an, un peu moins vite que les effectifs moyens (cf. tableau). Le coût moyen est ainsi en légère baisse, de 0,6 %, pour l'ensemble de la part CMU-C, gérée par les régimes et les OC.

Au régime général, la tendance est similaire : la dépense totale des bénéficiaires dont les droits sont gérés par la CNAMTS progresse moins vite que les effectifs moyens, et le coût moyen (423 €) est en baisse de 0,7 %. Toutefois, il tend à se stabiliser en 2015, du moins pour la dépense de ville.

Le coût moyen au régime des indépendants augmente de 1,6 %, pour un montant de 328 €, alors que celui du régime agricole est en baisse de 2,1 %, pour un montant de 351 €.

Pour les OC, le coût moyen pour 2015 est estimé à 372 €. Les données du tableau récapitulatif de l'exercice ne sont pas encore transmises par l'URSSAF Île-de-France au moment de la rédaction du présent rapport.

► **Tableau 28 – CMU-C, Dépense individuelle par organisme, en trésorerie, 2015, métropole et Dom**

2015	Dépense	Effectifs Moyens	Coût moyen	Évolution dépense	Évolution effectifs	Évolution coût moyen
	Total					
CNAMTS	1 794,73 M€	4 189,65	423 €	5,0%	5,6%	-0,7%
SLM		48,21	0 €	0,0%	13,6%	0,0%
RSI	88,93 M€	271,50	328 €	9,4%	7,7%	1,6%
CCMSA	37,91 M€	107,92	351 €	10,0%	12,4%	-2,1%
CANSSM	0,04 M€	0,18	216 €	17,5%	-8,1%	27,8%
CAVIMAC	0,66 M€	2,24	295 €	-7,5%	-7,5%	0,0%
CNMSS	0,95 M€	4,12	231 €	0,3%	4,0%	-3,6%
CRPCEN	0,04 M€	0,09	447 €	-29,5%	-0,5%	-29,1%
ENIM	0,96 M€	2,25	428 €	5,8%	6,1%	-0,3%
RATP	0,08 M€	0,15	507 €	30,9%	-8,8%	43,5%
SNCF	0,05 M€	0,21	223 €	-9,6%	-19,4%	12,1%
CMUC_RO	1 924,35 M€	4 626,53	416 €	5,3%	6,0%	-0,7%
CMUC_OC	255,84 M€	687,73	372 €	-6,2%	-5,1%	0,0%
Total	2 180,19 M€	5 314,27	410 €	3,8%	4,4%	-0,6%

Dépense totale en millions d'euros, effectifs en milliers, coût moyen en euros – Coût moyen évalué pour les OC – Sources : CNAMTS + SLM, RSI, CCMSA et OC

Pour rappel, le forfait CMU-C est de 408 € en 2015. Les régimes et les organismes pour lesquels la dépense moyenne est inférieure à ce montant seront remboursés sur la base de leur dépense en trésorerie réellement engagée et ceux pour lesquels la dépense est supérieure, verront leur dépense plafonnée au montant forfaitaire.

Toutefois, le montant restant à charge pour la CNAMTS fera l'objet d'un versement complémentaire par le Fonds CMU-C⁸⁷ (cf. partie 5).

C. L'évolution de la dépense moyenne sur les cinq dernières années

Sur les cinq dernières années, le nombre moyen de bénéficiaires de la CMU-C dont les droits sont gérés par les trois principaux régimes maladie a augmenté plus vite que la dépense (27 % vs 25 %).

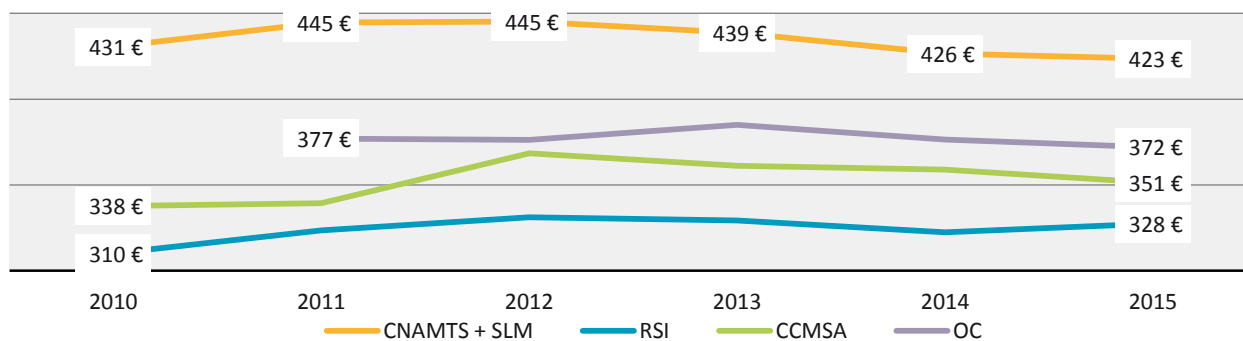
Le coût moyen au régime général est en baisse depuis la fin 2013.

Le coût moyen pour les OC est en baisse depuis 2014, mais le montant pour 2015 fait l'objet d'une évaluation, en l'attente de la transmission complète des données par l'URSSAF Île-de-France.

La forte augmentation du coût moyen pour le régime agricole en 2012 est due au commencement de la remontée exhaustive des données pour les Dom sur cet exercice. Depuis 2013, la tendance est également à la baisse.

Le coût moyen du RSI est particulièrement bas en 2010, du fait de l'arrivée massive des autoentrepreneurs sur cet exercice. Selon le RSI, l'augmentation régulière des deux années suivantes est plus liée à un rééquilibrage qu'à une réelle progression de la dépense individuelle.

Figure 27 – Dépense moyenne CMU-C, CNAMTS et SLM, RSI, CCMSA, OC, de 2010 à 2015, métropole et Dom



D. La dépense moyenne par poste pour les trois principaux régimes

Les trois principaux régimes (régime général, RSI, régime agricole) se distinguent autant par les différences de montants de dépense moyenne que par la répartition de celle-ci entre les postes.

Le montant de la dépense moyenne par bénéficiaire est le plus élevé au régime général (423 €), celui du régime agricole lui est inférieur de 17 % (351 €) et celui du régime des indépendants de 23 % (323 €).

La part de la dépense hospitalière est nettement plus importante au régime général (26 %) qu'au régime des indépendants (20 %). Le régime agricole se situe dans une position intermédiaire (23 %). En ce sens, le montant du forfait hospitalier est trois fois plus élevé au régime général qu'au régime des indépendants (29 € vs 10 €) et presque deux fois plus qu'au régime agricole.

La dépense moyenne pour les consultations des généralistes est la même au régime agricole et au régime des indépendants (35 €) et elle est supérieure de 10 € au régime général. Par contre, les bénéficiaires de la CMU-C au

⁸⁷ Décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire : « ...Lorsque, pour une année civile donnée, le montant des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 effectivement prises en charge par cette caisse excède le produit du nombre de personnes ayant bénéficié de cette prise en charge et du montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 verse à la caisse un montant complémentaire égal à cette différence. Toutefois, ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le report à nouveau du fonds. Dans cette hypothèse, le versement est réduit à due concurrence, etc. »

régime des indépendants recourent visiblement plus aux consultations des spécialistes avec 33 € de dépense moyenne, soit 8 € de plus qu'au régime général et 15 € de plus qu'au régime agricole.

Pour les médicaments, l'écart entre le régime général et le régime des indépendants est important (80 € vs 65 €), le régime agricole se situant entre les deux régimes avec 70 €.

Pour le dentaire, les dépenses moyennes des trois régimes sont similaires concernant les consultations, entre 23 € et 26 €, mais, concernant les prothèses, le régime des indépendants se situe bien en deçà (39 €) des deux autres régimes.

E. La dépense de ville pour la part CMU-C évolue à un rythme proche de celle de la population générale

Une partie des bénéficiaires de la CMU-C a un état de santé plus dégradé que l'ensemble de la population, ce qui génère une consommation de soins supérieure à celle de la population générale (cf. *supra* partie 2). Mais l'évolution de cette consommation répond aux mêmes logiques que celle des autres bénéficiaires.

La trajectoire d'évolution de la dépense prise en charge pour la part CMU-C⁸⁸ est parallèle à celle de la dépense de santé de l'ensemble des assurés du régime général, avec toutefois un rythme d'évolution pour la dépense CMU-C inférieur à celui des dépenses en population générale depuis 2013. Ce décalage est lié à la mesure de relèvement du plafond de la CMU-C mise en œuvre au 1^{er} juillet 2013, qui s'est probablement traduite par un changement du profil des bénéficiaires, les entrées liées à la mesure concernant des personnes en meilleur état de santé général. Par ailleurs, l'arrivée massive de nouveaux bénéficiaires a eu, toutes choses égales par ailleurs, un effet mécanique à la baisse sur la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU-C (effet volume).

La comparaison des évolutions de la dépense CMU-C avec celles des dépenses totales de la CNAMTS, qui a été menée jusqu'à présent, n'est pas suffisante dans la mesure où ces deux types de dépenses recouvrent un périmètre différent (part complémentaire affectée au financement du ticket modérateur et des dépassements pour la CMU-C, total de la dépense remboursable pour le régime général). C'est pourquoi l'analyse ci-dessous fournit un éclairage supplémentaire en comparant les dépenses au titre du seul ticket modérateur.

L'analyse est développée pour huit postes de la dépense de ville⁸⁹ de janvier 2013 à juin 2016, sur la base du ticket modérateur en date de remboursement, pour l'ensemble du régime général et pour la part CMU-C (bénéficiaires au régime général). Ce suivi est complété par celui des dépassements pour le poste des soins dentaires pour l'ensemble de la population, comparativement au dépassement autorisé et pris en charge par la CMU-C pour les prothèses dentaires.

Les données sont issues du SNIIRAM pour la dépense du régime général, et des bases comptables de la CNAMTS pour la CMU-C (champ métropole). Afin de neutraliser l'effet de la progression dynamique des effectifs de la CMU-C sur la dépense, la comparaison porte sur l'évolution du coût moyen de la CMU-C par rapport à l'évolution de la dépense totale de la population (bénéficiaires ou non de la CMU-C)⁹⁰.

Cette nouvelle analyse met particulièrement bien en lumière les effets de la mesure de revalorisation du plafond de la CMU-C de juillet 2013 sur la baisse de la dépense moyenne de la CMU-C au titre du ticket modérateur, ainsi que sur les fluctuations de la dépense moyenne des dépassements pris en charge par la CMU-C sur les prothèses dentaires.

⁸⁸ La part CMU-C correspond aux dépenses prises en charge au-delà de la partie remboursée par l'assurance maladie obligatoire : la prise en charge du ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers, du forfait journalier hospitalier, ainsi que la prise en charge de dépassements encadrés pour certains soins via le « forfait CMU-C » (paniers de soins dentaires, orthodontie, optique, audioprothèse).

⁸⁹ Médicaments, dispositifs médicaux, frais de transport, analyse et biologie, honoraires des généralistes, honoraires des spécialistes, honoraires dentaires, honoraires paramédicaux et sages-femmes.

⁹⁰ Les variations de la population globale de consommateurs sont considérées comme négligeables relativement à celles des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C.

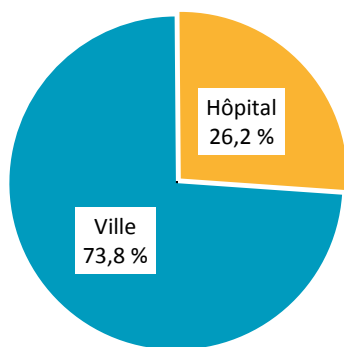
■ Répartition des postes de dépense

Fin juin 2016, les huit postes de dépense étudiés représentent la quasi-totalité de la dépense de ville prise en charge au titre du ticket modérateur par la CMU-C⁹¹.

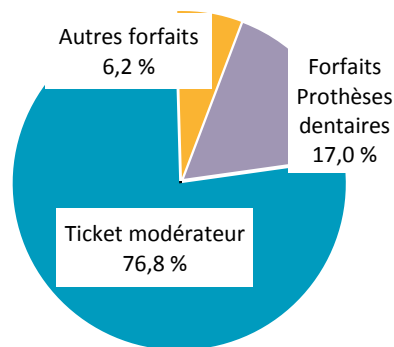
Pour rappel, la dépense de la CMU-C se répartit entre les trois quarts pour les soins de ville (ticket modérateur + forfaits) et un quart pour l'hôpital. La dépense de soins de ville se décompose elle-même entre la prise en charge du ticket modérateur (77 %) et les « forfaits CMU-C » (23 %), qui correspondent à la prise en charge de dépassements dans le respect de tarifs opposables⁹². Les forfaits « prothèses dentaires » représentent à eux seuls 17 % de la dépense de ville.

● Figure 28 – CMU-C, décomposition de la dépense pour la part CMU-C, régime général, métropole, juin 2016

Répartition ville / hôpital



Répartition de la dépense de ville



Sur l'ensemble des huit postes de soins de ville considérés, les médicaments représentent autour d'un tiers de la dépense au titre du ticket modérateur, pour la CMU-C comme pour le régime général (33 % CMU-C vs 35 % RG). On observe par contre une part plus importante pour la CMU-C concernant les honoraires des généralistes (18 % des dépenses de CMU-C au titre du ticket modérateur vs 12 % au RG) et l'inverse sur le poste des honoraires des spécialistes (11 % CMU-C vs 13 % RG).

La DREES⁹³ a récemment démontré que « malgré le bénéfice des tarifs opposables interdisant des dépassements d'honoraires qui sont fréquents chez les spécialistes mais rares chez les généralistes [...], les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes ». Cette observation recoupe le constat déjà établi par la CNAMTS, dans son étude effectuée dans le cadre du rapport « Charges et produits 2016 », sur la consommation de soins comparée entre les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS et la population générale⁹⁴. Le taux de recours au généraliste est supérieur de 7 points pour les bénéficiaires de la CMU-C (89 % CMU-C vs 82 % RG), avec un coût moyen annuel supérieur (164 € CMU-C vs 119 € RG), sur la base des dépenses remboursables.

Quant au poste des honoraires dentaires, il pèse plus dans les dépenses de ticket modérateur de la CMU-C que pour l'ensemble du régime général (11 % CMU-C vs 8 % RG). L'explication de cette différence se retrouve également dans l'étude du rapport « charges et produits 2016 ». Les bénéficiaires de la CMU-C ont un taux de recours aux soins dentaires un peu inférieur à celui de la population générale (37 % CMU-C vs 39 % RG), mais pour un coût moyen 1,5 fois supérieur, sur la base des dépenses remboursables.

⁹¹ La CMU-C comporte un neuvième poste : « Autres prestations en nature », qui n'est pas identifié en tant que tel dans les données du régime général. Ce poste couvre plusieurs types de prestations (cures thermales, IVG médicamenteuses, etc.), mais il ne totalise que moins de 1 % de la dépense de ville prise en charge par la CMU-C au titre du ticket modérateur.

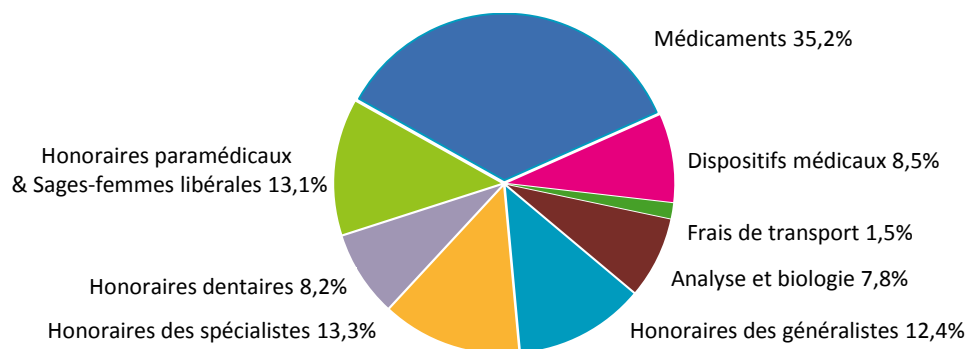
⁹² Les Forfaits CMU-C (optique, audioprothèse, prothèse dentaire, orthodontie) couvrent les dépassements du ticket modérateur, dans le respect de tarifs opposables, ils ne peuvent être rapprochés de la dépense suivie au régime général que pour les prothèses dentaires.

⁹³ « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », Études et résultats n° 944, décembre 2015

⁹⁴ Populations mutuellement exclusives : bénéficiaires de la CMU-C, bénéficiaires de l'ACS, RG : bénéficiaires ni de la CMU-C ni de l'ACS

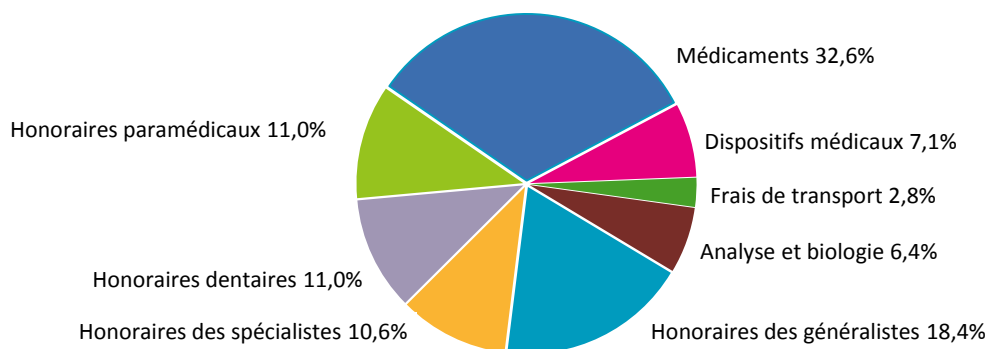
Sur la période observée, janvier 2013 – juin 2016, la répartition entre les postes varie peu, excepté pour le médicament, qui passe de 40 % à 35 % pour l'ensemble des assurés et de 36 % à 33 % pour la part CMU-C.

Figure 29 – Régime général, répartition par poste de la dépense de ville pris en charge au titre du ticket modérateur, métropole, juin 2016



Source : CNAMTS, SLM

Figure 30 – CMU-C, répartition par poste de la dépense de ville prise en charge au titre du ticket modérateur, coût moyen par bénéficiaire, métropole, juin 2016



Sources : CNAMTS, SLM

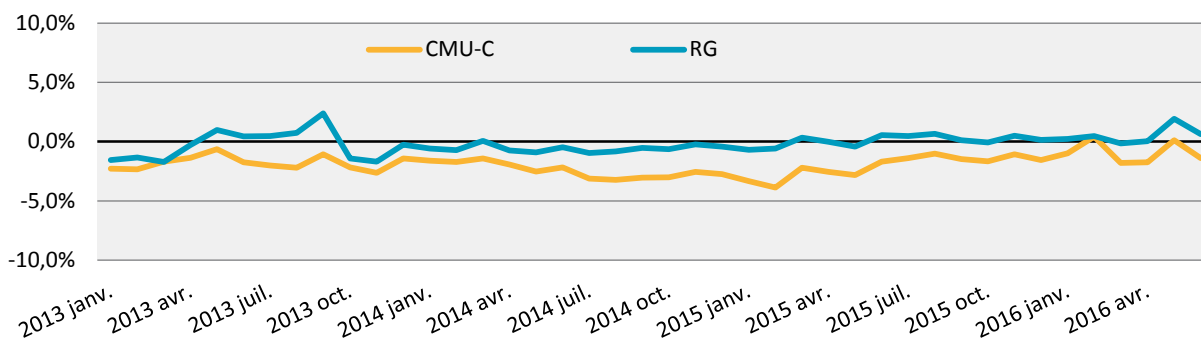
■ Évolution des différents postes de dépense au titre du ticket modérateur

De janvier 2013 à juin 2016, l'évolution de la dépense de ville pour la part CMU-C au titre du ticket modérateur suit globalement l'évolution de la dépense de la population générale, en restant en deçà et toujours négative⁹⁵.

L'écart de mai à septembre 2013 s'explique par un pic constaté sur trois postes de dépenses pour l'ensemble du régime général : les honoraires paramédicaux, les dispositifs médicaux, les frais de transport. Cet épisode répond à une chute sur ces mêmes postes un an plus tôt.

⁹⁵ En 2016, deux mois ont été marqués par une évolution légèrement positive pour la CMU-C (février, mai), ce qui ne s'était plus produit depuis décembre 2012, sachant que, pour le mois de février 2016, cet épisode n'est lié qu'à des raisons techniques.

Figure 31 – Évolutions du total des huit principaux postes pour la dépense de ville au titre du ticket modérateur, dépense totale RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à juin 2016



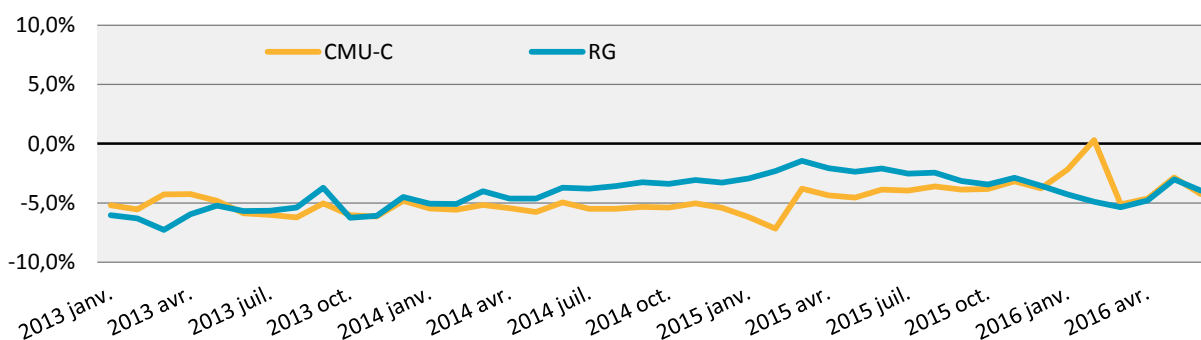
Sources : CNAMTS, SLM

Le poste principal de dépenses, les médicaments (35 % de la dépense au titre du TM au RG vs 33 % pour la CMU-C), suit un rythme régulier, avec une évolution en permanence à la baisse pour le régime général comme pour la CMU-C. Les évolutions sont très proches, voire confondues, sur la quasi-totalité de la période.

Un écart est constaté lorsque le nombre de bénéficiaires de la CMU-C⁹⁶ a le plus fortement augmenté, entre avril 2014 et avril 2015, avec un maximum de plus de 9,4 % de croissance en septembre 2014 dans le contexte de la montée en charge de la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond de la CMU-C.

La baisse accentuée de février 2015, à laquelle répond une hausse en février 2016, n'est pas significative, elle est liée à un décalage dans le chargement des bases comptables. De mars à juin 2016, l'évolution de la CMU-C est totalement calée sur celle de l'ensemble du régime.

Figure 32 – Évolutions de la dépense au titre du ticket modérateur, médicaments, dépense RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à juin 2016



Les honoraires des généralistes, des spécialistes, les honoraires dentaires ainsi que les dépenses d'analyse et de biologie représentent 42 % de la dépense au titre du ticket modérateur pour l'ensemble du régime et 46 % de la dépense pour la part CMU-C, également au titre du ticket modérateur. Les évolutions sont proches entre les quatre postes et, pour chaque poste, entre la population du régime général et la CMU-C. Ces évolutions peuvent être négatives sur de longues périodes pour la CMU-C comme pour la population du régime général dans son ensemble.

Pour les honoraires des généralistes, les dépenses au titre du ticket modérateur évoluent à la baisse sur l'ensemble de la période pour la part CMU-C (parfois légèrement à la hausse pour le RG).

⁹⁶ Pour le calcul de la dépense moyenne, sont retenus les bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi le régime général ou leur SLM pour la gestion de leurs droits CMU-C. Le calcul du nombre de bénéficiaires s'effectue en année complète mobile.

Les évolutions des honoraires des spécialistes sont confondues jusqu'en mars 2014, puis l'évolution pour la part CMU-C continue de suivre celle de la dépense au régime général, mais à un rythme inférieur de 2 points en moyenne de juillet 2014 à juin 2016.

Pour les honoraires dentaires, les évolutions se rejoignent ou s'entrecroisent sur toute la période étudiée, avec des écarts d'amplitude très modérée.

Pour les actes d'analyse et de biologie, la dépense de la CMU-C suit également celle du régime général ; elle évolue cependant moins rapidement depuis avril 2015.

Figure 33 – Évolutions de la dépense au titre du ticket modérateur, honoraires des généralistes, dépense RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à juin 2016

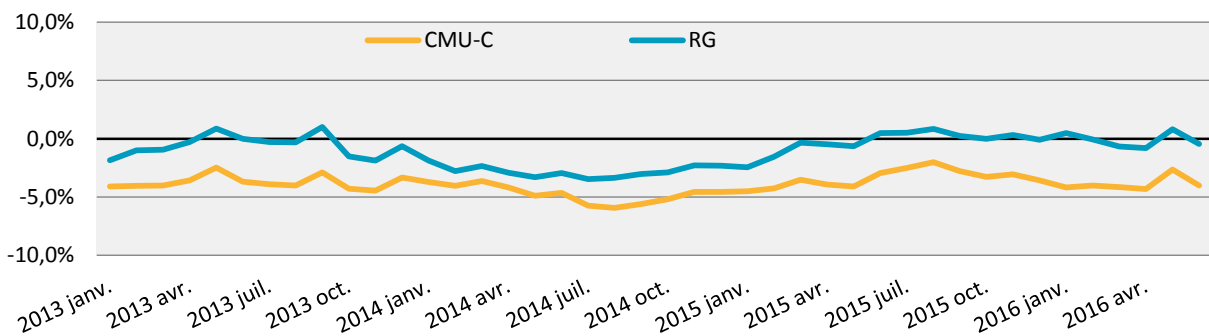


Figure 34 – Évolutions de la dépense au titre du ticket modérateur, honoraires des spécialistes, dépense RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à juin 2016

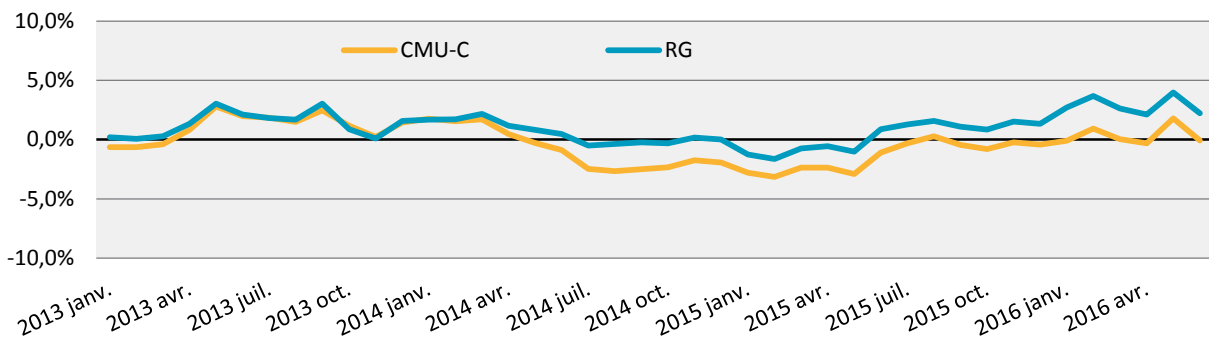


Figure 35 – Évolutions de la dépense au titre du ticket modérateur, honoraires dentaires, dépense RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à juin 2016

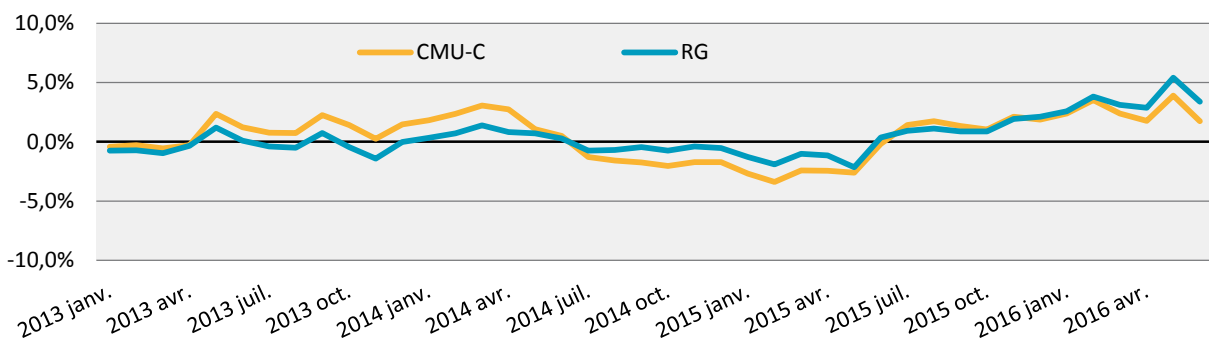
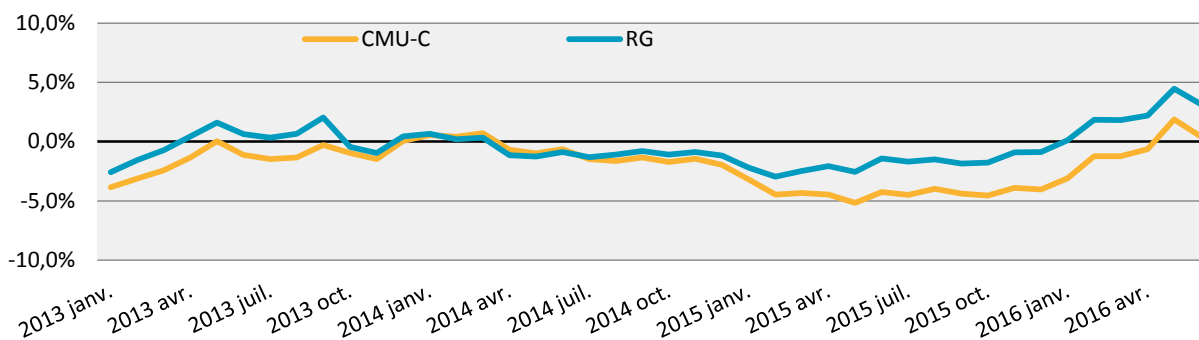


Figure 36 – Évolutions de la dépense au titre du ticket modérateur, honoraires analyses et biologie, dépense RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à juin 2016



Les postes des honoraires paramédicaux, des dispositifs médicaux et des frais de transport représentent 23 % de la dépense au titre du ticket modérateur pour l'ensemble du régime et 21 % de la dépense pour la part CMU-C, également au titre du ticket modérateur.

Les dépenses des postes des honoraires paramédicaux et des dispositifs médicaux sont en hausse sur toute la période, tant pour l'ensemble du régime que pour la CMU-C.

■ Suivi du forfait prothèses dentaires

L'arrivée conséquente de nouveaux bénéficiaires de la CMU-C, suite à la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond, a entraîné une augmentation du nombre de personnes n'ayant pas de dépenses au titre des exercices antérieurs. Compte tenu du décalage entre l'entrée en jouissance des droits à la CMU-C et l'achèvement de soins longs, l'arrivée des nouveaux bénéficiaires ne s'est pas immédiatement répercutée sur les dépenses pour ce type de soins. Cette explication vaut particulièrement pour la dépense portant sur les prothèses dentaires.

Il est possible de rapprocher la dépense de la population générale au titre des dépassements pour le dentaire du poste forfait prothèses dentaires pour la CMU-C, qui est, pour la ville, le poste le plus représentatif de soins longs et coûteux. Suite à la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C⁹⁷ a le plus fortement augmenté entre avril 2014 et avril 2015, avec un pic de plus de 9,4 % en septembre 2014. Sur cette période, les évolutions pour la dépense au titre des dépassements prennent la forme de paraboles en miroir (rythme d'évolution des dépassements sur les soins dentaires au régime général supérieur à celui de la dépense au titre des forfaits prothèses dentaires pour la CMU-C). D'avril 2015 à avril 2016, les paraboles s'inversent : les dépassements pris en charge par le forfait prothèses dentaires CMU-C évoluent plus rapidement. Une des pistes d'explication pourrait être l'intégration de la fin des soins longs engagés par les nouveaux bénéficiaires.

Un complément d'illustration est apporté par le suivi des évolutions de la dépense du poste pour la part CMU-C au titre de l'exercice antérieur et au titre de l'exercice, qui suivent la même logique.

⁹⁷ Pour le calcul de la dépense moyenne, sont retenus les bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi le régime général ou leur SLM pour la gestion de leurs droits CMU-C. Le calcul du nombre de bénéficiaires s'effectue en année complète mobile.

Figure 37 – Évolutions du dépassement pour le dentaire, pour la dépense de la population générale et du forfait prothèse dentaire pour le coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 – juin 2016

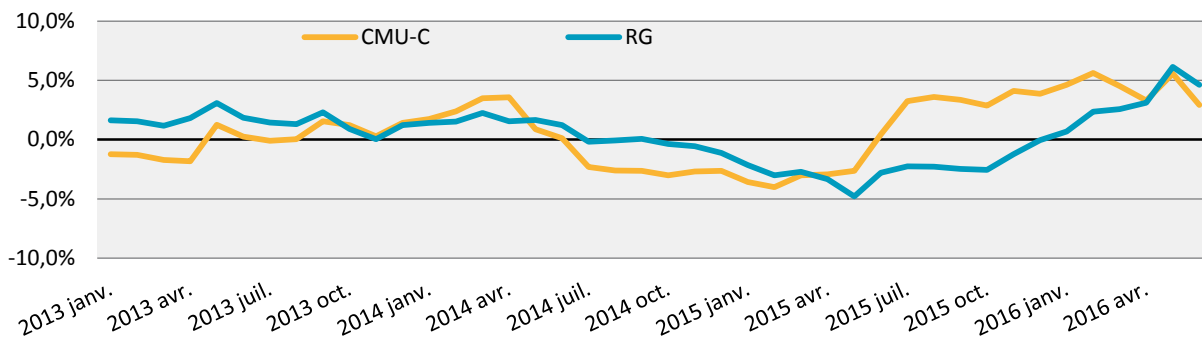
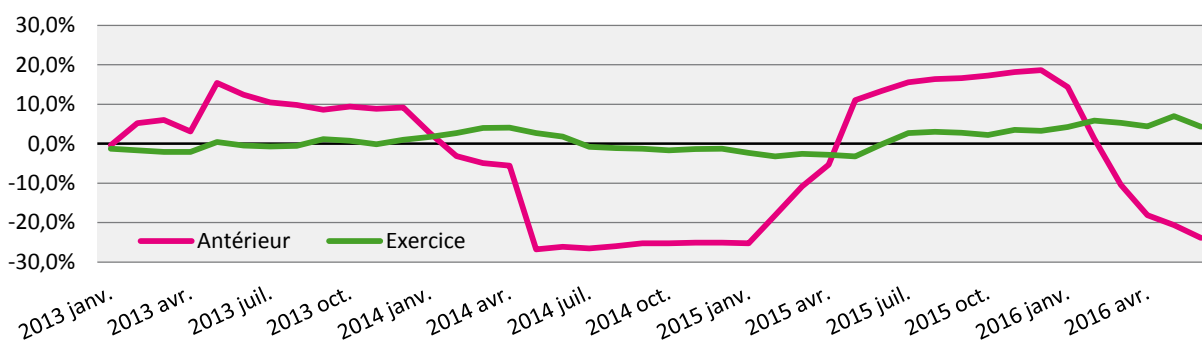


Figure 38 – Évolutions coût moyen CMU-C pour le poste forfait prothèses dentaires, dépense au titre de l'exercice antérieur et dépense au titre de l'exercice, métropole, janvier 2013 – juin 2016



F. Focus sur le forfait journalier hospitalier

La CMU-C prend en charge le forfait journalier hospitalier d'hébergement⁹⁸ sans limitation de durée. En théorie, pour une personne hospitalisée à l'année, le montant annuel de la prise en charge peut atteindre 6 600 € en hôpital ou en clinique et 5 000 € en service psychiatrique. En pratique, le coût moyen annuel du poste pour un bénéficiaire de la CMU-C est de 31 € en 2015 au régime général, en baisse de 4,3 % par rapport à 2014 (champ métropole).

Le Fonds CMU-C a coordonné une étude menée par la CPAM du Gers et la CCSS de Lozère sur la dépense liée au forfait journalier hospitalier. En effet, pour ces deux départements, le montant moyen de la dépense du poste forfait journalier au titre de la CMU-C a été, en 2015, de 522 € pour le département de la Lozère et de 110 € pour le département du Gers. Ces montants étant stables d'une année sur l'autre.

Le département de la Lozère compte 2 700 bénéficiaires de la CMU-C à fin 2015 au régime général et celui du Gers 9 500. La densité de bénéficiaires de la CMU-C des deux départements au régime général est inférieure à celle de la métropole, qui est de 6,6 % (Lozère : 3,3 %, Gers 4,8 %).

Deux hypothèses avaient été posées par le Fonds CMU-C en préalable à l'étude :

- l'éloignement géographique des centres hospitaliers à rayonnement régional amène à prolonger les temps d'hospitalisation, compte tenu de la difficulté à revenir rapidement, en cas de complication avérée au domicile du patient ;
- les départements concentrent une population hospitalisée en soins de longue durée.

⁹⁸ Depuis le 1^{er} janvier 2010 le montant du forfait hospitalier est de 18 € par jour en hôpital ou en clinique et de 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

À partir des données détaillées fournies par la Lozère, la première hypothèse n'a pas été retenue. Même si elle peut concerner certains patients, elle n'a pas d'incidence économique visible, puisque 97 % des forfaits journaliers pris en charge par la CMU-C concernent des établissements du département. L'hypothèse de la concentration d'une population hospitalisée en soins de longue durée a été retenue.

En Lozère, les 358 consommateurs de forfaits journaliers ne représentent que 13 % des bénéficiaires de la CMU-C. Pour ces consommateurs, 88 % de la dépense du poste est portée par des personnes relevant d'un régime d'affiliation lié au handicap, dont 81 % par des titulaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)⁹⁹. Dans le Gers, les personnes relevant d'un régime lié au handicap concentrent la dépense du poste dans la même proportion : 87 %, dont 81 % pour les titulaires de l'AAH.

En principe les allocataires de l'AAH ne peuvent pas bénéficier de la CMU-C. Le montant de l'AAH est supérieur au plafond de ressources fixé pour être admis à la CMU-C. Cependant le droit à la CMU-C peut être accordé, en cas d'hospitalisation de plus de 60 jours, ou 45 jours en établissement spécialisé ou en détention, entraînant la diminution de l'AAH¹⁰⁰.

Pour les bénéficiaires de l'AAH également bénéficiaires de la CMU-C, 90 % de la dépense du poste des forfaits journaliers hospitaliers relève de maisons d'accueil spécialisées¹⁰¹ (MAS) en Lozère et 72 % dans le Gers. Le deuxième poste est la psychiatrie, pour 8 % en Lozère et 17 % dans le Gers.

En Lozère et dans le Gers, les bénéficiaires de la CMU-C hospitalisés dans des MAS sont hébergés à l'année et principalement en seconde partie de vie (40 ans et plus).

Dans chacun des deux départements étudiés, une seule MAS concentre la grande majorité des personnes hébergées : 83 % en Lozère et 57 % dans le Gers.

En conclusion, les montants élevés pour le coût moyen du poste forfait hospitalier pour les départements de la Lozère et du Gers sont portés par moins de 15 % des bénéficiaires de la CMU-C. Ces personnes sont principalement titulaires de l'AAH et hospitalisées dans des MAS. Ces établissements ont un recrutement interrégional mais, du fait de leur séjour à l'année, les patients sont domiciliés sur le lieu des soins.

Il est possible que, dans des départements aux effectifs importants, on retrouve des phénomènes similaires de concentration de la dépense sur une minorité de bénéficiaires de la CMU-C et d'établissements, sans que cela ne soit visible au niveau du coût moyen. En ce cas, il peut être intéressant d'élargir l'étude à plusieurs départements, afin de mesurer l'éventuelle concentration de la dépense du poste sur des populations spécifiques, ainsi que le poids tout particulier de la CMU-C dans le financement de certains établissements de soins tels que les MAS.

Proposition 4 – Créer un observatoire d'analyse de la dépense CMU-C en s'appuyant sur des CPAM (Fonds CMU-C)

⁹⁹ Dans l'étude, en complément du régime 180 qui concerne les bénéficiaires de l'AAH, les régimes suivants ont été retenus comme relevant du handicap : 120 – Invalidité, 189 – Ex-titulaires de l'A.A.H., 530 – Pension vieillesse suite invalidité, 560 – Retraite Inaptitude.

¹⁰⁰ A l'issue de ces périodes, l'AAH est en effet réduit à 30 % de son montant (808,46 € au 1^{er} avril 2016), soit 242,5 €.

¹⁰¹ La maison d'accueil spécialisée (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance maladie.

Proposition 5 – Élargir à plusieurs départements l'étude effectuée sur la dépense du poste forfait hospitalier, afin de mieux connaître le poids de la CMU-C dans le financement des maisons d'accueil spécialisées.

3.3.2. Révisions du panier de soins : bilan de la revalorisation audioprothèse et perspectives pour les soins dentaires

3.3.2.1. Le succès de la revalorisation de la prise en charge des audioprothèses

L'arrêté du 21 mai 2014, relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des prothèses auditives applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire en matière de santé, fixe à 700 € le prix maximum de vente des prothèses auditives, la participation au titre du forfait CMU-C passant de 243,92 € à 500,29 € par appareil.

Pour ce tarif, les professionnels de santé sont tenus de fournir des prothèses auditives correspondant au minimum à des appareils de classe C¹⁰², bénéficiant d'une garantie de quatre ans.

Le délai de renouvellement des appareils passe de deux ans à quatre ans. En revanche, la deuxième prothèse est désormais prise en charge au titre du forfait CMU-C, soit une prise en charge de 1 000,58 € pour deux prothèses au titre du forfait CMU-C.

Cette évolution a fait l'objet d'un travail de préparation approfondi entre les représentants de la profession des audioprothésistes, la Direction de la sécurité sociale et le Fonds CMU-C. Elle était très attendue par les patients. Pour preuve, l'arrêté de revalorisation est paru au Journal officiel du 23 mai 2014 et les ventes d'appareillage ont doublé dès le mois suivant. En base mensuelle, il a été vendu 6 fois plus d'appareils en juillet 2015 qu'en mai 2014. En juin 2016, la proportion se situe autour de 5 fois plus par rapport à ce même mois de référence de mai 2014.

De janvier 2014 à juin 2016, sur la base de données en année complète mobile, la progression des dépenses du poste forfait CMU-C audioprothèse est très importante, relativement à celle des effectifs et de la dépense totale :

- effectifs des bénéficiaires de la CMU-C dont les prestations sont gérées par leur régime de base, pour les trois principaux régimes : + 17,7 %
- dépense totale pour la part CMU-C : + 16 %
- dépense du poste forfait CMU-C audioprothèse : + 339,5 %.

En 2013, le coût moyen du poste avait baissé régulièrement à compter du mois de janvier. En effet, l'arrêté avait été annoncé dès cette période et les professionnels ont certainement dû inciter les bénéficiaires de la CMU-C à reporter leur renouvellement pour leur primo-équipement en vue d'une meilleure prise en charge.

Les prévisions pour la mesure d'évolution du poste forfait CMU-C audioprothèses avaient été établies, en collaboration avec la DSS et la CNAMTS, en 2012, sur la base de données de 2011 et d'une projection sur 2014. Elles tablaient sur une évolution du nombre de consommateurs du poste, passant de 7 800 à 10 800, en prenant en compte à la fois l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et une baisse du renoncement aux soins. Sous ces hypothèses, le coût annuel de la mesure (prise en charge du deuxième équipement et participation forfaitaire de 500,29 € pour un appareil à 700 €) avait été estimé à un peu plus de 10 M€

Au final, on estime que, pour 2015, première année d'effet plein du dispositif, le nombre de consommateurs a été de plus de 10 000¹⁰³, pour une dépense d'un peu plus de 9 M€.

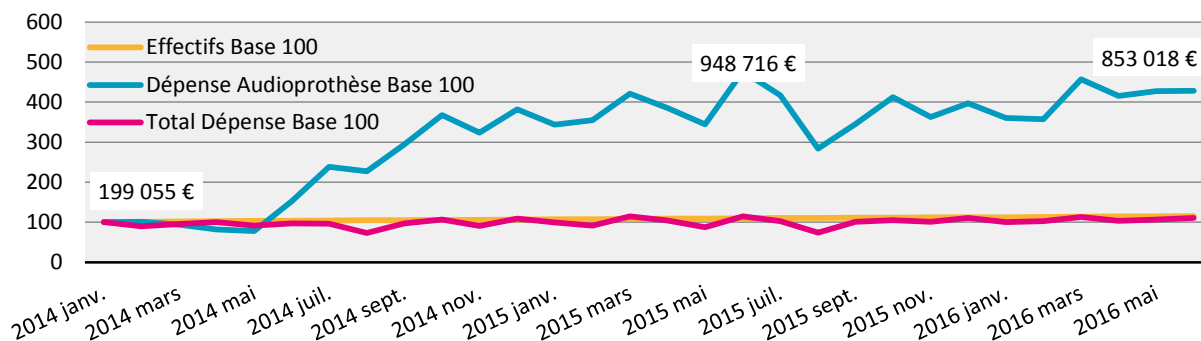
¹⁰² Appareils de classe C : appareils numériques (les appareils de classe A auparavant pris en charge par la CMU-C étaient analogiques), permettant d'évoluer dans un milieu sonore diversifié. Les appareils les plus sophistiqués sont de classe D.

¹⁰³ L'estimation du nombre de consommateurs d'établit en deux étapes :

– division du montant annuel de dépense (9 048 709 €) par le montant de prise en charge (500,29 €), soit 18 087 appareils pris en charge ;

La mesure a donc pleinement atteint sa cible, dans le respect des prévisions budgétaires.

Figure 39 – CMU-C, Suivi de la dépense mensuelle brute du poste audioprothèses, comparativement aux effectifs et à la dépense totale, pour les trois principaux régimes (général, indépendants, agricole), métropole et Dom, janvier 2014 à juin 2016, base 100 à janvier 2014



Sources : CNAMTS, SLM, RSI, CCMSA

3.3.2.2. Une évolution du panier de soins dentaires s'avérait nécessaire, après plus de 10 ans sans modification

Pour ce rapport d'évaluation, il a été demandé au Fonds CMU-C de réaliser une analyse du panier de soins dentaires applicable aux bénéficiaires de la CMU-C dans une approche prospective, en amont de la négociation des tarifs des actes des chirurgiens-dentistes (cf. lettre de mission, annexe 1). L'analyse et les scénarios illustratifs développés ci-dessous ont permis de poser les bases d'une réflexion qui a abouti en mars 2017 à une refonte globale du panier de soins dentaires CMU-C (hausse des montants pris en charge par la CMU-C et des tarifs plafonds des actes du panier applicables par les chirurgiens-dentistes et introduction de nouveaux actes).

Les scénarios présentés constituaient des propositions d'évolution répondant à la fois à une meilleure prise en charge des soins prothétiques et aux attentes des professionnels remontées au Fonds CMU-C.

Ont ainsi été présentées les pistes suivantes : accroissement généralisé de la prise en charge des actes du panier de soins dentaires CMU-C, hausse de la prise en charge des actes de pose des couronnes métalliques dentoportées ainsi que des actes de réparation des prothèses. Ces changements se situaient à périmètre constant du panier de soins existant. Un élargissement du panier de soins dentaires aurait par ailleurs pu être envisagé, afin de prendre en compte un certain nombre de soins parodontiques. Ce dernier point, potentiellement coûteux pour l'assurance maladie obligatoire compte tenu de l'absence de prise en charge de ces soins en population générale, n'a pas été repris dans le cadre des négociations. Pour autant, le cadrage des financements disponibles pour l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C n'étant pas défini au moment de l'élaboration de scénarios par le Fonds CMU-C, ces derniers ont été élaborés à titre illustratif. Les niveaux de revalorisation simulés ne constituaient pas des propositions en tant que telles, mais ont permis de disposer d'un ordre de grandeur des coûts¹⁰⁴.

– division de 18 087 par 2, soit 9 043, pour obtenir le nombre de consommateurs. Mais l'on sait que tout le monde n'a pas besoin de deux appareils, soit une évaluation à plus de 10 000 pour le nombre de consommateurs.

¹⁰⁴ Les chiffrages ont été réalisés grâce aux données fournies par la CNAMTS concernant la répartition des soins pris en charge par le panier de soins dentaires CMU-C. Un éclairage complémentaire a été apporté par la CCMSA.

A. Contexte des scénarios d'évolution du panier de soins dentaires pour la CMU-C

Les scénarios d'évolution du panier de soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C ont été élaborés dans le contexte suivant :

- la négociation de la nouvelle convention dentaire en cours au moment de la rédaction initiale de ce rapport ;
- le caractère ancien du panier ; il datait de 2006 ; en dix ans des besoins avaient été exprimés par la profession de manière récurrente ;
- le passage à la CCAM¹⁰⁵, fin 2014, qui a permis d'identifier les données concernant le panier de soins dentaires de la CMU-C dans les bases de l'assurance maladie. La CNAMTS a maintenant la possibilité d'extraire des éléments qui permettent de quantifier la fréquence de chaque acte sur une période annuelle. Ceci a permis d'effectuer des projections chiffrées d'évolutions éventuelles de la prise en charge par la CMU-C. Les informations ont pu être complétées et confirmées par des données similaires fournies par la CCMSA.

B. Le périmètre du panier de soins dentaires CMU-C avant modification de la grille des tarifs

a) La prise en charge des soins par la CMU-C et le respect des tarifs opposables

Des dépassements du tarif de responsabilité de la sécurité sociale sont autorisés et pris en charge dans le cadre du panier de soins CMU-C pour l'optique, l'audioprothèse, les prothèses dentaires et l'orthopédie dentofaciale. En ce cas, le tarif opposable se compose du tarif de responsabilité augmenté du montant du dépassement pris en charge par les forfaits CMU-C.

Le professionnel de santé est tenu de proposer un équipement ou un traitement respectant le tarif opposable. Les montants à la charge du patient (dépassements ou actes non remboursables) sont autorisés pour les actes non répertoriés dans le panier de soins CMU-C (surfaçage en parodontie...).

Le panier de soins dentaires CMU-C ne comporte que des soins prothétiques. Ces soins sont détaillés dans la CCAM (classification commune des actes médicaux), dans une rubrique spécifique à la CMU-C.

b) Les soins dentaires prothétiques

On distingue deux formes de soins prothétiques pour le dentaire :

- les prothèses conjointes (prothèses fixes) et leur ablation ;
- les prothèses adjointes (prothèses amovibles) et leurs réparations ou évolutions.

Le panier de soins dentaires CMU-C comporte cinq grandes catégories d'actes répertoriés dans la CCAM¹⁰⁶ (cf. tableau ci-dessous).

Les prothèses (fixes ou amovibles) représentent plus de 95 % des actes et 99 % de la dépense prise en charge au titre des dépassements autorisés dans le cadre du panier de soins dentaires CMU-C. Les réparations représentent 4 % des actes pour 1 % de la même dépense.

La prise en charge des dépassements pour les prothèses amovibles est proportionnellement la plus coûteuse, elle représente 40 % de la dépense pour seulement 18 % des actes.

¹⁰⁵ CCAM : classification commune des actes médicaux

¹⁰⁶ La CCAM décline les actes en plusieurs catégories, qui s'identifient par quatre lettres génériques. Des chiffres s'ajoutent à ces quatre lettres, afin de distinguer chaque acte.

Tableau 29 – Déclinaison du panier de soins dentaires CMU-C par grandes catégories CCAM, fréquence des actes et part de la dépense remboursée

Type acte	Définition	Fréquence	Part de la dépense
HBLD	Prothèse fixe ou amovible	95,45%	99,0%
dont	Prothèse fixe	77,53%	59,4%
	Prothèse amovible	17,92%	39,6%
HBGD	Ablation d'une prothèse fixe	0,13%	0,0%
YYYY	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible	0,31%	0,0%
HBMD	Réparation d'une prothèse amovible ou adjonction ou changement d'un ou plusieurs éléments	4,11%	1,0%
HBKD	Changement ou remplacement de facettes sur prothèses amovibles	0,01%	0,0%
		100%	100%

Source : CNAMTS, données 2015

Au régime général, les trois premiers postes en nombre d'actes relèvent des prothèses fixes :

- les inlay core, 27 % des actes. Ce sont des actes permettant la pose de couronnes sur les dents les plus délabrées. Avant révision des tarifs des chirurgiens-dentistes, ces actes ne faisaient pas l'objet d'un dépassement pris en charge au titre du panier de soins dentaires CMU-C ;
- les couronnes dentaires céramo-métalliques, 25 % des actes et 34 % de la dépense au titre du panier de soins dentaires CMU-C ;
- les couronnes dentaires métalliques, 19 % des actes et 12 % de la dépense au titre du panier de soins dentaires CMU-C.

Les proportions au régime agricole sont proches de celles du régime général.

Tableau 30 – Panier de soins dentaires CMU-C pour les trois principaux actes de la catégorie des prothèses fixes, fréquence des actes et part dans la dépense du forfait prothèses dentaires CMU-C, régime général et régime agricole, données 2015

CCAM	Libellé code acte affiné	Tarif de responsabilité	Dépassement maximum autorisé	CNAMTS		CCMSA	
				Part d'actes	Part dépense forfait CMU-C	Part d'actes	Part dépense forfait CMU-C
Prothèses conjointes							
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	107,50 €	122,50 €	19,4%	12,2%	20,9%	13,0%
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux	107,50 €	267,50 €	24,6%	33,8%	23,7%	32,1%
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]	122,55 €	0,00 €	26,8%	0,0%	23,9%	0,0%

Sources : CNAMTS – CCMSA- données 2015

Avant les modifications apportées par la nouvelle grille de tarifs opposables de mars 2017, le panier de soins dentaires CMU-C définissait des tarifs opposables pour 102 actes, mais ne prévoyait un dépassement autorisé (et pris en charge) que pour 57 d'entre eux. Les dépassements autorisés ont historiquement fait l'objet d'une négociation acte par acte, sur la base de montants, ce qui engendre des pourcentages de prise en charge différenciés, allant de 254,78 % à 402,50 %.

Cette hétérogénéité des taux de prise en charge subsiste dans la nouvelle grille tarifaire.

Tableau 31 – Déclinaison du panier de soins dentaires CMU-C par grandes catégories CCAM, taux et montants minimum et maximum pris en charge en 2016

Type acte	Définition	Pourcent. Prise en charge		Montant pris en charge	
		Min	Max	Min	Max
HBLD	Prothèse fixe ou amovible	100,00%	402,50%	0,00 €	1 288,50 €
dont	Prothèse fixe	100,00%	402,50%	0,00 €	845,50 €
	Prothèse amovible	254,78%	358,96%	294,25 €	1 288,50 €
HBGD	Ablation d'une prothèse fixe	100,00%	100,00%	0,00 €	0,00 €
YYYY	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible	100,00%	100,00%	0,00 €	0,00 €
HBMD	Réparation d'une prothèse amovible ou adjonction ou changement d'un ou plusieurs éléments	100,00%	302,33%	0,00 €	326,25 €
HBKD	Changement ou remplacement de facettes sur prothèses amovibles	100,00%	100,00%	0,00 €	0,00 €

Pourcentage de prise en charge du dépassement = (Tarif de responsabilité + Montant du dépassement pris en charge) / Tarif de responsabilité

C. Scénarios d'évolutions

a) Augmentation généralisée des taux de prise en charge du panier de soins, à périmètre inchangé

À titre illustratif, un scénario simple proposé par le Fonds CMU-C en amont de la négociation des tarifs des chirurgiens-dentistes était d'appliquer un pourcentage d'augmentation sur tous les dépassements déjà pris en charge par la CMU-C. Cette option d'augmentation généralisée a été retenue dans le cadre de la révision des tarifs des chirurgiens-dentistes (cf. arrêté du 29 mars 2017 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie).

À périmètre de prise en charge identique, en tablant sur une augmentation de 3,5 % du nombre de bénéficiaires de la CMU-C chaque année¹⁰⁷, le coût d'un accroissement de 5% des dépassements a été évalué à 14 M€ en 2016 pour l'ensemble des régimes.

Tableau 32 – Évaluation du coût d'une augmentation généralisée de 5 % des dépassements pris en compte dans le cadre du panier de soins dentaires CMU-C.

	2016	2017	2018
Réévaluation du panier de soins à l'identique +5%	13,78 M €	14,26 M €	14,76 M €

¹⁰⁷ conformément à l'hypothèse retenue en prévision par le Fonds CMU dans le cadre de la LFSS pour 2017

b) Évolutions différenciées de certains actes du panier de soins

En amont des négociations entre la profession des chirurgiens-dentistes et l'UNCAM débutées fin 2016, la CNSD¹⁰⁸, le SNCDSCS¹⁰⁹, mais aussi différents praticiens consultés avaient attiré l'attention sur la nécessité de revaloriser la prise en charge, dans le cadre du panier de soins CMU-C, des actes suivants :

- les couronnes coulées métalliques ;
- les prothèses adjointes de 14 dents ;
- les actes de réparation ou d'adjonction de dents ou crochets, la prise en charge de ces actes ne couvrant pas les frais engagés par le professionnel de santé. Cela inciterait à préférer opérer un remplacement de prothèses plutôt qu'à un entretien, ce qui engendrerait une surconsommation de ces dernières.

■ **Augmentation de la prise en charge par la CMU-C de la pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique**

En 2016, la pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique fait l'objet d'un dépassement pris en charge au titre de la CMU-C de 122,50 €, soit un tarif opposable (tarif de responsabilité + dépassement CMU-C) de 230 €. Le pourcentage de prise en charge est de 214 %. L'acte représente près de 20 % des actes prothétiques.

Les simulations d'évolution ci-dessous correspondent à des variantes d'augmentation du montant actuel de dépassement autorisé (122,50 € + 5 € / + 10 € / + 30 €¹¹⁰).

Compte tenu de la fréquence élevée de l'acte, chaque pallier d'évolution se traduit par une augmentation notable de la dépense : 1,4 M€ en 2016 pour le pallier de 5 €, 2,7 M€ pour le pallier de 10 €, 9,4 M€ pour le pallier de 30 €.

Le scénario à 30 € aurait porté le taux de prise en charge dans le cadre du panier de soins CMU-C à 241,9 %.

In fine, la revalorisation retenue par le règlement arbitral de mars 2017 a été de 20€, soit un taux de prise en charge de 232,6% en pourcentage du tarif de sécurité sociale.

► *Tableau 33 – Évaluation du coût d'une augmentation, par montant de 5 €, 10 €, 30 € des dépassements pris en compte dans le cadre du panier de soins dentaires CMU-C, pour la pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique*

	2016	2017	2018
Prise en charge de la couronne métallique +5 €, soit à 218,6% au lieu de 214%	1,37 M €	1,42 M €	1,47 M €
Prise en charge de la couronne métallique +10 €, soit à 223,3% au lieu de 214%	2,75 M €	2,84 M €	2,94 M €
Prise en charge de la couronne métallique +30 €, soit à 241,9% au lieu de 214%	9,38 M €	9,71 M €	10,05 M €

■ **Meilleure prise en charge des prothèses adjointes de 14 dents**

Ces prothèses répondent aux besoins des personnes ayant perdu l'ensemble de leurs dents (haut et/ou bas). Elles permettent de reprendre une alimentation normale. Ces actes représentent 2,7 % des actes prothétiques.

En 2016, la pose de prothèses amovibles définitives complètes faisait l'objet d'un dépassement pris en charge au titre de la CMU-C allant de 473,25 € à 1 288,50 €. Le pourcentage de prise en charge se situait entre 306,7 % et 359 %.

¹⁰⁸ CNSD : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires

¹⁰⁹ SNCDSCS : Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes de Centres de Santé

¹¹⁰ D'après les professionnels de santé, le montant de 30 € compenserait la perte actuellement constatée sur l'acte de pose d'une couronne métallique dentoportée.

L'arrêté du 29 mars 2017 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie revalorise ces actes. Les taux de prise en charge seront compris entre 338,9% et 398,4%.

Tableau 34 – Prise en charge des dépassements dans le cadre du panier de soins dentaires CMU-C pour la pose de prothèses amovibles définitives 14 dents

Acte affiné	Libellé code acte affiné	Tarif de responsabilité	Dépassement maximum autorisé	Prise en charge actuelle par rapport au TR	Part dans le total du nombre d'actes
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	182,75 €	473,25 €	359,0%	1,8%
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	365,50 €	946,50 €	359,0%	0,6%
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	311,75 €	644,25 €	306,7%	0,3%
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	623,50 €	1 288,50 €	306,7%	0,1%
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	494,50 €	1 117,50 €	326,0%	0,0%

Source : Fonds CMU-C et CNAMTS. Données 2015 pour la part dans le nombre total des actes.

■ Meilleure prise en charge des réparations et évolutions des prothèses adjointes

Il s'agit d'actes visant à réparer ou à faire évoluer des prothèses adjointes existantes (actes codifiés en YYYY, HBMD, HBKD). Leur prise en charge dans le cadre du panier soins CMU-C était nulle pour 42 actes et se situait entre 126,7 % et 302,3 % pour les 30 autres. Les 72 actes représentaient 4,4 % de l'ensemble des actes prothétiques listés dans le panier de soins dentaires CMU-C.

La proposition du Fonds CMU-C était de prendre en charge l'ensemble de ces soins au meilleur taux de la catégorie, 302,3 %, ce qui permettait de ne pas baisser la prise en charge sur l'existant, tout en restant proche du meilleur contrat ACS.

Le coût de la mesure était évalué à 0,09 M€ pour 2016, à fréquence des actes constante. Du fait de la mesure, la fréquence augmenterait, mais le coût serait compensé par une diminution du renouvellement des appareillages coûteux.

L'ensemble de ces actes a été *in fine* nettement revalorisé dans le cadre du règlement arbitral approuvé par l'arrêté du 29 mars 2017. Des forfaits de prise en charge des dépassements ont été mis en place et un certain nombre d'actes sont pris en charge au-delà du meilleur taux auparavant observé de 302,3%. Par exemple, les actes d'adjonction ou de remplacement d'éléments sur les prothèses dentaires amovibles, seront désormais pris en charge à des taux de l'ordre de 335% du tarif de sécurité sociale.

Tableau 35 – Évaluation du coût d'une prise en charge à 302,3 % de l'ensemble des actes de réparation et d'évolution des prothèses dentaires adjointes dans le cadre du panier de soins dentaires CMU-C

	2016	2017	2018
Prise en charge de tous les actes YYYY / HBMD / HBKD à 302,3%	0,09 M €	0,09 M €	0,10 M €

D. Evolutions de la prise en charge sur le champ dentaire des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

La négociation de l'avenant 4 à la convention nationale qui régit les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie n'ayant pas abouti à un accord, la procédure de règlement arbitral a été mobilisée pour définir les nouveaux tarifs des chirurgiens-dentistes.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le règlement arbitral, approuvé par arrêté du 29 mars 2017, a débouché sur une hausse des tarifs plafonds de tous les actes du panier (mesures actées par un arrêté du 19 avril 2017¹¹¹). Il revalorise en particulier le niveau de prise en charge de l'acte de pose d'une couronne dentoportée métallique et les actes de réparation, comme préconisé par le Fonds CMU-C (cf. infra). Enfin, un certain nombre d'actes qui n'étaient auparavant pas dans le champ du panier de soins CMU-C sont introduits.

Ainsi, la nouvelle grille de tarifs opposables aux chirurgiens-dentistes applicable aux actes prothétiques dentaires des bénéficiaires de la CMU-C est telle que :

- tous les actes font désormais l'objet de la prise en charge d'un dépassement¹¹² (contre auparavant 57 actes sur 102) ;
- tous les dépassements déjà pris en charge sont majorés ;
- de nouveaux actes sont introduits dans la couverture : inlay-onlay core, couronne provisoire, prothèses amovibles de transition¹¹³.

Le principe d'une reste à charge nul pour les bénéficiaires de la CMU-C a, malgré ces augmentations des prix maximums facturables, été conservé : l'arrêté du 19 avril 2017 revalorise en effet les montants pris en charge au titre de la CMU-C au niveau de ces nouveaux plafonds¹¹⁴.

Enfin, un second arrêté du 19 avril 2017¹¹⁵ prévoit l'application des tarifs opposables du nouveau panier de soins dentaires CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS, ce qui aura pour conséquence d'annuler ou de réduire leurs restes à charge sur les soins prothétiques dentaires. Cette habilitation, donnée par l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale autorise le pouvoir réglementaire à fixer en l'absence d'accord conventionnel des montants de dépassement maximums autorisés aux bénéficiaires de l'ACS. L'ensemble de ces mesures entreront en vigueur au 1^{er} octobre 2017.

¹¹¹ Arrêté du 19 avril 2017 pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et fixant le niveau maximal de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé

¹¹² Excepté pour les couronnes provisoires, inscrites au panier de soins à partir du 1^{er} janvier 2018, sans dépassement autorisé

¹¹³ Prothèses à plaque résine pour les prothèses de moins de 8 dents.

¹¹⁴ Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé

¹¹⁵ Arrêté du 19 avril 2017 pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et fixant le niveau maximal de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale

Proposition 6 – Dans le cadre de la transposition des tarifs opposables des soins prothétiques dentaires aux bénéficiaires de l'ACS, mettre en place un suivi de l'effectivité de l'application des tarifs opposables (CNAMTS).

Proposition 7 – Étudier les besoins de prise en charge relatifs à la LPP des personnes en situation de handicap, dans le cadre du panier de soins CMU-C et des contrats ACS.

Piste de travail 2 – Procéder à une étude approfondie des besoins de prise en charge des soins parodontiques, en vue d'un éventuel élargissement du périmètre du panier de soins dentaires de la CMU-C.

3.4. L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

Cette partie analyse les évolutions des effectifs disposant de l'ACS à travers la délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie depuis 2010. Ces attestations délivrées sont ensuite utilisées ou non auprès d'un organisme complémentaire (OC) par la souscription d'un contrat ACS. Il s'agit de l'utilisation de l'aide et on parle de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation auprès d'un OC. La question de l'utilisation des attestations est abordée dans la partie 3.5 relative au bilan de la réforme de l'ACS.

3.4.1. Les effectifs ont doublé depuis 2010

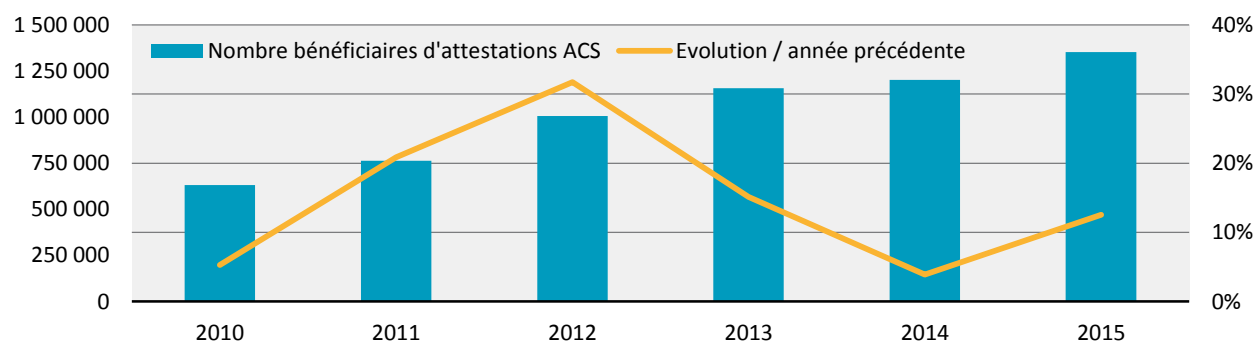
■ Les effectifs ont doublé en 5 ans, essentiellement sous l'effet des relèvements du plafond des ressources de l'aide depuis 2010

Entre 2010 et 2015, le nombre de bénéficiaires d'attestations a fortement progressé : il est passé de 630 000 à 1 350 000, soit un doublement en 5 ans.

L'ampleur de cette croissance résulte des relèvements successifs du plafond des ressources pour accéder à l'aide :

- En 2011, la croissance annuelle s'est établie à 21 % dans un contexte de relèvement du plafond de l'aide de + 20 % à + 26 % par rapport au plafond de ressources de la CMU-C ;
- En 2012, la croissance annuelle a atteint 32 % sous l'effet du relèvement du plafond d'attribution de l'aide de + 26 % à + 35 % par rapport au plafond de ressources de la CMU-C ;
- Enfin, en juillet 2013, l'augmentation du plafond de ressources de la CMU-C de + 7,0 %, a entraîné un relèvement mécanique du plafond de l'ACS à P + 44,45 % par rapport au plafond P de la CMU-C en 2012. Les effectifs ont progressé de 15 % sur l'année considérée.

Tableau 36 – Nombre de bénéficiaires d'attestations ACS entre 2010 et 2015, CNAMTS, CCMSA, RSI



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

■ La croissance des effectifs se poursuit à un rythme satisfaisant après la mise en place de la réforme de 2015

En 2015, la hausse des effectifs a été soutenue et s'est établie à 12,5 %.

Pour le régime général, qui regroupe près de 95 % des bénéficiaires d'attestations, la hausse s'est établie à 15,1 % au premier semestre et à 10,6 % au second semestre, période qui correspond à la mise en place de la réforme du dispositif. Le ralentissement au second semestre correspond à un effet base sur l'année 2014 : les effectifs avaient particulièrement augmenté sur la fin de l'année 2014.

Fin août 2016, en cumul sur les huit premiers mois de l'année, le nombre de bénéficiaires pour l'ensemble des régimes (régime général, CCMSA, RSI) est de 951 368, en hausse de 8,6 % par rapport aux huit premiers mois de l'année 2015.

A cette même date, 1,43 million de personnes ont obtenu une attestation ACS sur les douze derniers mois.

Tableau 37 – Nombre de bénéficiaires d'attestations ACS en 2015 et 2016, CNAMTS, CCMSA, RSI

	Nbre mensuel de bénéfés (tous régimes)	Evol en une année (mois à mois) tous régimes	Dont CNAMTS	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois
2015 janv	112 009	9,1%	9,7%	1 211 618
2015 févr	106 564	9,5%	10,1%	1 220 829
2015 mars	127 548	31,7%	34,2%	1 251 523
2015 avr	109 168	13,8%	14,4%	1 264 744
2015 mai	95 737	2,4%	2,1%	1 266 958
2015 juin	118 941	19,4%	20,3%	1 286 250
2015 juil	112 201	15,7%	16,3%	1 301 434
2015 août	93 510	11,1%	11,5%	1 310 766
2015 sept	109 600	7,9%	8,0%	1 318 798
2015 oct	123 320	12,1%	11,5%	1 332 126
2015 nov	120 501	18,5%	18,3%	1 350 926
2015 déc	123 772	1,6%	0,4%	1 352 871
2016 janv	119 570	6,8%	6,2%	1 360 432
2016 févr	125 543	17,8%	18,0%	1 379 411
2016 mars	134 757	5,7%	5,1%	1 386 620
2016 avr	115 537	5,8%	5,0%	1 392 989
2016 mai	117 017	22,2%	22,6%	1 414 269
2016 juin	131 707	10,7%	10,3%	1 427 035
2016 juil	102 227	-8,9%	-9,3%	1 417 061
2016 août	105 010	12,3%	12,4%	1 428 561

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

3.4.2. Refus et renouvellements : de nouvelles tendances semblent se dessiner en 2016

Les données concernent la CNAMTS qui délivre près de 95 % des attributions d'ACS¹¹⁶.

En 2014 et 2015, la part des refus dans le total des demandes d'attestations exprimées en nombre de foyers (unique information disponible jusqu'en 2015) s'est établie respectivement à 19,7 % et 20,2 %. Sur les 8 premiers mois de 2016, ce ratio enregistre une hausse de 3,5 points pour s'établir à 23,5 %.

Si on compare les 8 premiers mois de 2016 avec ceux de 2015, on constate en effet que le volume des refus a augmenté de 29,4 % *versus* 12,0 % pour les demandes.

Les dépôts de dossiers ont notamment pu être encouragés dans le cadre du nouveau dispositif ACS et des campagnes de communication qui l'accompagnent, y compris pour les personnes dépassant légèrement le seuil des ressources.

À partir de 2016, la CNAMTS a enrichi son information sur les refus. Au-delà des données par foyer, des données par bénéficiaire ainsi que leur répartition par tranche d'âge sont désormais disponibles.

¹¹⁶ La mise en place d'une automatisation du requêtage des données des caisses pour l'évaluation des bases ressources a suspendu momentanément la mise à disposition de ces données au cours du premier semestre 2016. Ces données sont à nouveau disponibles depuis juillet 2016, en cumul depuis le 1^{er} janvier.

Sur les 8 premiers mois de l'année, en données cumulées, on constate une surreprésentation des refus dans la tranche d'âge des 16 à 49 ans et à l'inverse, une sous-représentation pour les 60 ans et plus. Parmi les plus âgés, le plus faible taux de refus doit en partie s'expliquer par le fait que bon nombre bénéficient de l'ASPA, dont le montant est inférieur au plafond d'attribution de l'ACS.

Tableau 38 – Structures comparatives par âge des refus et des accords ACS sur les 8 premiers mois de 2016, en nombre de bénéficiaires (premières demandes et renouvellements)

	Moins de 16 ans	De 16 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Total
Structure par âge des personnes ayant essuyé un refus ACS sur les 8 premiers mois de 2016	20,6%	44,8%	14,6%	20,0%	100,0%
Structure par âge des personnes ayant reçu un accord ACS sur les 8 premiers mois de 2016	23,1%	37,6%	12,7%	26,6%	100,0%
Écarts en points	2,5%	-7,2%	-1,8%	6,5%	

Source : CNAMTS

Un taux de renouvellement qui baisse en 2016 après avoir régulièrement augmenté ces dernières années

Appréciée en nombre de bénéficiaires, la part des renouvellements au sein des attributions de l'ACS au régime général a augmenté régulièrement entre 2013 et 2015 pour atteindre 45,7 % la dernière année. On constate une rupture sur les 8 premiers mois de 2016 où la part des renouvellements baisse à 40,6 %.

En 2015, au régime général, la hausse des effectifs avait été portée par celle des renouvellements : ces derniers étaient en hausse de 25,0 %, contre une progression de 4,9 % pour les effectifs en situation de première demande.

Sur les 8 premiers mois de 2016, c'est une autre tendance qui est constatée : la hausse des effectifs est portée par les nouveaux demandeurs dont le nombre augmente de 16,3 % versus - 1,6 % pour les renouvellements.

Tableau 39 – Part relative des premières demandes et des renouvellements dans les accords ACS de 2012 à 2016 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	8 premiers mois 2016
Adhésions	65,1%	61,7%	58,6%	54,3%	59,4%
Renouvellements	34,9%	38,3%	41,4%	45,7%	40,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

Tableau 40 – Évolution des effectifs selon la distinction premières demandes/renouvellements de 2012 à 2016 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	8 premiers mois 2016
Adhésions	30,7%	10,0%	-2,1%	4,9%	16,3%
Renouvellements	34,2%	27,1%	11,4%	25,0%	-1,6%

Source : CNAMTS

3.5. UN BILAN NETTEMENT POSITIF DE LA RÉFORME DE L'ACS

Cette partie dresse un premier bilan de la réforme de l'ACS. Elle reprend les résultats présentés dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur l'ACS paru en novembre 2016. Ce rapport est fondé sur les données relatives aux trois nouveaux contrats ACS arrêtées à fin janvier 2016, transmises par les 11 groupements gestionnaires de l'ACS depuis le 1^{er} juillet 2015. Il s'appuie également sur les données remontées mensuellement par ces groupements dans le cadre du suivi de la montée en charge du dispositif, soit les effectifs de personnes protégées par ces contrats. Enfin, des travaux d'analyse de la DREES et de l'IRDES sont également mobilisés.

3.5.1. Un dispositif réformé depuis le 1^{er} juillet 2015 avec des avantages désormais proches de ceux de la CMU-C

Le dispositif ACS, créé en 2005, a été profondément réformé le 1^{er} juillet 2015 en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité / prix peuvent bénéficier de l'ACS.

Cette réforme s'est appuyée sur les constats récurrents formulés dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS :

- une forte diversité des contrats rendant quasi impossible un choix éclairé par les bénéficiaires ;
- des contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché ;
- au-delà du reste à charge sur le prix des contrats, l'existence de restes à charge sur les prestations.

La réforme engagée par le Gouvernement a eu pour but de faciliter l'accès du dispositif au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence de manière à offrir une plus grande lisibilité des offres, de meilleures garanties à des prix plus bas.

Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie.

À ces garanties socle, s'ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète pour l'optique, les audioprothèses et les prothèses dentaires :

- le contrat A, contrat d'entrée de gamme, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, contrat de niveau supérieur, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres attractives pour ces trois niveaux de contrat, par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014. Onze offres ont été sélectionnées (cf. encadré). Principalement proposées par des groupements d'organismes, elles ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015, fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

Par ailleurs, en plus de l'opposabilité des tarifs, déjà en vigueur avant la réforme, l'ACS présente de nouveaux avantages depuis le 1^{er} juillet 2015 :

- le bénéfice du tiers payant intégral. Concrètement, les bénéficiaires de l'aide ayant souscrit un contrat sélectionné n'ont plus à faire l'avance des frais lors de leurs consultations chez les professionnels de santé ;
- la suppression des franchises médicales et de la participation de 1 € par consultation.

Enfin, l'ACS donne toujours droit aux tarifs sociaux de gaz et d'électricité.

Le dispositif de l'ACS offre ainsi désormais des avantages proches de ceux proposés dans le cadre de la CMU-C.

Encadré 6 – Les onze offres sélectionnées pour gérer les contrats ACS

Onze offres ont été sélectionnées à la suite de la procédure de mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire de santé éligibles à l'ACS. Ces offres sont principalement proposées par des groupements d'organismes. À fin décembre 2015, 227 OC proposent les nouveaux contrats éligibles à l'ACS. Parmi ces organismes, 74 sont porteurs de risques, ce qui représente 33 % des OC retenus, et 153 sont uniquement distributeurs des offres, soit 67 % des OC retenus.

En 2015, les OC retenus déclarent près de 2/3 de l'assiette de la TSA. Avant la réforme, ils couvraient environ 80 % des utilisateurs d'attestation de droits à l'ACS. Les 20 % restant devaient basculer vers un OC sélectionné à l'échéance principale de leur contrat pour pouvoir continuer de bénéficier de l'aide.

Les 11 offres sélectionnées et les principaux OC en termes d'effectifs de bénéficiaires ACS

Offres sélectionnées	Principaux OC
Accès Santé	Harmonie Mutuelle / Eovi - MCD Mutuelle / Mutuelle ADREA
ACS Couleurs Mutuelles	MACIF mutualité / APIVIA Mutuelle (SMAM Mutuelle et SMIP)
ASACS La santé solidaire	Mutuelle Intégrance / Mutuelle Bleue / M comme Mutuelle
Assureurs Complémentaires Solidaires	AXA France vie / MAAF Santé / MMA IARD
Atout Cœur Santé	Les mutuelles du soleil / SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France / Mutuelle générale de prévoyance des Antilles
Complémentaire Santé Solidaire	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole
Klésia ACS	Klésia mutuelle
MTRL Complémentaire Santé ACS	MTRL - Mutuelle des travailleurs de la région lyonnaise / Assurances du crédit mutuel - IARD SA / Assurances du crédit mutuel - Nord IARD
Mutuelle Saint Martin	Mutuelle Saint Martin
Oui Santé	MG Mutuelle générale / La Banque Postale Assurance Santé / Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M
Proxime Santé	Mutualité Française de la Réunion / PréviFrance / MGC - Mutuelle générale des cheminots

Encadré 7 – La mise en œuvre du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS

Afin de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS, un accord signé entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006, octroie aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, un droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a complété cette disposition en instaurant, à compter du 1^{er} juillet 2015, un tiers payant intégral pour l'ensemble des actes et prestations dispensés par les professionnels de santé. Cette mesure bénéficie aux patients à partir du moment où ils souscrivent un contrat A, B ou C.

Le déploiement du tiers payant intégral a été effectué lors de l'entrée en vigueur de la réforme ACS. Compte tenu des réorganisations majeures liées à la mise en œuvre de ce dispositif, un travail de coordination entre les organismes complémentaires (OC) et les régimes a été nécessaire afin de résoudre les difficultés rencontrées, en particulier pour la mise en place de conventions entre les OC et les régimes spéciaux, pour les rejets liés à des erreurs d'enregistrement des contrats ACS et la création de nouveaux flux financiers entre les différentes parties prenantes.

Même si des efforts restent à fournir afin de consolider le processus, le tiers payant intégral constitue une avancée pour les bénéficiaires de l'ACS qui n'ont désormais plus à avancer les frais de consultation chez le médecin.

3.5.2. Une progression des effectifs soutenue, malgré le basculement sur l'ACS renouvelée

Un suivi de la montée en charge du nouveau dispositif a été mis en place par le Fonds CMU-C, en lien avec les 11 groupements gestionnaires de l'aide. Ces derniers transmettent mensuellement les effectifs utilisateurs des nouveaux contrats A, B et C à la fois en « flux » (nombre de personnes ayant souscrit un contrat au cours du mois) et en « stocks »¹¹⁷ (nombre de personnes avec un contrat en cours le dernier jour de chaque mois). Ces données permettent de suivre les effectifs protégés par le dispositif avec une grande réactivité (un mois de décalage). Auparavant, le suivi était opéré sur la base des informations sur les effectifs contenues dans les déclarations trimestrielles des organismes complémentaires à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) avec un décalage de l'ordre de trois mois.

3.5.2.1. Plus d'un million de personnes protégées par des nouveaux contrats au 31 juillet 2016

Au 31 juillet 2016, 1 077 600 personnes sont couvertes par un nouveau contrat ACS. Depuis le 1^{er} juillet 2016, seuls les nouveaux contrats A, B, C sont éligibles à l'ACS ; les derniers anciens contrats souscrits avant le 1^{er} juillet 2015 sont arrivés à terme.

Avant réforme, au 31 mai 2015, environ 958 500 personnes utilisaient leur attestation ACS pour bénéficier d'un contrat de complémentaire santé. Malgré le contexte délicat de basculement sur un dispositif dont les règles ont été nettement modifiées, aucune rupture n'a été constatée. Au contraire, les effectifs ont augmenté de 12,4 % en quatorze mois.

En mai et juin 2016, le nombre de personnes protégées par un nouveau contrat ACS s'est accru mensuellement de près de 45 000 personnes. A compter de juillet 2016, un an après le début de la réforme, la progression annuelle du stock est plus faible, compte tenu de la fin de la montée en charge du dispositif.

¹¹⁷ Chiffre disponible depuis avril 2016

Tableau 41 - Nombre d'utilisateurs de l'ACS sur les contrats A, B, C depuis avril 2016 (stock).

Mois	Nombre de personnes avec un nouveau contrat ACS actif à la fin du mois considéré (stock)	Evolution mensuelle en nombre de personnes (stocks)
30/04/2016	968 621	-
31/05/2016	1 013 077	44 456
30/06/2016	1 056 199	43 122
31/07/2016	1 077 596	21 397

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

À fin juillet, 40,4 % des personnes sont couvertes par un contrat C (niveau de garantie supérieur), 36,8 % par un contrat B (niveau intermédiaire) et 22,9 % par un contrat A (contrat d'entrée de gamme).

Tableau 42 - Répartition des utilisateurs de l'ACS entre les 3 contrats A, B, C à fin juillet 2016

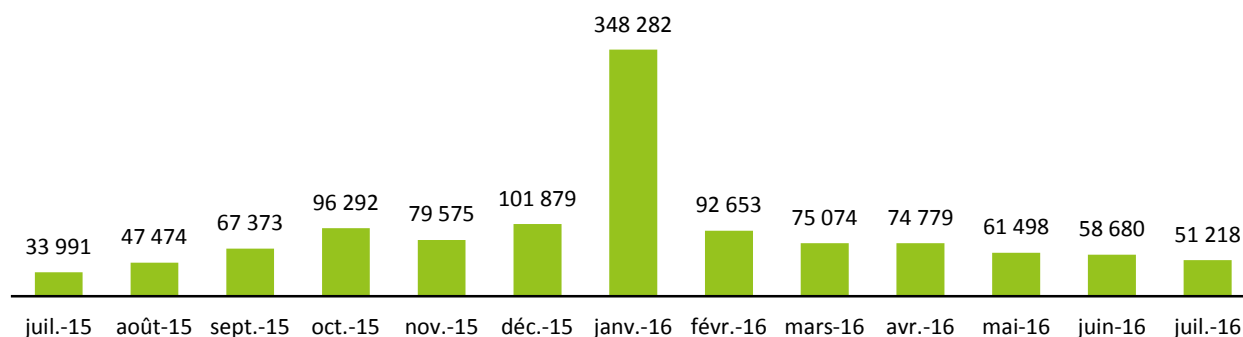
	Contrat A	Contrat B	Contrat C	Total des 3 contrats ACS
Nombre de personnes couvertes	246 384	396 336	434 876	1 077 596
Structure	22,9%	36,8%	40,4%	100,0%

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

3.5.2.2. Au cours de la montée en charge de la réforme, 60 000 personnes sont entrées en moyenne mensuellement dans le nouveau dispositif

En juillet 2016, les ouvertures de droits ont décliné pour atteindre 51 100 personnes. Les effectifs importants observés sur les mois de décembre 2015 et de janvier 2016 résultent de l'opération de basculement pour les contrats dont la date d'échéance était fixée au 31 décembre 2015 et qui représentent la majorité des contrats.

Figure 40 – Nombre mensuel de personnes ayant souscrit un nouveau contrat ACS depuis la mise en place du nouveau dispositif (flux)



Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Encadré 8 – Les actions pour favoriser le basculement des bénéficiaires de l'ACS

Un des enjeux de la réforme était d'accompagner les personnes déjà bénéficiaires de l'ACS vers le nouveau dispositif, en facilitant leur basculement vers les contrats sélectionnés.

À chaque attribution ou renouvellement du droit par les caisses d'assurance maladie, les bénéficiaires de l'ACS recevaient, en plus de leur chèque santé, des documents d'information sur les changements induits par la réforme afin de les guider au mieux dans les démarches à suivre. Était jointe également la liste des offres sélectionnées, accompagnée des modalités pour contacter les groupements gestionnaires.

Les organismes complémentaires ont également joué un rôle majeur dans l'accompagnement des bénéficiaires de l'ACS. Conformément à l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les organismes ont eu pour mission d'informer les bénéficiaires de la date d'échéance de leur contrat et des possibilités de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de la déduction ACS. En outre, pour faciliter la transition vers les contrats sélectionnés, les bénéficiaires ont pu utiliser leur reliquat de droit à l'ACS auprès de leur nouvel organisme complémentaire, sans avoir à renouveler leur demande de manière anticipée.

Enfin, l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a permis aux bénéficiaires qui n'avaient pas résilié leur contrat à son échéance après le 1^{er} juillet 2015 de rompre ce contrat, à titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, en vue de la souscription d'un contrat sélectionné.

3.5.3. Un dispositif davantage utilisé par les plus âgés

Grâce aux informations remontées désormais par les organismes complémentaires dans l'enquête annuelle sur l'ACS, le Fonds CMU-C dispose pour la première fois de données précises sur le profil des utilisateurs de l'aide.

3.5.3.1. Une population protégée par l'ACS, plus âgée que la population générale et dont le niveau de couverture augmente avec l'âge

A. L'âge moyen de la population protégée est de 44 ans

L'âge moyen des utilisateurs de l'aide sur les nouveaux contrats ACS est de 44 ans. Ils sont plus âgés que la population française¹¹⁸, dont l'âge moyen ressort à 41 ans en 2015 (estimation INSEE).

Au sein de la population protégée par un contrat sélectionné, les âges extrêmes occupent une place importante : près de 20 % pour les moins de 16 ans et pour les plus de 70 ans.

Les personnes ayant souscrit un nouveau contrat ACS sont plus âgées que l'ensemble de la population. Les « 60 ans et plus » sont surreprésentés (+10,2 points) au détriment en particulier des [16 – 29 ans] (-4,8 points), dans une moindre mesure des [30 – 39 ans] (-3,0 points). À l'inverse, la part des [0 – 15 ans] et des [50 – 59 ans] est comparable dans les deux populations.

¹¹⁸ Ainsi que de l'ensemble des bénéficiaires d'une attestation, cf. partie 3.4.

Tableau 43 - Structure par âge : population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016 / population française

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (80 % du total des utilisateurs)	Population française en 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	19,8%	-0,5
16 - 29 ans	11,6%	16,4%	-4,8
30 - 39 ans	9,4%	12,3%	-3,0
40 - 49 ans	11,5%	13,5%	-2,0
50 - 59 ans	13,2%	13,1%	0,0
60 - 69 ans	17,0%	12,0%	5,0
70 ans et plus	18,1%	12,9%	5,2
Total	100,0%	100,0%	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS, INSEE

B. La population protégée se féminise quand l'âge augmente

Les femmes, qui représentent 55,2 % de la population couverte par un contrat ACS, sont plus âgées que les hommes : 47 ans *versus* 42 ans. Elles sont comparativement surreprésentées chez les 70 ans et plus et à l'inverse, sous-représentées chez les moins de 16 ans (part inférieure de 5,3 points à celle des hommes de moins de 16 ans).

La forte présence de femmes aux âges élevés ne rend pas seulement compte du fait que celles-ci sont proportionnellement plus nombreuses dans ces classes d'âge en population générale. Ainsi, dans la population française, la part des femmes âgées de plus de 70 ans est certes plus élevée que celle des hommes, mais l'écart est moins marqué que pour les assurés protégés par un contrat ACS (4,1 points *versus* 7,4 points pour les personnes ayant un contrat ACS).

Tableau 44 – Structure par âge et par sexe de la population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016 (80 % de l'ensemble des utilisateurs)

	Répartition Hommes	Répartition Femmes	Répartition Totale	Écarts Hommes / Femmes en points
0 - 15 ans	22,3%	16,9%	19,3%	5,3
16 - 29 ans	12,5%	10,8%	11,6%	1,7
30 - 39 ans	9,4%	9,3%	9,4%	0,1
40 - 49 ans	12,1%	11,0%	11,5%	1,1
50 - 59 ans	13,4%	13,0%	13,2%	0,4
60 - 69 ans	16,4%	17,4%	17,0%	-1,1
70 ans et plus	14,0%	21,5%	18,1%	-7,4
Total	44,8%	55,2%	100,0%	
Âge moyen	42 ans	47 ans	44 ans	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

Tableau 45 – Structure par âge et par sexe de la population française en 2016

	Répartition Hommes	Répartition Femmes	Répartition Totale	Écarts Hommes / Femmes en points
0 - 15 ans	20,9%	18,7%	19,8%	2,1
16 - 29 ans	17,0%	15,8%	16,4%	1,2
30 - 39 ans	12,5%	12,2%	12,3%	0,3
40 - 49 ans	13,8%	13,2%	13,5%	0,6
50 - 59 ans	13,2%	13,0%	13,1%	0,2
60 - 69 ans	11,7%	12,2%	12,0%	-0,4
70 ans et plus	10,8%	14,9%	12,9%	-4,1

Sources : INSEE

C. Le niveau de garantie souscrit augmente avec l'âge

L'âge augmente avec le niveau de garantie souscrit. Il est de 42 ans en moyenne sur le contrat A, 43 ans sur le contrat B et passe à 47 ans sur le contrat C. La structure par âge est très proche entre le contrat A et le contrat B. L'écart avec le contrat C est surtout dû à une surreprésentation des [60 – 69 ans] au sein des contrats C et à l'inverse, une sous-représentation des [0 – 15 ans]. Les familles avec des enfants en bas âge auraient tendance à se tourner vers les contrats d'entrée de gamme. Les personnes récemment retraitées se tourneraient vers les niveaux de garantie les plus élevés.

Cependant, les plus âgés (70 ans et plus), quant à eux, se répartissent équitablement entre les trois niveaux de garantie. Ce constat pourrait s'expliquer en partie par l'évolution des besoins en santé avec l'âge mis en évidence par le cabinet d'actuaire Actuarielles. En effet, la répartition des remboursements par la complémentaire santé par poste de soins diffère en fonction de l'âge : à 60 ans, la consommation moyenne concerne tous les postes de soins, à savoir les consultations de spécialistes, la pharmacie, les prothèses dentaires, l'optique, l'hospitalisation, etc. En revanche, à partir de 70 ans, alors que la consommation en consultations de spécialistes, pharmacie et hospitalisation s'intensifie en lien avec l'apparition d'une ALD, la consommation en optique et en soins dentaires diminue peu à peu.

La spécificité du contrat C étant précisément un niveau élevé de prise en charge de l'optique et des prothèses dentaires, cela permet de comprendre pourquoi la part des plus de 70 ans qui souscrivent ce contrat est inférieure à celle des [60 – 69 ans]. Ces données reflètent toutefois des dépenses de complémentaire santé qui mériteraient d'être affinées avec des données du régime général. Enfin, une analyse fine par tranche d'âge détaillée au-delà de 70 ans permettrait de compléter le diagnostic¹¹⁹.

¹¹⁹ A la demande du Fonds CMU, ces données, non disponibles à ce stade, seront remontées par les 11 groupements gestionnaires des offres ACS pour le prochain bilan annuel sur les contrats ACS.

Tableau 46 – Structure par âge selon le contrat choisi, population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016

	Contrat A	Contrat B	Contrat C
0 - 15 ans	23,5%	21,0%	15,2%
16 - 29 ans	12,8%	12,3%	10,2%
30 - 39 ans	11,1%	9,3%	8,4%
40 - 49 ans	11,2%	11,9%	11,2%
50 - 59 ans	10,5%	12,8%	15,1%
60 - 69 ans	11,3%	15,6%	21,5%
70 ans et plus	19,5%	17,1%	18,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Âge moyen	42 ans	43 ans	47 ans

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

3.5.3.2. Un taux d'utilisation des attestations croissant avec l'âge

Si on compare la population protégée par un nouveau contrat ACS avec l'ensemble de la population qui a obtenu une attestation au cours du 1^{er} semestre 2016 par les trois grands régimes d'assurance maladie, on constate que les personnes plus âgées utilisent davantage l'ACS que les jeunes.

Le taux d'utilisation des attestations augmente progressivement avec l'âge. Parmi les personnes utilisant leur attestation ACS, les âges les plus faibles sont sous-représentés (-3,6 points chez les [0 – 15 ans »], tandis que les âges les plus élevés sont surreprésentés (+4,2 points chez les 70 ans et plus).

Les statistiques de la CNAMTS sur la situation des utilisateurs des nouveaux contrats ACS montrent qu'à fin juillet 2016, 70 % des personnes de 60 ans et plus étaient en situation de renouvellement de leur droit contre 40 % sur les moins de 60 ans¹²⁰.

Plus les personnes sont âgées, plus elles semblent installées durablement dans le droit. Parmi les plus âgés, un bon nombre bénéficie en effet de l'ASPA. Une fois entrées dans le dispositif ACS, la stabilité de leurs ressources contribue à les y maintenir. La nouvelle mesure sur le renouvellement automatique des droits pour les bénéficiaires de l'ASPA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, devrait conforter cette situation.

¹²⁰ En affinant l'analyse, on observe que le taux de renouvellement augmente régulièrement avec l'âge.

Tableau 47 - Structure par âge : nouveaux contrats ACS (31/01/16) / délivrance d'ACS (1^{er} semestre 2016)

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (79 % du total des utilisateurs)	Personnes avec une attestation ACS délivrée au cours du 1 ^{er} semestre 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	22,9%	-3,6
16 - 29 ans	11,6%	13,5%	-1,9
30 - 39 ans	9,4%	11,1%	-1,7
40 - 49 ans	11,5%	12,1%	-0,7
50 - 59 ans	13,2%	12,3%	0,9
60 - 69 ans	17,0%	14,1%	2,8
70 ans et plus	18,1%	13,9%	4,2
Total	100,0%	100,0%	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS, CNAMTS, CCMSA, RSI

3.5.4. Un niveau de garantie plus élevé et une baisse significative du prix des contrats et du taux d'effort

3.5.4.1. Une amélioration des niveaux de garantie due au choix des contrats par les bénéficiaires

L'étude annuelle du Fonds CMU-C sur l'ACS s'appuie sur la typologie des contrats de couverture complémentaire santé de la DREES. Cette typologie distingue cinq classes homogènes en termes de niveau de garantie : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture). Elle est réalisée à partir des informations collectées dans le cadre de l'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits en individuel et en collectif.

Les garanties des contrats ACS étant plus faibles¹²¹ que celles d'un contrat de complémentaire santé individuel moyen, les contrats ACS sont classés dans les trois classes de contrats qui présentent les moins bons niveaux de garantie. Le contrat ACS d'entrée de gamme (contrat A) est classé dans la catégorie des contrats individuels les moins couvrants (en E), le contrat de gamme intermédiaire (contrat B) équivaut à un contrat individuel de classe D et le contrat de niveau supérieur (contrat C) à un contrat de classe C.

Toutefois, à la suite de la mise en place de la réforme, les bénéficiaires des contrats ACS ayant très majoritairement choisi des contrats C et B, la qualité de leur couverture s'est améliorée d'une classe en moyenne. Ainsi, seuls 22,8 % des personnes ont opté pour le contrat A d'entrée de gamme ; ils étaient 43,1 % à choisir ce type de contrat avant réforme.

¹²¹ En particulier, les contrats ACS ne prévoient aucun remboursement des dépassements d'honoraires des médecins (ville et hôpital). En effet, depuis 2013 (convention médicale entrée en vigueur le 15 février 2013), les personnes couvertes par le dispositif sont supposées bénéficier de l'opposabilité des tarifs

Tableau 48 – Comparaison du classement des contrats ACS avant et après réforme selon la typologie de la DREES

Classe contrat (classification DREES)	Avant réforme	Après réforme
	Contrat ACS au 30 11 15 (enquête annuelle)	Contrat ACS au 31 07 16 (source : 11 groupements gestionnaires)
A	0,4%	0,0%
B	3,9%	0,0%
C	8,6%	40,4%
D	44,0%	36,8%
E	43,1%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Sources : DREES, Enquête annuelle de l'ACS 2014, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Nota : La situation après réforme est appréciée sur la base de statistiques remontées mensuellement par les 11 groupements gestionnaires de l'aide auprès du Fonds CMU-C. La référence au 31 juillet 2016 nous permet d'appréhender tous les contrats ACS puisque depuis le 1er juillet, seuls les nouveaux contrats sont en vigueur.

3.5.4.2. Une baisse significative du prix des contrats, et corrélativement du taux d'effort

A. Le prix moyen du contrat baisse de 10 % après réforme

Les résultats portent sur les contrats A, B et C en vigueur au 31 janvier 2016, soit 494 000 contrats couvrant environ 776 000 personnes. L'étude concerne ainsi 80 % des utilisateurs de l'aide, les autres utilisateurs étant encore couverts par des contrats relevant de l'ancien dispositif.

Au 31 janvier 2016, après 7 mois de mise en œuvre de la réforme, sur la base des chiffres issus de l'enquête, le prix moyen du contrat s'établit à 824 € pour 1,57 personne couverte en moyenne, soit 525 € par personne. Il était de 916 € en 2015 (1,59 personne couverte en moyenne), soit 576 € par personne.

On constate une baisse significative de 10,0 % du prix moyen par contrat. La baisse du prix du contrat par personne couverte est ainsi légèrement plus faible (- 8,9 %), le nombre de personnes par contrat ayant légèrement diminué.

Dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS s'est accru de 4,0 %.

Au global, le montant du reste à charge moyen par contrat a baissé de 25,4 % : il est passé de 437 € à 326 € (208 € par personne).

En moyenne, 62 % du prix du contrat est maintenant pris en charge par l'ACS (55 % avant la réforme).

Tableau 49 – Les principaux chiffres de l'enquête 2015

	Enquête 2015	Enquête 2014	Evolution
Nombre contrats	493 979	416 870	
Nombre personnes enquêtées	775 873	661 961	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	79%	70%	
Nombre personnes par contrat	1,57	1,59	
Prix moyen par contrat (1,57 personnes en 2015 et 1,59 personnes en 2014)	824 €	916 €	-10,0%
Montant déduction moyenne par contrat	498 €	479 €	4,0%
RAC (*) moyen par contrat	326 €	437 €	-25,4%
Taux RAC (*) moyen	38,2%	45,5%	
Taux d'effort par foyer	2,8%	3,9%	

(*) RAC : montant de la prime ou de la cotisation après ACS

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS

B. Le taux d'effort pour acquérir sa complémentaire santé diminue de près de 30 %

Le calcul du taux d'effort pour les foyers concernés (montant du reste à charge / montant des ressources), est réalisé sur la base des ressources annuelles théoriques qui correspondent au milieu de la plage des revenus ouvrant droit à l'ACS (soit plafond CMU-C + 17,5 %), de laquelle a été déduit le forfait logement.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'ACS, le taux d'effort pour acquérir une complémentaire santé s'établit à 2,8 % des revenus (2,6 % hors la prise en compte du forfait logement) alors qu'il s'élevait à 3,9 % dans l'ancien dispositif. Ce taux d'effort a fortement baissé, de près de 30 %.

Dans l'enquête santé protection sociale 2006¹²², la dernière donnée disponible s'agissant de résultats sur le taux d'effort pour l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, l'IRDES¹²³ souligne que pour les contrats individuels, le taux d'effort augmente nettement quand le revenu des souscripteurs diminue. Il était de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élevait 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 est comparable à celui des ménages les plus privilégiés qui souscrivent un contrat individuel classique. Sans l'ACS, le taux d'effort pour les personnes concernées par l'enquête s'établirait en moyenne à 7,2 %.

Le reste à charge annuel pour les ménages bénéficiant de l'ACS représente 1/3 d'un revenu mensuel contre près de la moitié avant la mise en place de la réforme. S'ils ne bénéficiaient pas de l'ACS, ce serait 85 % d'un revenu mensuel qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé sur l'ensemble de l'année.

Ainsi, l'ACS réformée, en diminuant le taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire santé, permet à ses bénéficiaires de dégager des ressources pour les autres consommations essentielles.

¹²² Questions d'économie de la Santé – « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire » – Mai 2008

¹²³ Les enquêtes sur le taux d'effort sont très lourdes à conduire et l'IRDES n'a pas reconduit de travaux sur le sujet depuis l'enquête ESPS 2006

3.5.4.3. Par rapport à l'ancien dispositif, les prix et les restes à charge des nouveaux contrats ACS sont plus avantageux quelle que soit la tranche d'âge, y compris pour le niveau de garantie le plus élevé

A. Les prix sont plus avantageux quel que soit l'âge, y compris pour le contrat C

L'analyse du prix des contrats ACS en fonction de l'âge est étudiée sur les contrats couvrant une seule personne.

Par rapport à l'ancien dispositif, les prix des nouveaux contrats ACS sont plus avantageux quelle que soit la tranche d'âge, y compris pour le niveau de garantie le plus élevé.

L'enquête annuelle ACS montre que pour chaque classe d'âge, le prix moyen des nouveaux contrats ACS est inférieur au prix moyen constaté dans l'enquête 2014. Les écarts de prix ont par ailleurs tendance à se creuser avec l'âge.

Tableau 50 – Comparaison des prix moyens des contrats couvrant une personne par classe d'âge

Tranche d'âge	Prix moy A	Prix moy B	Prix moy C	Prix moy enquête 2014
0-15 ans	208 €	244 €	290 €	-
16-29 ans	237 €	294 €	353 €	365 €
30-39 ans	282 €	354 €	431 €	474 €
40-49 ans	345 €	443 €	539 €	566 €
50-59 ans	434 €	554 €	659 €	696 €
60-69 ans	558 €	687 €	796 €	858 €
70-79 ans	707 €	843 €	915 €	1 019 €
80 ans et +	858 €	978 €	1 024 €	1 128 €

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

Tableau 51 – Écarts entre le prix des nouveaux contrats et le prix moyen observé dans l'enquête 2014

Tranche d'âge	Écarts par rapport au prix moyen enquête 2014		
	Contrat A	Contrat B	Contrat C
0-15 ans	-	-	-
16-29 ans	-35,0%	-19,4%	-3,2%
30-39 ans	-40,4%	-25,2%	-8,9%
40-49 ans	-39,0%	-21,7%	-4,8%
50-59 ans	-37,6%	-20,4%	-5,2%
60-69 ans	-35,0%	-20,0%	-7,2%
70-79 ans	-30,6%	-17,3%	-10,3%
80 ans et +	-23,9%	-13,3%	-9,2%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

B. Ce sont toujours les plus âgés qui sont confrontés au reste à charge le plus élevé

D'après l'analyse des données réelles transmises par les groupements, les personnes les plus âgées, à partir de 70 ans, doivent faire face à un reste à charge plus élevé que les bénéficiaires d'âge inférieur. Il s'agissait d'un constat récurrent avant la réforme qui demeure dans le cadre du nouveau dispositif.

Néanmoins, quels que soient le niveau de garantie et l'âge, le reste à charge sur le prix est plus faible depuis la réforme, avec des écarts conséquents pour les contrats A et B par rapport aux données recueillies pour l'année 2014.

Tableau 52 – Comparaison des restes à charge moyens pour des contrats couvrant une personne par classe d'âge

Tranche d'âge	RAC moy A	RAC moy B	RAC moy C	RAC moy enquête 2014
0-15 ans	84 €	130 €	174 €	-
16-29 ans	38 €	94 €	153 €	165 €
30-39 ans	82 €	154 €	231 €	273 €
40-49 ans	145 €	243 €	339 €	365 €
50-59 ans	94 €	213 €	316 €	353 €
60-69 ans	35 €	150 €	257 €	331 €
70-79 ans	158 €	293 €	365 €	480 €
80 ans et +	308 €	428 €	474 €	587 €

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

Tableau 53 – Écarts entre le reste à charge sur les nouveaux contrats et le reste à charge moyen observé dans l'enquête 2014

Tranche d'âge	Écarts par rapport au RAC moyen enquête 2014		
	Contrat A	Contrat B	Contrat C
0-15 ans	-	-	-
16-29 ans	-77,0%	-43,0%	-7,3%
30-39 ans	-69,9%	-43,5%	-15,3%
40-49 ans	-60,2%	-33,4%	-7,2%
50-59 ans	-73,4%	-39,7%	-10,6%
60-69 ans	-89,3%	-54,6%	-22,4%
70-79 ans	-67,1%	-38,9%	-24,0%
80 ans et +	-47,6%	-27,1%	-19,4%

Sources : Données des enquêtes annuelles sur l'ACS 2014 et 2015 sur les contrats couvrant une personne

3.5.5. La valorisation de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs

3.5.5.1. La mesure de l'avantage de l'opposabilité des tarifs via un score bâti par la DREES

A. Une nouvelle méthode a été établie par la DREES afin de prendre en compte l'opposabilité des tarifs des médecins dans l'appréciation du niveau de garantie des contrats

Depuis février 2013, plus de deux ans avant la réforme, le principe d'opposabilité des tarifs est applicable aux bénéficiaires de l'ACS qui ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires pour toutes les consultations de médecins en ville ou à l'hôpital. De fait, les nouveaux contrats ACS ne prévoient aucun remboursement associé à ces dépassements. Or, avec la méthodologie usuelle de classement des contrats dans la typologie de la DREES, cela aboutit à classer ces contrats dans les catégories aux niveaux de garanties les plus faibles. Cela conduit en effet à sous-estimer la prise en charge réelle des frais de santé des bénéficiaires de l'ACS.

Pour prendre en compte l'opposabilité des tarifs, une nouvelle méthode de classement a été spécialement mobilisée par la DREES. Elle repose sur un score, calculé pour chaque contrat, qui reflète le niveau de prise en charge du reste à charge après intervention du régime obligatoire, sur chacune des garanties classantes retenues par la typologie de la DREES¹²⁴. Le recours à un score permet de pallier la difficulté soulevée dans le précédent rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS où une solution alternative avait été expérimentée mais n'avait pu aboutir (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 9 – Les premiers travaux de la DREES sur la prise en compte de l'opposabilité des tarifs

La situation initialement envisagée consistait à classer les contrats ACS en leur appliquant directement la méthode de classement de la typologie mais en considérant que ces contrats offraient des garanties maximales en honoraires de médecins (ville et hospitaliers). En effet, comme ils accèdent à des tarifs opposables, les bénéficiaires ACS ont théoriquement un reste à charge nul pour ces consultations, ce qui est équivalent à une couverture intégrale de leurs dépassements d'honoraires. Toutefois, la classification DREES suit une logique de gradation des garanties offertes : les contrats qui offrent des garanties élevées dans l'une des dimensions les plus discriminantes ont de grandes chances de proposer des niveaux de remboursement élevés pour les autres prestations. Étant donné que les contrats ACS offrent globalement des garanties faibles relativement aux contrats individuels sur le marché, leur appliquer des niveaux de remboursement maximaux uniquement pour les dépassements d'honoraires ne s'accorde pas avec la logique proportionnelle précitée. Elle a conduit à des incohérences dans le classement de ces contrats.

Le score d'un contrat qui constitue une solution alternative au problème rencontré, exprime le reste à charge d'un bénéficiaire type de l'ACS couvert par ce contrat, pour chacune des garanties classantes de la typologie de la DREES.

Le score varie entre :

- 0 : le contrat n'offre aucune prise en charge pour chacune des garanties ;
- 1 : le contrat offre une prise en charge complète des restes à charge des bénéficiaires de l'ACS après intervention des régimes obligatoires pour chaque garantie classante.

Le détail du principe du score est développé dans la note de la DREES qui figure en annexe du présent rapport.

B. L'opposabilité des tarifs des médecins influence significativement le niveau de garantie des contrats ACS

La classification des contrats ACS présentée ici repose sur un score qui prend en compte l'ensemble des garanties retenues par la DREES, à l'exception du remboursement de la chambre particulière en hospitalisation. L'intégration de ce poste a toutefois été testée à titre illustratif. La chambre particulière est susceptible d'avoir une incidence significative sur le niveau de couverture et de prix des contrats (cf. encadré suivant). Au moment de la réforme, les garanties des nouveaux contrats ACS ont été établies sans tenir compte de ce poste, l'objectif étant d'aboutir à des contrats au meilleur prix couvrant l'essentiel des dépenses de soins des bénéficiaires.

On constate un effet significatif de l'opposabilité des tarifs des médecins sur le niveau de garantie des contrats ACS : dans cette nouvelle configuration, les contrats ACS de type A sont classés en D dans la classification de la DREES, ceux de type B en C, et enfin les contrats ACS de type C se retrouvent dans la classe B.

Ainsi, en tenant compte de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs, le niveau de garantie des contrats ACS grimpe mécaniquement d'un niveau dans la classification de la DREES.

¹²⁴ Les six prestations retenues par la dernière typologie DREES sont celles pour lesquelles les prises en charge des contrats se distinguent le plus : dépassement d'honoraires pour une consultation chez un spécialiste, dépassement d'honoraires pour un acte chirurgical, prothèse dentaire, audioprothèse, optique complexe et chambre particulière en médecine (MCO).

L'enjeu rattaché à l'application effective de la mesure d'opposabilité sur le terrain, déjà pointé par la Cour des comptes dans son rapport de 2015¹²⁵ sur le Fonds CMU-C, est ainsi clairement mesuré. Les données présentées par la suite montrent que le reste à charge pour les patients sur le poste des soins courants est légèrement positif et pourrait atteindre une part des dépenses de santé significative en ce qui concerne les honoraires des médecins spécialistes.

Tableau 54 – Répartition comparative selon la prise en compte ou non de la mesure d'opposabilité des tarifs des médecins

Classe contrat (classification DREES)	Contrats ACS : Personnes protégées / application de l'opposabilité	Contrats ACS : Personnes protégées / absence d'application de l'opposabilité
A	0,0%	0,0%
B	40,4%	0,0%
C	36,8%	40,4%
D	22,8%	36,8%
E	0,0%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Nota : les personnes protégées sont celles couvertes par un nouveau contrat ACS au 31 07 2016. La DREES ne tient pas compte de la chambre particulière dans son score

3.5.5.2. Les bénéficiaires de l'ACS profitent de niveaux de garantie nettement supérieurs à la moyenne des contrats individuels, lorsque l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs est pris en compte

Si on compare le niveau actuel de garantie des personnes couvertes par l'ACS (y compris le bénéfice de l'opposabilité des tarifs) avec celui rencontré sur l'ensemble du marché individuel, on constate pour les contrats ACS une surreprésentation en classe B et à l'inverse une sous-représentation en classe E. Les personnes bénéficieraient alors en moyenne de niveaux de couverture nettement supérieurs à ceux offerts sur le marché individuel. Il s'agirait d'un retournement complet de tendance par rapport à ce qui était observé avant la réforme.

Tableau 55 – Répartition comparative selon le niveau de garantie des contrats entre ACS après réforme (avec opposabilité des tarifs) et marché individuel

Classe contrat (classification DREES)	Personnes protégées / application de l'opposabilité	Contrat individuels DREES 2014 (*)	Écarts en points
A	0,0%	2,6%	-2,6
B	40,4%	6,8%	33,6
C	36,8%	48,3%	-11,5
D	22,8%	25,4%	-2,6
E	0,0%	16,9%	-16,9
Total	100,0%	100,0%	

(*) Situation des contrats individuels sur le marché en 2014 appréciée sur la base de l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits. Les chiffres de 2014 sont encore provisoires à ce stade.

¹²⁵ Cour des Comptes- Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – Mai 2015

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Sans prise en compte de l'opposabilité, la situation comparative des nouveaux contrats ACS avec le marché individuel est logiquement moins favorable. Néanmoins, puisque les personnes ont choisi très majoritairement des contrats C et B, les contrats ACS se rapprocheraient des autres contrats individuels présents sur le marché, ce qui en soi constitue un progrès important.

► **Tableau 56 – Répartition comparative selon le niveau de garantie des contrats entre ACS après réforme (sans opposabilité des tarifs) et marché individuel**

Classe contrat (classification DREES)	Personnes protégées / absence d'application de l'opposabilité	Contrat individuels DREES 2014 (*)	Écarts en points
A	0,0%	2,6%	-2,6
B	0,0%	6,8%	-6,8
C	40,4%	48,3%	-7,9
D	36,8%	25,4%	11,4
E	22,8%	16,9%	5,9
Total	100,0%	100,0%	

(*) Situation des contrats individuels sur le marché en 2014 appréciée sur la base de l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits. Les chiffres de 2014 sont encore provisoires à ce stade.

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Proposition 8 – Mettre en œuvre des indicateurs de suivi de la bonne application de l'article 38.3 de la convention médicale du 25 août 2016 concernant l'opposabilité des tarifs aux bénéficiaires de l'ACS (par exemple nombre d'avertissements envoyés par les caisses d'assurance maladie dans le cadre de la procédure de sanction).

Encadré 10 – L'effet de la prise en compte de la chambre particulière dans la classification DREES des contrats ACS

Dans son étude, la DREES a mesuré l'effet sur le score des contrats ACS de l'absence de prise en charge de la chambre particulière en cas d'hospitalisation. Cela a un effet significatif à la baisse sur le niveau de garantie des contrats ACS. Dans ce cas de figure, et en prenant en compte l'opposabilité des tarifs applicables aux bénéficiaires de l'ACS, le contrat A serait classé en E, le B en classe D et le contrat de type C en classe C. Les contrats baisseraient ainsi d'un niveau dans la classification DREES.

Tableau 57 – Répartition comparative selon la prise en compte ou non de la chambre particulière

Classe contrat (classification DREES)	Contrats ACS : Personnes protégées / <u>sans</u> chambre particulière / application de l'opposabilité	Contrats ACS : Personnes protégées / <u>avec</u> chambre particulière / application de l'opposabilité
A	0,0%	0,0%
B	40,4%	0,0%
C	36,8%	40,4%
D	22,8%	36,8%
E	0,0%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Sources : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

4. Des difficultés subsistantes d'accès aux droits et les actions pour y remédier

Le niveau encore élevé du non-recours à la CMU-C et à l'ACS rend compte des difficultés subsistantes d'accès aux droits en dépit des efforts de sensibilisation et de simplification engagés par les pouvoirs publics et des actions locales ou nationales menées pour améliorer l'accès aux droits.

Corollaire du non-recours, la question du bénéfice de la CMU-C et de l'ACS dans le respect des conditions de droit et celle du contrôle de ce respect, en particulier des conditions de ressources, se pose de manière plus importante aujourd'hui. En témoigne notamment l'accent mis sur cette question par la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C et la mise en place d'un plan de contrôle des ressources par la CNAMTS en 2015.

Pour comprendre les raisons du non-recours et encourager le juste recours aux dispositifs, le Fonds CMU-C sollicite régulièrement des organismes d'étude et de recherche. Il suit aussi les travaux de la CNAMTS à ce sujet (enquête sur l'évaluation du nouveau dispositif ACS, bilans des actions locales, etc.).

S'agissant du non recours aux dispositifs, la principale explication reste la complexité des démarches à effectuer pour bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS comme en attestent les résultats d'une enquête récente réalisée par l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) à la demande du Fonds CMU-C.

Enfin, l'accès à la CMU-C et à l'ACS ne garantit pas l'effectivité du recours au droit pour les bénéficiaires. Le « refus de soins » des professionnels de santé, qui prend des formes variées (refus de rendez-vous, refus d'appliquer le tiers payant intégral ou l'opposabilité des tarifs, etc.) constitue une pratique réelle. Afin de mieux appréhender les raisons des refus de soins, le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits ont piloté un projet de recherche visant à recueillir le point de vue des professionnels de santé concernant la prise en charge de patients vivant dans des conditions de vie précaires.

4.1. UN NON-RECOURS AUX DISPOSITIFS PERSISTANT, MALGRÉ LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE

4.1.1. Un taux de recours à la CMU-C stable et qui demeure faible pour l'ACS

La DREES évalue chaque année la population éligible à la CMU-C et à l'ACS en métropole. Fin 2016, elle a mis à jour cette évaluation pour l'année 2015.

■ Population éligible à la CMU-C

En 2015, la population éligible à la CMU-C est comprise entre 6,1 et 7,4 millions de personnes, en hausse par rapport à 2014 (fourchette de 5,8 à 7 millions). Avec une moyenne de 4,69 millions de bénéficiaires en 2015, en métropole, le taux de recours au dispositif est stable : il se situe entre 64 % et 76 %, alors qu'il était compris entre 64 % et 77 % en 2014.

■ Population éligible à l'ACS

Pour l'ACS, le nombre de personnes éligibles a également augmenté, à un rythme toutefois plus faible que pour la CMU-C. La fourchette varie entre 3,3 et 4,8 millions de personnes en 2015 ; elle se situait entre 3,2 et 4,7 millions en 2014. Il convient de retirer une proportion de 16 % à ces bornes, pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise, soit des fourchettes corrigées de 2,8 à 4 millions pour 2015 (2,7 à 3,9 millions en 2014). En 2015, 1,26 million de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS en métropole : le taux de recours à l'ACS s'établit entre 31 % et 45 %. Il progresse par rapport à 2014 (entre 29 % et 41 %).

Les évolutions de la population éligible et des taux de recours sont pour partie attribuables aux mesures prises pour améliorer l'accès aux soins. Entre 2013 et 2014 (cf. tableau), la population éligible à la CMU-C avait fortement progressé sous l'effet du relèvement exceptionnel de 7 % des plafonds d'éligibilité à la CMU-C au 1^{er} juillet 2013 (effet sur un seul semestre en 2013 et en année pleine en 2014). En 2015, la mise en concurrence des organismes de complémentaire santé pour l'offre de couverture complémentaire, ainsi que l'amélioration du dispositif ont contribué, pour leur part, à l'amélioration du taux de recours à l'ACS.

Il reste que, malgré ces mesures, le non-recours aux dispositifs concerne toujours une part non négligeable des bénéficiaires potentiels. Bien que le taux de non-recours à la CMU-C soit plus faible que celui de l'ACS, le phénomène est comparable en valeur absolue. D'après les dernières données de la DREES, en France métropolitaine en 2015, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C mais qui n'y recourent pas est compris entre 1,45 et 2,7 millions. Pour l'ACS, cela concerne entre 2,1 et 3,6 millions de personnes.

Tableau 58 – Evolution des taux de recours à la CMU-C et à l'ACS depuis 2013

Effectifs en millions	CMU-C			ACS		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Effectifs éligibles, borne inf	5,32	5,83	6,14	3,11	3,23	3,35
Effectifs éligibles, borne sup	6,37	6,98	7,36	4,48	4,65	4,82
Effectifs réels	4,12	4,48	4,69	1,06	1,12	1,26
Taux de recours Inf	65%	64%	64%	28%	29%	31%
Taux de recours Sup	77%	77%	76%	41%	41%	45%

Source : DREES

Proposition 9 – Mener une réflexion avec la DREES sur les modalités d'estimation des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS dans les départements d'outre-mer. – Proposition Cour des comptes, rapport juin 2015.

Proposition 10 – Favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi et en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA. – Proposition Cour des comptes, rapport juin 2015.

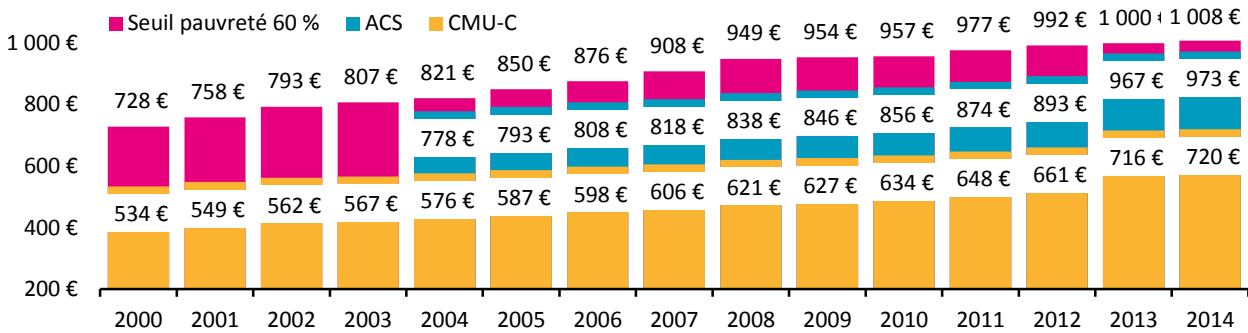
4.1.2. Une part importante de la population en situation de pauvreté non couverte

4.1.2.1. Les plafonds de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés pour offrir à toute personne vivant en dessous du seuil de pauvreté une aide à la complémentaire santé

Inscrite dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013, la mesure exceptionnelle de revalorisation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS de 7 % au 1^{er} juillet 2013 a rapproché du niveau du seuil de pauvreté (1 008 € mensuels en 2014 pour une personne seule) les plafonds de ressources pour accéder à une aide à la complémentaire santé. En 2014, le plafond de ressources de la CMU-C se situe à 71 % du seuil et le plafond de l'ACS à 96 %.

En 2014, 8,8 millions de personnes vivent en métropole avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, soit 14,1 % de la population. Tous régimes confondus, sur la même année, une moyenne de 5,6 millions de personnes ont bénéficié d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) en métropole, soit 8,8 % de la population

Figure 41 – Seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian et plafonds de la CMU-C et de l'ACS, en euros courants, 2000 à 2014



* Par rapport au dernier chiffre disponible – Sources : INSEE, Fonds CMU-C

4.1.2.2. Toutes les personnes en situation de pauvreté ne seraient cependant pas couvertes par la CMU-C et l'ACS

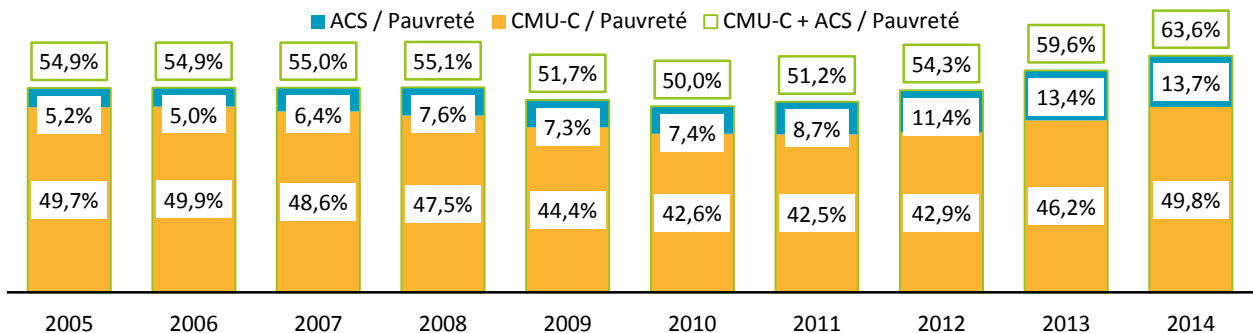
Plus d'un tiers des personnes dont le revenu se situe en dessous du seuil de pauvreté ne seraient pas couvertes par la CMU-C ou l'ACS (taux de couverture de 64% en 2014).

Le taux de couverture par une aide à la complémentaire santé des personnes en situation de pauvreté, mesuré ici par le rapport entre le nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, correspond à une estimation, compte tenu :

- des décalages temporels entre les ressources prises en compte pour établir le seuil de pauvreté et les plafonds de la CMU-C et de l'ACS (revenus fiscaux de l'année N-1 pour le seuil de pauvreté, revenus déclarés des 12 derniers mois pour la CMU-C et l'ACS) ;
- du fait qu'une part de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS vivent au-dessus du seuil de pauvreté. En effet, certaines prestations sociales ne sont pas prises en compte dans le calcul des revenus pour l'attribution de ces deux prestations (prime d'activité, certaines prestations familiales,...) alors que le seuil de pauvreté prend en compte l'ensemble des ressources.

Cependant, l'évolution récente de ce ratio montre que la mesure de revalorisation exceptionnelle des plafonds de la CMU-C et de l'ACS de juillet 2013 a eu un effet positif important : le taux de couverture des personnes en situation de pauvreté par une aide à la complémentaire santé a progressé de plus de 9 points entre 2012 et 2014.

Figure 42 – Taux de recours à la CMU-C, à l'ACS, et aux deux prestations confondues, par rapport au seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, 2005 à 2014



Sources : INSEE, Tous régimes

Champ : métropole

Effectifs CMU-C en moyenne annuelle, ACS en total annuel d'attestations délivrées

4.1.3. Les jeunes adultes en situation de pauvreté ont peu recours à la CMU-C

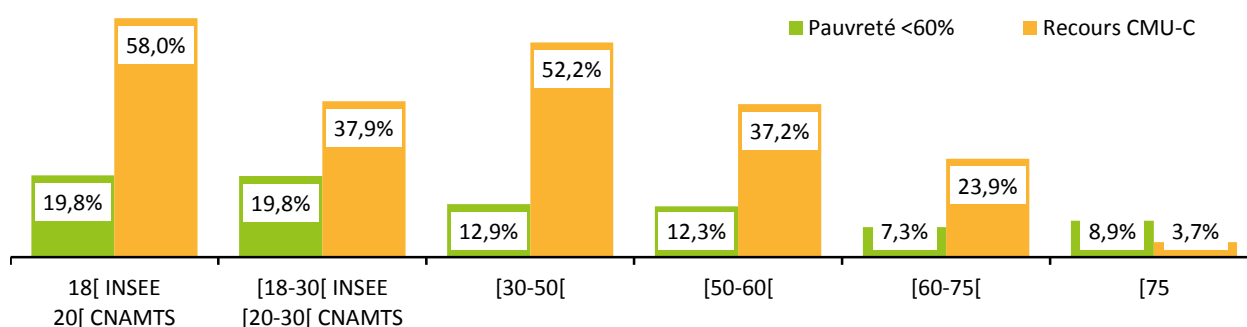
En 2014, le taux de pauvreté des enfants est de 20 %¹²⁶. Ils sont les plus exposés à la pauvreté, mais ils sont également les mieux couverts par la CMU-C avec 58 % de taux de recours.

Les jeunes adultes [20-30[ans connaissent un taux de pauvreté similaire à ceux des enfants, mais avec un taux de recours à la CMU-C très inférieur, de 38 %. Cette tranche d'âge comprend des personnes seules, peu recourantes, et des personnes ayant des enfants. Les femmes de cette tranche d'âge sont un peu plus exposées que les hommes à la pauvreté (21% vs 18%), mais avec un bien meilleur recours à la CMU-C (42 % vs 33%).

Les adultes d'âge intermédiaire [30-50[sont moins exposés à la pauvreté, avec un taux inférieur de plus d'un tiers par rapport aux plus jeunes, mais recourent beaucoup plus à la CMU-C. Avec un taux de pauvreté équivalent, la tranche d'âge des [50-60[ans recoure nettement moins à la CMU-C (taux de 37 %).

Les taux de pauvreté des deux dernières tranches d'âge sont encore plus faibles : 7 % pour les [60-75[ans puis 9 % pour les plus de 75 ans et plus, avec un taux de recours à la CMU-C encore significatif pour les [60-75[ans, 24 %, et qui chute à 4 % pour les 75 ans et plus.

Figure 43 – Taux de pauvreté (seuil à 60 %), par tranche d'âge et taux de recours à la CMU-C des personnes concernées, régime général, fin 2014, métropole



Sources : CNAMTS, INSEE

4.1.4. Le recours aux aides est plus marqué dans les départements où la densité de la pauvreté est importante

En métropole¹²⁷, en moyenne, le rapport entre les effectifs des bénéficiaires d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) au régime général et le nombre de personnes vivant en dessous de seuil de pauvreté est de 57 %.

La corrélation entre pauvreté et bénéficie d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) au régime général, par département, est très marquée (0,98). Dans l'ensemble ce sont bien les départements qui concentrent le plus de personnes en situation de pauvreté qui ont les plus fortes densités de bénéficiaires d'aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) : départements du Nord et du Centre ainsi que quelques départements du Sud de la France.

L'analyse du rapport entre les effectifs des bénéficiaires d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) et le nombre de personnes vivant en dessous de seuil de pauvreté montre que :

- les départements du premier quintile (les 20% des départements ayant les parts les plus faibles de bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS relativement au nombre de personnes sous le seuil de pauvreté) ne regroupent que 8 % de la population en situation de pauvreté ;

¹²⁶ Pour les enfants, la tranche d'âge de l'INSEE concerne les moins de 18 ans et celle du régime général les moins de 20 ans

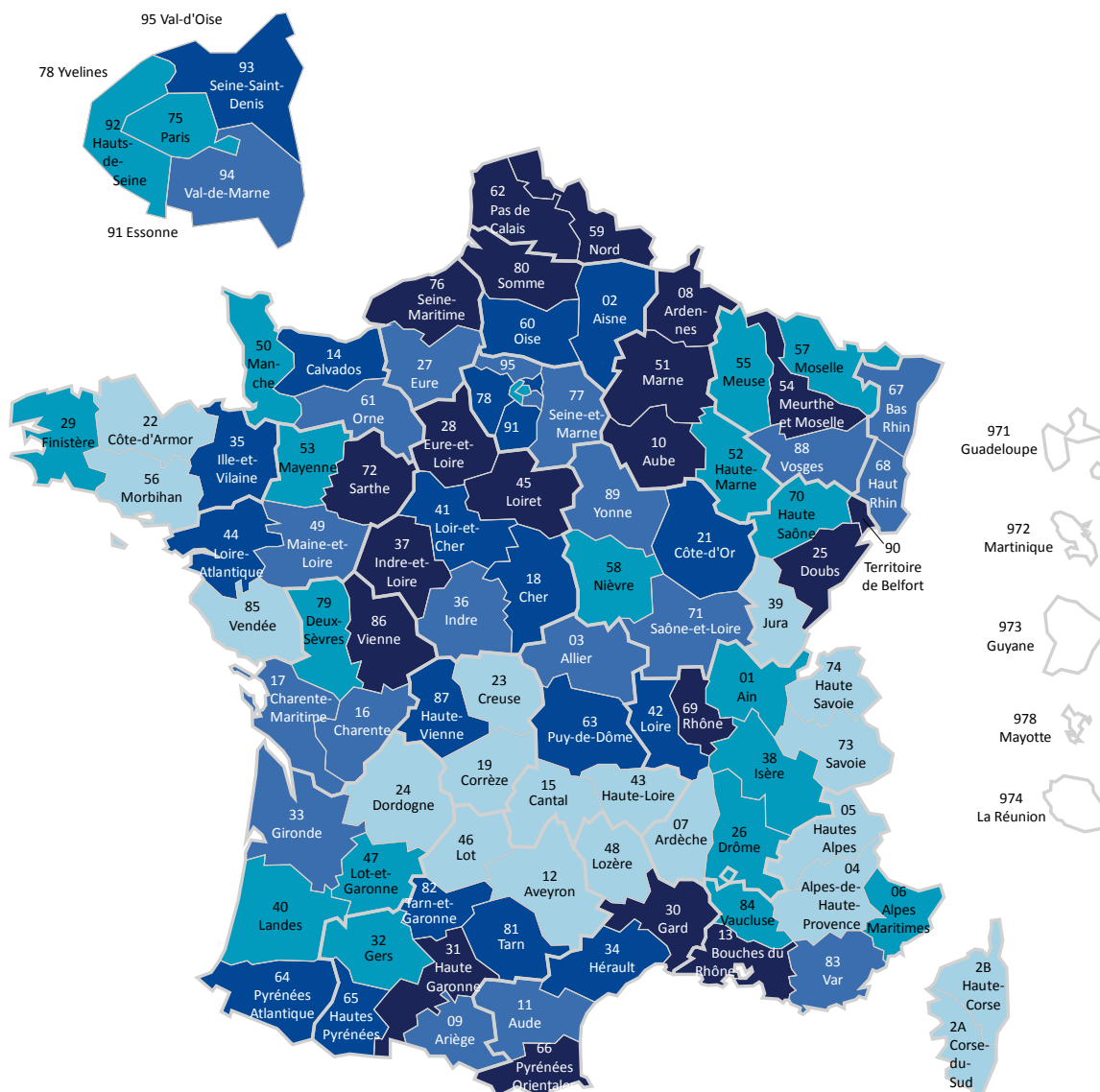
¹²⁷ Les données pour les DOM ne sont pas fournies par l'INSEE.

- à l'inverse, les départements du dernier quintile (20% des départements ayant les parts les plus élevées de bénéficiaires de la CMU-C relativement au nombre de personnes pauvres) concentrent 30 % des personnes en situation de pauvreté, le bénéfice d'une aide varie de 62 % pour l'Indre-et-Loire à 75 % pour le Nord ;
- les départements en situation intermédiaire (troisièmes et quatrième quintiles) rassemblent 42 % des personnes en situation de pauvreté ; le bénéfice d'une aide à la complémentaire se situe entre 52 % pour la Nièvre et moins de 62 % pour la Loire-Atlantique.

Les plus faibles taux d'aide à la complémentaire par rapport à la densité de personnes en situation de pauvreté concernent des départements peu peuplés.

Enfin, ce ne sont pas toujours les départements qui rassemblent le plus de bénéficiaires d'une aide qui ont les plus forts taux de recours relativement à la population en situation de pauvreté, notamment pour Paris (49 %), et sa petite ceinture (47 % dans les Hauts-de-Seine, 55 % dans le Val-de-Marne et 59 % en Seine-Saint-Denis).

Figure 44 – Répartition, par département de métropole, du rapport entre taux de pauvreté et taux de bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, par rapport à la population



Couleur	Rapport CMUC-ACS/Pauvreté				Nb Dpts	Répartition	Répartition
	>=		<			CMU-C-ACS	pauvreté
	>=	0,27	<	0,45	19	6%	8%
	>=	0,45	<	0,52	19	16%	19%
	>=	0,52	<	0,56	19	19%	20%
	>=	0,56	<	0,62	19	23%	22%
	>=	0,62	<=	0,75	20	36%	30%
					96	100%	100,0%

Sources : Régime général, INSEE, Fonds CMU-C / Outil : Philcarto / Les données pour les DOM ne sont pas fournies par l'INSEE

Note : La dernière déclinaison de l'INSEE par département des personnes vivant avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté porte sur l'année 2012. Retenir l'année 2012 reviendrait cependant à ne pas prendre en compte l'incidence sur les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS de la revalorisation des plafonds intervenue au 1er juillet 2013. C'est pourquoi les données présentées ici concernent les effectifs des personnes en situation de pauvreté par département en 2012 et les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C et ACS par département en 2014. Par ailleurs, les données pour l'ACS par département ne sont disponibles que pour le régime général.

4.2. LES RAISONS DU NON-RECOURS ET LES ACTIONS MISES EN OEUVRE

4.2.1. Le non-recours à la CMU-C est plutôt dû à un phénomène de non demande qu'à une méconnaissance du dispositif

Le Fonds CMU-C a sollicité l'observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) pour mener une étude permettant d'actualiser les explications du non-recours à la CMU-C.

Le principal objectif de l'étude est d'expliquer le phénomène en interrogeant des bénéficiaires potentiels détectés au sein de populations socialement et économiquement précaires. L'analyse est différente des travaux réalisés jusqu'alors qui portaient sur des publics d'assurés sociaux déjà connus en tant que bénéficiaires d'une prestation sociale. La détection et l'interrogation des non-recourants ont été effectuées en collaboration avec deux partenaires : l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme (ANLCI) et de la Croix Rouge Française (CRF). Ces deux acteurs nationaux ont pu mobiliser pour la réalisation de l'enquête des structures de formation professionnelle et d'insertion par le travail, mais aussi des centres de distribution alimentaire et des accueils de jour. L'enquête permet ainsi pour la première fois de faire le lien entre non-recours et illettrisme.

L'enquête a été réalisée auprès de personnes sans complémentaire santé, repérées comme étant éligibles à la CMU-C mais n'y recourant pas. Elle a été conduite en deux temps sur la période de décembre 2015 à avril 2016, avec une phase quantitative reposant sur l'interrogation par questionnaire puis une phase qualitative basée sur des entretiens téléphoniques. Au total, 181 questionnaires ont pu être exploités : 98 issus des structures de formation professionnelle et d'insertion du réseau de l'ANLCI et 83 issus des centres de distribution alimentaires ou d'accueil de jour de la CRF. 23 entretiens ont ensuite été menés par les chercheurs de l'ODENORE pour approfondir les explications du non-recours à la CMU-C.

L'analyse portant sur des publics spécifiques, usagers des structures de la Croix Rouge et de structures d'insertion professionnelle (population « constituée »), les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes éligibles et qui ne recourent pas au droit à la CMU-C.

Encadré 11 – Etude ODENORE sur le non-recours à la CMU-C : Valeurs statistiques de l'échantillon constitué

Dans le cas présent « l'événement à contrôler » d'un point de vue statistique est la probabilité de recevoir des questionnaires correctement remplis auprès de personnes sans complémentaire, estimées éligibles à la CMU-C. Du fait que le questionnaire est administré à des personnes sans complémentaire et éligibles à la CMU-C, a fortiori avec l'accompagnement d'un acteur dans les structures, la probabilité de réaliser l'événement est théoriquement maximale (100 %).

L'ODENORE ne pouvant pas contrôler l'administration du questionnaire, la probabilité de réaliser l'événement a été fixée a priori à 85 % à l'appui du conseil reçu d'une statisticienne (IE CNRS, membre de l'ODENORE).

Compte tenu de ces critères, la taille de l'échantillon théorique minimal s'établit à 196 personnes. Au regard des 181 questionnaires exploitables au final, l'échantillon constitué au travers de l'enquête par questionnaire est considéré comme correct statistiquement.

Par ailleurs, dans les études appelant une analyse multivariée, la taille de l'échantillon dépend du nombre de variables à étudier. Plus l'effectif est réduit, plus le nombre de variables doit être limité. C'est le cas dans l'étude de l'ODENORE puisqu'une seule variable est à expliquer : le non-recours à la CMU-C alors que les répondants sont sans complémentaire santé et éligibles à la CMU-C.

4.2.1.1. Le non-recours à la CMU-C concerne principalement des personnes jeunes ou des personnes isolées

■ Des personnes plutôt jeunes ou des personnes vivant seules, sans enfant à charge...

L'analyse des caractéristiques des personnes interrogées permet de déterminer les profils possibles de non recourants à la CMU-C. Cependant, les résultats sont à interpréter au regard de la spécificité de l'échantillon interrogé par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C. L'échantillon des personnes interrogées présente en effet certaines spécificités dues au choix de s'appuyer sur les structures de la Croix-Rouge et de l'ANLICI pour détecter les personnes éligibles à la CMU-C.

Les répondants à l'enquête sont un peu plus souvent des hommes. Ils représentent 56,5 % des effectifs alors que les femmes en représentent 43,5 %. Si cette structure est comparable aux échantillons étudiés par l'ODENORE dans le cadre de précédentes études sur le non-recours, elle est différente de celle des bénéficiaires de la CMU-C et de la population générale où les femmes sont majoritaires et représentent respectivement 57 % et 52 %.

Un quart des répondants a entre 18 et 25 ans et un quart entre 26 et 35 ans. Il s'agit d'un échantillon particulièrement jeune. Alors que les personnes de moins de 35 ans constituent la moitié de l'échantillon, elles représentent 40 % des bénéficiaires de la CMU-C et 20 % dans la population générale. Les 56-60 ans et surtout les plus de 60 ans sont moins représentés parmi les non-recourants étudiés. Cette répartition des âges est notamment due à la jeunesse des répondants rencontrés dans des structures de formation ou d'insertion dont un tiers d'entre eux a entre 18 et 25 ans. La faible proportion des plus de 60 ans est due au fait que ceux qui n'ont pas suffisamment cotisé à un régime de retraite pour bénéficier d'une pension de retraite se voient attribuer le minimum vieillesse. Or ce minimum social dépasse le montant du plafond de ressources de la CMU-C.

Tableau 59 – Structure de l'échantillon par âge et par sexe – Comparaison avec les bénéficiaires de la CMU-C et la population générale, fin 2015

	Enquête	Bénéficiaires CMU-C	Population
Tranche d'âge			
18 – 25 ans	24,0%	10,6%	7,5%
26 – 35 ans	25,1%	29,0%	16,0%
36 – 45 ans	17,9%	24,5%	17,0%
46 – 55 ans	22,3%	20,0%	17,8%
56 – 60 ans	9,5%	7,6%	8,5%
> 60 ans	1,1%	8,3%	33,2%
Sexe			
Femme	43,5%	57,0%	52,4%
Homme	56,2%	43,0%	47,6%

Sources : ODENORE, CNAMTS pour les bénéficiaires de la CMU-C, INSEE pour la population

57 % des personnes interrogées sont au chômage et en recherche d'emploi. 55,9 % déclarent des difficultés financières récurrentes, ce qui confirme le bon ciblage sur la population précaire.

Tableau 60 – Structure de l'échantillon selon l'activité et la situation financière

Activité*		Situation financière	
Au chômage /à la recherche d'emploi	57,0%	"C'est juste, il faut faire attention"	37,3%
Au RSA socle	24,6%	"A du mal à y arriver"	32,2%
En formation	15,6%	"N'y arrive plus"	23,7%
Au RSA activité	15,1%	"Pas de problème financier particulier"	6,8%
Exerce un emploi	11,7%		
En invalidité	5,0%		
A la retraite	1,1%		
En cours de scolarité	1,1%		
Autre	11,7%		

*Plusieurs situations concomitantes possibles

Sources : ODENORE

79 % des répondants déclarent vivre seuls et 68 % n'ont pas d'enfant à charge. Contrairement à ce qu'il est possible de penser intuitivement, cette particularité n'est pas liée à la jeunesse des répondants, la part des personnes seules étant plus importante aux âges élevés dans la population étudiée.

Le constat relatif au fait de vivre seul, souvent sans enfant à charge, a son importance puisque cela renvoie à des « facteurs d'activation » du non-recours que les travaux de recherche sur le phénomène ont déjà mis en avant. Ainsi, les personnes vivant seules sont-elles souvent surreprésentées dans les populations de non-recourants.

Tableau 61 – Structure de l'échantillon selon la situation familiale et le nombre d'enfants à charge

Nombre d'enfants à charge		Situation familiale	
0	68,4%	Seul(e)	78,5%
1	13,0%	En couple	21,5%
2	9,6%		
3	6,8%		
4	1,7%		
5	0,0%		
6	0,6%		

Sources : ODENORE

■ ... qui justifient l'absence de complémentaire santé par des ressources insuffisantes, le manque d'autonomie ou l'incapacité à utiliser l'information disponible

Les enquêtés n'ont pas de complémentaires santé. Pour 48 % des répondants, l'absence de complémentaire santé est liée à un manque d'autonomie ou de capacité à utiliser l'information disponible et pour 46 %, elle résulte d'un manque de moyens financiers.

Au regard de leur situation antérieure, la moitié des personnes interrogées ont eu une complémentaire santé dans le passé, 38 % n'en ont jamais eu. Les 12 % restants déclarent ne pas le savoir, ou ne s'en rappellent plus, ce qui traduit une certaine difficulté à comprendre ce qu'est une complémentaire santé.

Ces résultats sont à mettre en relation avec la composition d'un échantillon plutôt jeune. La stratification sur les 18-35 ans accentue la proportion de répondants qui n'ont pas eu de complémentaire santé dans le passé : ils sont près de la moitié dans ce groupe d'âge contre plus d'un tiers pour l'ensemble des répondants. Ceci tend à confirmer l'hypothèse du passage à « l'âge adulte » comme moment d'exposition au risque de non-recours.

Tableau 62 – Motifs d'absence de complémentaire santé

Motifs*	Ensemble	18-35 ans
Manque d'autonomie	48,2%	56,3%
Ignore ce qu'est une complémentaire santé	20,2%	28,8%
Ne sait pas comment en avoir une (trop compliqué)	18,5%	17,5%
Manque d'information (ne sait pas où s'adresser)	9,5%	10,0%
Raisons financières	45,8%	31,3%
Pas de moyens financiers	31,5%	23,8%
Pas la priorité pour le moments (autres charges)	14,3%	7,5%

Sources : ODENORE

Tableau 63 – Situation vis-à-vis de la complémentaire santé dans le passé

Complémentaire santé dans le passé	Ensemble	18-35 ans
Oui	38,2%	44,2%
Non	50,3%	40,7%
Ne sait pas	11,6%	15,1%

Sources : ODENORE

4.2.1.2. La majorité des non-recourants à la CMU-C connaissent le dispositif et certains ont même pu en bénéficier dans le passé

■ La CMU-C méconnue par un tiers des non-recourants

Alors que 20 % des répondants ignorent ce qu'est une complémentaire santé, ils sont un tiers à ne pas savoir ce qu'est la CMU-C, voire à ne pas connaître son existence. Selon la typologie du non-recours développée par l'ODENORE, il s'agit du non-recours par non connaissance.

D'après les entretiens qualitatifs qui ont permis de mieux comprendre cette forme de non-recours, la méconnaissance de la CMU-C découle souvent d'une méconnaissance globale du système de protection sociale : confusion entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, carte vitale, etc.

De plus, les personnes ont parfois du mal à connaître leur propre situation de façon claire. Les raisons du non-recours éclairées par certains entretiens signalent le flou dans lequel bon nombre de jeunes peuvent se retrouver alors qu'ils ne sont plus ayants-droit de la complémentaire de leurs parents.

L'étude montre la nécessité de poursuivre les actions de communication afin de réduire le non-recours par non connaissance.

Piste de travail 3 – Proposer des actions de communication ciblées sur les dispositifs d'assurance maladie y compris la CMU-C, en particulier vis-à-vis des jeunes.

■ La CMU-C non demandée ou non renouvelée par la majorité des non-recourants qui pourtant connaissent le dispositif

Parmi les répondants qui déclarent savoir ce qu'est la CMU-C, les deux tiers pensent pouvoir en bénéficier et autant l'ont demandée dans le passé. Selon la typologie du non-recours développée par l'ODENORE, ces personnes présentent un non-recours par non demande.

Parmi ceux qui ont pu demander la CMU-C dans le passé, deux tiers ont eu un droit ouvert à la CMU-C. Les autres ont abandonné du fait de demandes de pièces administratives et quelques-uns n'ont pas obtenu la CMU-C à cause de revenus trop élevés au moment de la demande.

Le fait que les personnes auparavant couvertes par la CMU-C se retrouvent sans complémentaire santé s'explique majoritairement par un non renouvellement volontaire.

Piste de travail 4 – Mener une étude sur les causes de non renouvellement CMU-C

4.2.1.3. Plusieurs motifs peuvent expliquer la non demande, forme principale du non recours à la CMU-C

■ La complexité des démarches principalement évoquée

Les répondants qui déclarent savoir ce qu'est la CMU-C mais qui ne l'ont pas pour autant demandée, justifient principalement le non-recours par la complexité des démarches. Ce motif de non-recours a déjà été mis en évidence dans d'autres enquêtes de l'ODENORE, notamment les baromètres du renoncement aux soins dans le Gard et en Languedoc-Roussillon.

■ Le risque de non demande aggravé par l'illettrisme, en dépit d'un niveau de connaissance identique

Il convient de tenir compte du fait que les personnes en situation d'illettrisme avéré représentent 22 % du total de l'échantillon.

Il apparaît que les explications de l'absence de complémentaire santé et de non-recours par non connaissance à la CMU-C sont comparables que les personnes soient ou non en situation d'illettrisme. Le dispositif de la CMU-C ne

paraît pas plus difficile à comprendre pour une personne en situation d'illettrisme que pour les autres répondants. En revanche, l'illettrisme entre en ligne de compte dans l'explication du non-recours par non demande lorsque les personnes connaissent la CMU-C. En effet, les personnes en situation d'illettrisme sont plus nombreuses à mettre en avant la complexité des démarches pour demander la CMU-C. L'illettrisme pèse sur la non demande mais peu sur la non-connaissance.

■ D'autres raisons « volontaires » ou « involontaires »

D'après les entretiens, outre la complexité des démarches, la non demande renvoie à plusieurs raisons « volontaires » ou « involontaires ». Les raisons volontaires relèvent du choix personnel : ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, éviter une complémentaire perçue comme de moindre qualité, se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD. Les raisons sont considérées comme involontaires quand elles sont liées à des contraintes : ne pas pouvoir se lancer dans une démarche du fait d'un état psychologique ou de priorités autres.

L'intervention de services ou d'acteurs sociaux, administratifs ou médicaux pour informer, orienter, accompagner, mais aussi pour responsabiliser les personnes et les rendre actives par rapport à leur situation, paraît donc essentielle.

Encadré 12 – Motifs du non-recours à la CMU-C parmi les allocataires du RSA socle

D'après l'enquête 2012 réalisée par la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux, bien que tous les bénéficiaires du RSA socle soient éligibles à la CMU-C, seuls 80 % y ont recours.

Les bénéficiaires du RSA socle justifient ce non-recours par le fait qu'ils ont déjà une couverture complémentaire ou qu'ils pensent que leurs revenus sont trop élevés. La part des allocataires estimant que les démarches sont trop compliquées est en revanche plus faible.

Tableau 64 – Motifs de non-recours à la CMU-C parmi les allocataires du RSA socle en 2012

Motifs de non-recours à la CMU-C	RSA socle non majoré	RSA socle majoré
Les démarches sont compliquées	9%	7%
Ils pensent que leurs revenus sont trop élevés	20%	29%
Ils sont déjà couverts par une autre mutuelle	34%	36%
Ils n'en ont pas besoin car ils sont en bonne santé	6%	-
Ils sont déjà couverts à 100 % par la sécurité sociale	3%	1%
Autres raisons	28%	27%

Sources : DREES, enquête 2012 auprès des bénéficiaires de minima sociaux.

4.2.1.4. Rencontrer parfois un travailleur social ne préserve pas nécessairement du non-recours

Le manque d'autonomie est une variable explicative forte de l'absence de complémentaire santé et du non-recours à la CMU-C en particulier. Les personnes interrogées sont souvent peu autonomes dans des démarches administratives. Deux personnes sur trois ne trouvent pas seules ou bien difficilement l'information nécessaire, la même proportion a des difficultés ou se fait aider pour une démarche administrative.

Une majorité déclare rencontrer parfois un travailleur social. Cela concerne deux tiers des personnes interrogées. Les répondants ayant un contact avec un travailleur social, plus que les autres, connaissent la CMU-C, l'ont demandée et obtenue dans le passé. Selon l'ODENORE, ce constat interroge sur la pratique des travailleurs sociaux en matière d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et le renouvellement de ces droits. L'étude soulève la question de la nécessité d'une recherche généralisée sinon systématique des droits potentiels par les travailleurs sociaux ainsi que celle de l'accompagnement lors du renouvellement des droits.

L'ODENORE aboutit ainsi à la conclusion qu'il conviendrait de mener une réflexion sur les possibilités pour parvenir à un engagement effectif et significatif des acteurs opérationnels, publics ou privés, dans la détection des situations de non-recours, à la CMU-C notamment, à l'entrée des publics dans les dispositifs et tout au long des parcours.

Piste de travail 5 – Renforcer les partenariats locaux pour détecter des situations de non-recours aux soins et aux droits (sur le modèle de PFIDASS, plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé élaborée à titre expérimental par la CPAM du Gard)

Encadré 13 – Les actions de la Croix-Rouge française pour améliorer le recours aux dispositifs

Engagée depuis de nombreuses années dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité, la Croix-Rouge française a développé sur le territoire national des Accueils Santé Social qui sont des structures accueillant essentiellement des personnes vulnérables, dépourvues de couverture maladie ou connaissant des difficultés d'accès aux soins.

Ouvertes une ou plusieurs demi-journées par semaine, elles offrent à la fois des prestations médicales et paramédicales, des actions de prévention et d'éducation pour la santé et un accompagnement social visant à aider les personnes accueillies dans leurs démarches pour obtenir une couverture maladie.

Ces entités sont complémentaires aux services sociaux existants et fondées sur la mise en place de partenariats locaux (PASS, caisse locale, association, etc.) afin d'orienter au mieux les personnes en fonction de leurs besoins.

En 2015, la Croix-Rouge française compte 14 accueils santé social qui reposent sur le travail d'équipes bénévoles pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, assistants de service social, etc.). Environ 9 000 personnes sont suivies dans l'année. D'après une étude de mesure d'impact menée fin 2015, un tiers des personnes accueillies n'ont pas de couverture de base et près de deux tiers n'ont pas de complémentaire santé.

Afin de toucher les personnes vivant en zone rurale ou péri-urbaine, des dispositifs itinérants se sont créés. Les équipes mobiles se déplacent, avec un camion aménagé en cabinet médical, en zones isolées pour aller au-devant des personnes fragiles, en particulier celles qui ne formulent aucune demande et qui ne recourent pas aux droits. Ce nouveau modèle s'inscrit dans une démarche d'« aller vers » déployée par la Croix-Rouge française afin de rompre l'isolement et de créer du lien social.

4.2.2. Le non recours à l'ACS est expliqué par la complexité des démarches, une incompréhension globale du dispositif et des droits qui y sont attachés

Entré en vigueur en 2005 pour réduire les effets de seuil dû au plafond d'attribution de la CMU-C, le dispositif de l'ACS n'a pas, jusqu'à présent, réussi à atteindre la cible de ses bénéficiaires potentiels. Le faible recours à cette aide a été expliqué par la complexité de son utilisation et la qualité médiocre des contrats de complémentaire santé, décourageant les bénéficiaires de renouveler leur demande l'année suivante. S'ajoutant à cela une forte méconnaissance du dispositif. Selon le baromètre d'opinion de la DREES réalisé en 2014, seules trois personnes sur dix ont déjà entendu parler de l'ACS ; 12 % savent exactement à qui elle est destinée et 17 % en ont déjà entendu parler, mais l'objet de l'aide reste flou pour elles. Comparativement, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est connue par 52 % des Français, la CMU-C par 90 % et le RSA par 97 %.

Dans ce contexte, la réforme mise en œuvre en juillet 2015 vise à accroître l'attractivité du dispositif grâce aux avantages proposés : coût réduit des contrats, garanties augmentées, dispense d'avance des frais, opposabilité des tarifs, tarifs sociaux de l'énergie.

4.2.2.1. Les difficultés liées à l'ACS : une enquête de la CNAMTS destinée à mieux comprendre les trajectoires des demandeurs

L'ACS peut apparaître comme un dispositif complexe à plusieurs égards : constitution de la demande, choix de l'organisme complémentaire, choix des garanties, utilisation des droits associés à l'ACS, etc.

Afin d'évaluer la compréhension du dispositif et d'identifier les difficultés rencontrées par les assurés depuis la mise en place du nouveau dispositif le 1^{er} juillet 2015, la CNAMTS a lancé une étude auprès de bénéficiaires de l'ACS. Cette étude a été réalisée par un institut d'études en santé par le biais d'entretiens. Les personnes interrogées ont été sélectionnées à partir des fichiers des CPAM, transmis à l'institut, conformément aux dispositions de l'inscription cadre n° 282-33-2014 du 24 juin 2014 couvrant les « études marketing auprès des assurés ».

L'enquête a eu lieu en deux phases :

- la première phase qualitative a permis de construire le parcours du bénéficiaire, de détecter les difficultés et obstacles à chacune des étapes afin d'identifier les moments où le dispositif pourrait être optimisé ;
- la phase quantitative a permis de quantifier les principaux enseignements de la phase qualitative afin de déterminer les actions à prioriser.

■ Les modalités de réalisation de la phase qualitative : 48 entretiens individuels approfondis

Cette phase a consisté en la réalisation de 48 entretiens individuels en face à face auprès de bénéficiaires de l'ACS ayant tous eu un accord d'ACS après le 1^{er} juillet 2015, soit dans le cadre de la réforme de l'ACS. Les entretiens d'une durée d'une heure ont été menés du 18 février au 7 mars 2016.

40 bénéficiaires ont été interrogés sur l'ensemble du dispositif de l'ACS, 8 assurés ont été interrogés plus spécifiquement sur le site internet info-ac.s.fr.

Quatre profils de bénéficiaires ont été interrogés :

- Profil n°1 : bénéficiaires pour lesquels l'ACS est attribuée pour la première fois et qui ont souscrit un contrat sélectionné A, B ou C : 11 personnes interrogées dont 2 sur le site internet ;
- Profil n°2 : bénéficiaires qui ont un contrat sélectionné A, B ou C souscrit dans le cadre d'un renouvellement de l'ACS : 12 personnes interrogées dont 1 sur le site internet ;
- Profil n°3 : bénéficiaires ayant un contrat de complémentaire santé classique souscrit avant l'entrée en vigueur de la réforme : 12 personnes interrogées dont 3 sur le site internet ;
- Profil n°4 : bénéficiaires n'ayant pas de contrat de complémentaire santé : 14 personnes interrogées dont 2 sur le site internet.

Tableau 65 – Phase qualitative : répartition des personnes interrogées par âge, sexe et lieu des entretiens

Âge		Genre		Régions des entretiens*	
20-30 ans	14	Hommes	23	Paris-Bobigny	13
31-64 ans	23	Femmes	25	Nantes-Lyon	12
65 ans et +	11	Total	48	Dijon	7
Total	48			Dieppe	8
				Total	40

*assurés interrogés sur le dispositif

Sources : CNAMTS – évaluation du dispositif ACS, phase qualitative

■ Les modalités de réalisation de la phase quantitative

La phase quantitative a été réalisée du 20 avril au 18 mai 2016 par questionnaires téléphoniques.

1 006 entretiens téléphoniques d'une durée de vingt minutes ont eu lieu. Les personnes interrogées ont le même profil que ceux de la phase qualitative.

- Profil n°1 : bénéficiaires pour lesquels l'ACS est attribuée pour la première fois et qui ont souscrit un contrat sélectionné A, B ou C : 421 personnes interrogées soit 41,8 % de l'échantillon ;
- Profil n°2 : bénéficiaires qui ont un contrat sélectionné A, B ou C souscrit dans le cadre d'un renouvellement de l'ACS : 482 personnes interrogées soit 47,9 % de l'échantillon ;
- Profil n°3 : bénéficiaires ayant un contrat de complémentaire santé classique souscrit avant l'entrée en vigueur de la réforme : 68 personnes interrogées soit 6,8 % de l'échantillon ;
- Profil n°4 : bénéficiaires n'ayant pas de contrat de complémentaire santé : 35 personnes interrogées soit 3,5 % de l'échantillon.

Les questions posées lors de la phase qualitative et quantitative ont porté sur le parcours du bénéficiaire de l'ACS, de la demande à l'utilisation effective de l'aide, ainsi que les droits liés à l'ACS :

- mode d'entrée dans le dispositif : comment le bénéficiaire a connu l'ACS ?
- compréhension du parcours d'utilisation de l'aide : de la réception du courrier d'attribution au choix du contrat ;
- connaissance et exercice effectif des droits : tiers payant intégral et/ou social, exonération des franchises, opposabilité des tarifs, etc. ;
- perception globale du dispositif.

A. Les principaux enseignements de l'étude : un besoin d'aide dans les démarches administratives et une effectivité incomplète des droits liés à l'ACS

■ Par rapport à la CMU-C, l'ACS n'est connue que partiellement

Le plus souvent, les bénéficiaires de l'ACS ont connu le dispositif dans le cadre d'une demande de CMU-C¹²⁸. 80 % des bénéficiaires souhaitaient faire une demande de CMU-C en remplissant leur dossier, et 38 % ont connu l'ACS via cette demande. Cela témoigne du déficit de notoriété de l'ACS par rapport à la CMU-C.

L'octroi de l'ACS est plus ou moins bien accueilli selon la situation antérieure de l'individu. Pour les personnes qui étaient sans couverture et celles qui avaient une complémentaire sans ACS, l'octroi de l'ACS est, en majorité, perçu positivement. Parmi celles qui bénéficiaient auparavant de la CMU-C, 44 % ont réagi négativement (préférence pour la CMU-C, non-compréhension du changement de situation, non connaissance de l'ACS) et 43 % étaient contentes de pouvoir bénéficier de l'ACS.

Pour la majorité des bénéficiaires interrogés, l'ACS se résume à une aide financière pour payer une complémentaire santé : deux tiers d'entre eux citent l'aide financière comme avantage de l'ACS. Les avantages associés semblent moins connus : ils ne sont plus que 34 % à citer spontanément le tiers payant, 2 % le non dépassement d'honoraires, 4 % les tarifs sociaux de l'énergie et 1 % la disparition de la franchise médicale et des participations forfaitaires.

■ Si la constitution du dossier de demande pose peu de problèmes, les démarches pour souscrire un contrat de complémentaire s'avèrent parfois moins faciles

Les bénéficiaires n'ont pas rencontré de difficulté majeure à constituer le dossier de demande. Un quart seulement d'entre eux ont été aidés dans leur démarche, soit par une personne de l'assurance maladie, soit par une personne de leur entourage, soit par une assistante sociale.

¹²⁸ Pour rappel, le formulaire de demande est commun aux deux dispositifs : CMU-C et ACS.

Une fois l'ACS accordée, l'étape consistant à souscrire un contrat de complémentaire santé apparaît plus compliquée. Le fait de ne pouvoir utiliser l'ACS que sur des contrats sélectionnés par l'État n'est pas toujours bien connu : seuls 39 % des bénéficiaires en avaient connaissance. Plus de 2 bénéficiaires sur 5 n'ont pas su exploiter la liste des offres sélectionnées, jointe au courrier notifiant l'accord de l'ACS, ou ne se souviennent pas l'avoir reçue.

Le choix d'une complémentaire santé est surtout fondé sur la notoriété de l'organisme complémentaire. Beaucoup de bénéficiaires se sont orientés vers un organisme avec lequel ils avaient un contrat ou qu'ils connaissaient.

Parmi les bénéficiaires ayant souscrit un nouveau contrat, la moitié a été aidée dans le choix du niveau de garantie, essentiellement par un conseiller de l'organisme complémentaire. Pour l'autre moitié, une majorité aurait aimé être conseillée pour faire ce choix.

Concernant les quelques personnes qui n'ont pas utilisé leur chèque ACS, le motif principal avancé est le refus de leur organisme complémentaire, qui ne propose pas de contrat sélectionné.

Au global, si deux tiers des bénéficiaires estiment que le parcours pour obtenir et utiliser le chèque ACS est facile, toute aide dans ces démarches est jugée utile.

■ Les documents et outils mis à la disposition des bénéficiaires ACS ne sont pas toujours bien exploités ou compris

L'analyse du parcours des bénéficiaires de l'ACS s'est accompagnée d'une étude des documents mis à leur disposition. Elle montre que les bénéficiaires rencontrent souvent des difficultés à comprendre et maîtriser toutes les informations reçues dans le cadre des démarches administratives.

Les documents transmis aux bénéficiaires ACS sont effectivement nombreux : courrier notifiant le refus de la CMU-C et l'accord de l'ACS, attestation-chèque, attestation de tiers payant social, liste des offres sélectionnées, dépliant d'information sur l'ACS, attestation de tiers payant intégral transmise à la souscription du contrat sélectionné.

Outre la multitude d'informations, le vocabulaire spécifique au domaine de l'assurance maladie représente aussi un obstacle à la bonne compréhension du dispositif et ce, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle ou le niveau d'études et de maîtrise de la langue. Les notions telles que « reste à charge », « tiers payant », « franchises médicales », « dépassement d'honoraires » peuvent sembler abstraites et nécessitent des explications claires et simples pour être maîtrisées par les bénéficiaires de l'ACS,

Un focus a également été réalisé sur le site info-acs.fr, mis en ligne par le Fonds CMU-C dans le cadre de la réforme afin d'expliquer l'ACS et présenter les offres sélectionnées et leur prix. Seuls 17 % des bénéficiaires interrogés ayant accès à internet connaissent ce site et, parmi eux, deux tiers y sont allés, principalement dans le but de mieux connaître leurs droits et comprendre les démarches pour choisir un organisme complémentaire. Ces résultats témoignent du manque de notoriété du site info-acs.fr.

Par ailleurs, une enquête en ligne a été effectuée par le Fonds CMU-C, de mars à mai 2016, afin de mesurer le niveau de satisfaction des visiteurs du site info-acs.fr, la complétude et la bonne compréhension des informations disponibles.

Les réponses ont été recueillies auprès de 104 professionnels et de 625 particuliers, dont un tiers a plus de 60 ans. Il ressort que pour les visiteurs, le site constitue une aide utile. Ils recherchent principalement des informations concernant la liste des organismes complémentaires retenus, le prix des contrats, la comparaison des offres ACS et les remboursements proposés dans le cadre de l'ACS.

Plus de 8 visiteurs sur 10 sont satisfaits du site. Les suggestions d'amélioration portent sur la comparaison des prix des contrats, la mise en place d'une aide pour choisir les garanties et la liste des organismes qui participent à l'ACS.

■ Près d'un bénéficiaire sur cinq paie en intégralité la consultation chez le médecin alors qu'il pourrait utiliser le tiers payant social ou intégral

Afin d'évaluer dans quelle mesure les bénéficiaires de l'ACS font valoir leurs droits, plusieurs questions relatives au tiers payant ont été posées. Plus de 2 personnes sur 5 n'avancent pas les frais lors des consultations chez le méde-

cin. 19 % paient uniquement la part complémentaire, 17 % paient la consultation en intégralité et 21 % indiquent que cela change d'une consultation à l'autre.

Les bénéficiaires qui connaissent le droit au tiers payant, mais qui ne l'ont pas fait valoir, ont en majorité été confrontés à des médecins qui refusent le tiers payant.

► **Tableau 66 – Application du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS dans le cadre d'une consultation chez le médecin**

Lorsque vous vous rendez chez le médecin, diriez-vous que:	
Vous payez la totalité de la consultation	17%
Vous ne payez qu'une partie de la consultation	19%
Vous n'avez rien à payer	43%
Cela change d'une consultation à l'autre	21%

Sources : CNAMTS – évaluation du dispositif ACS, phase quantitative

B. Des pistes d'amélioration afin de mieux accompagner le bénéficiaire ACS dans la souscription du contrat de complémentaire santé et la valorisation de ses droits

■ Améliorer la notoriété du dispositif ACS

L'étude met en exergue la nécessité d'informer plus largement sur l'existence de l'ACS. Le site internet info-acs.fr doit notamment être davantage mis en avant.

En complément de la campagne d'information nationale mise en œuvre au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, la CNAMTS a également mené des actions de communication au printemps et à l'automne 2016 afin de mieux faire connaître l'ACS.

Cette nouvelle campagne vise plus particulièrement les jeunes, les demandeurs d'emploi et les seniors. Elle repose notamment sur un dispositif radio ciblant plutôt les seniors (spots radio de trente secondes et dossiers de presse sonores d'une minute trente) et un dispositif digital visant les jeunes et les demandeurs d'emploi (internet). Un nouveau numéro de téléphone gratuit a aussi été mis en place.

L'impact de ces communications est encourageant. Au printemps, elle s'est traduite par une multiplication par 20 du nombre d'appels sur la plateforme téléphonique ACS : de 200 appels pour la semaine du 21 mars 2016, à plus de 4 000 appels par semaine, à partir du 28 mars 2016, lors du lancement des actions de communication. Le nombre de connexions au simulateur de droits sur le site ameli.fr a plus que doublé, passant de 80 000 à 180 000 entre mars et avril 2016. L'effet s'est prolongé durant les semaines suivantes.

À l'automne, en plus des communications à la radio et par internet, de nouvelles actions sont planifiées comme le dépôt de flyers dans les boîtes aux lettres de populations ciblées, évaluées à deux millions de personnes. La mesure de l'impact est prévue au niveau des CPAM couvrant les communes concernées (nombre d'appels, de consultants en accueil, de dossiers déposés).

■ Guider sur les démarches à suivre

D'après les résultats de l'enquête pilotée par la CNAMTS, il ressort que le parcours des bénéficiaires ACS, de la demande de l'aide à l'adhésion à un contrat de complémentaire santé, comporte plusieurs étapes qu'il convient de bien expliciter. L'institut d'étude aboutit aux préconisations ci-dessous, émises pour chaque étape.

Puisqu'un bon nombre de bénéficiaires ont découvert l'ACS à la suite d'une demande de CMU-C, il est important de mieux présenter l'ACS sur le formulaire de demande commun aux deux dispositifs. Dans le courrier notifiant l'accord de l'ACS, il serait souhaitable de bien expliquer les raisons du refus de la CMU-C et l'orientation vers l'ACS, en particulier pour les personnes qui bénéficiaient préalablement de la CMU-C.

Dans le cadre du choix de l'organisme complémentaire et du contrat, l'institut d'études préconise de rappeler que seuls les contrats sélectionnés par l'État sont éligibles à l'ACS. Il serait également nécessaire de mieux structurer la

liste des offres sélectionnées et d'expliquer comment l'utiliser. Sur le site info-ac.s.fr, les ajustements devraient porter sur la présentation des niveaux de garantie, la mise en avant du comparateur d'offres et la comparaison facilitée des contrats.

Pour aider les bénéficiaires à faire valoir leurs droits, il est recommandé de bien expliciter les différents avantages associés à l'ACS et de rappeler l'importance de mettre à jour sa carte vitale, pour ne pas avoir besoin de se justifier des droits ouverts auprès du professionnel de santé. Il conviendrait également de mettre à disposition des informations utiles en cas de difficultés, dans la foire aux questions du site info-ac.s.fr, par exemple : résiliation anticipée de contrat de complémentaire santé, refus du médecin d'appliquer le tiers payant, etc.

■ Simplifier et clarifier l'information

Les questions d'incompréhension liées à une sémantique très technique concernent l'ensemble des bénéficiaires. Les supports d'information ainsi que les actions de communication et d'accompagnement des bénéficiaires doivent donc tenir compte de ces difficultés. Selon l'institut qui a réalisé l'enquête, il serait plus efficace d'adopter un vocabulaire simple du quotidien et de faire des phrases et des courriers courts. Il serait également pertinent de limiter le nombre de messages tout en mettant en valeur les points clés avec des schémas et des images. La CNAMTS a déjà tenu compte de ces recommandations dans sa dernière campagne de communication, les efforts sont néanmoins à poursuivre.

Proposition 11 – Poursuivre la simplification des documents adressés aux bénéficiaires lors de la notification d'attribution de l'ACS en tenant compte du niveau de compréhension du dispositif.

4.2.3. Un nécessaire effort de simplification et d'accompagnement

Trois personnes sur dix susceptibles d'être éligibles à la CMU-C et six personnes sur dix susceptibles de bénéficier de l'ACS n'en font pas la demande. Malgré les actions de communication réalisées, une frange de la population prend l'option de ne pas demander ces aides.

Les acteurs de la protection sociale, les associations, la Cour des comptes¹²⁹ pointent tous la lourdeur administrative liée à la demande de ces aides comme le facteur principal du non-recours.

En effet, l'attribution de ces aides nécessite de compléter un formulaire de demande et de nombreuses pièces justificatives. En outre, les aides doivent être renouvelées chaque année sous la même forme que la demande initiale.

Le chantier de la simplification a été lancé depuis de nombreuses années, plusieurs mesures visant à la simplification des dispositifs ont été prises depuis la rédaction du dernier rapport d'évaluation : la suppression de la procédure de demande dérogatoire pour les travailleurs non-salariés, la refonte des formulaires de demande CMU-C/ACS en un formulaire unique, le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA (cf. partie 3.1.2).

D'autres mesures de simplification sont à l'étude, proposées ou en cours d'expérimentation et, en l'absence de mesures de simplification « radicale », l'accompagnement des demandeurs apparaît comme le palliatif le plus efficace.

¹²⁹ Rapport relatif au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – mai 2015

4.2.4. Les actions de promotion de l'ACS

4.2.4.1. Les actions menées pour améliorer la connaissance de l'ACS

Afin d'améliorer la connaissance de l'ACS et de promouvoir la réforme du dispositif, une vaste campagne de communication a été lancée à la fin du mois de juin 2015.

Elle a été coordonnée entre tous les acteurs susceptibles d'informer les bénéficiaires potentiels et d'accompagner les bénéficiaires déjà présents dans le dispositif. Ainsi, le gouvernement, le Fonds CMU-C, les caisses nationales de Sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite), Pôle Emploi, les associations, les professionnels et établissements de santé, les centres communaux d'action sociale et les organismes complémentaires se sont mobilisés autour de cette campagne.

Afin de faire connaître l'ACS indépendamment du dispositif de la CMU-C, un logo a été créé. Une affiche, un dépliant et une animation vidéo explicatifs ont été élaborés. Près de 500 000 dépliant et 10 000 affiches ont été diffusés. Un site internet (info-ac.s.fr mis en ligne par le Fonds CMU-C) et une plateforme téléphonique destinés à fournir les éléments d'information aux bénéficiaires et aux personnes éligibles ont été mis en place.

4.2.4.2. Les actions en direction des populations éligibles à l'ACS

La CNAMTS mène des actions de promotion de l'ACS à partir de populations identifiées par la CNAF et la CNAVTS. Des échanges sont mis en place et fonctionnent en routine depuis 2011. Le traitement est automatisé et national, il n'y a pas d'intervention des caisses primaires.

A. Actions de promotion de l'ACS en direction des populations éligibles : les courriers de la CNAMTS en direction des allocataires de la CNAF et de la CNAVTS

■ Présentation du dispositif

Chaque mois pour la CNAF, chaque trimestre pour la CNAVTS, des fichiers comportant les coordonnées de nouveaux allocataires dont le niveau de ressources les rend éligibles à l'ACS, sont transmis par les deux partenaires à la CNAMTS. Pour la CNAVTS, la sélection porte sur les bénéficiaires de l'ASPA et de l'ASI.

Après traitement (visant à exclure les personnes déjà bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS notamment), un courrier est envoyé chaque mois *via* la chaîne nationale ESOPE¹³⁰ afin d'inciter les intéressés à déposer une demande d'ACS. Le formulaire à compléter est joint à cet envoi.

Tableau 67 – Courriers CNAF CNAVTS – Nombre de plis par an sur la période 2011 – Fin mai 2016

Année d'envoi	Nombre de plis
2011	279 822
2012	348 060
2013	349 162
2014	320 350
2015	254 216
2016 (fin mai) (*)	257 518

Nota : la distinction entre les allocataires de la CNAF et ceux de la CNAVTS n'est plus disponible. Entre 2013 et 2014, les allocataires de la CNAVTS représentaient 30 % environ des envois totaux. En 2015, à la suite de différentes anomalies techniques rencontrées par la CNAF, les échanges ont été interrompus 3 mois, d'où la chute des envois.

(*) En lien avec la création de la Prime d'activité au 1^{er} janvier dernier, la CNAF signale qu'une hausse de la volumétrie est constatée depuis début 2016 avec un pic à 140 000 personnes signalées en janvier 2016, puis 43 000 en moyenne de février à mai. Cet afflux de signalements se traduira sur le bilan final de l'année 2016.

Source : CNAMTS

¹³⁰ Exploitation sécurisée et optimisée des processus éditiques

■ Évaluation du dispositif

En 2014, une évaluation de l'incidence de ces envois nationaux a été effectuée, l'objectif étant de mesurer le taux de dossiers de demande d'ACS reçus deux mois après l'envoi du courrier national.

Cette étude a porté sur un échantillon de 10 575 dossiers dont 13 % des dossiers concernaient des allocataires CNAVTS.

À échéance de deux mois, le taux de retour global s'est établi à 10,8 % (19,4 % pour les allocataires CNAVTS, 9,5 % pour les allocataires CNAF), ce taux étant croissant avec l'âge : 4,7 % pour les moins de 25 ans, 9,4 % pour les [25-60 ans] et 16,8 % pour les 60 ans et plus.

Sur les dossiers reçus et traités :

- 69 % ont fait l'objet d'un accord. Au sein de ces accords, 70 % concernaient l'ACS, 30 % la CMU-C ;
- 31 % ont fait l'objet d'un refus.

Pour les allocataires de la CNAVTS, 73 % des dossiers ont fait l'objet d'un accord.

Depuis mai 2014, la liste mensuelle des destinataires du courrier est mise à la disposition des caisses primaires par les centres de traitement informatique (CTI) chaque mois. Ces dernières sont ainsi en mesure de mener des actions de relance auprès de ceux qui n'ont pas donné suite à l'action de promotion.

Une relance automatique par canal dématérialisé est envisagée à échéance de 2018.

Proposition 12 – Sur la base de l'exploitation des listes des bénéficiaires potentiels issus des fichiers de la CNAF et de la CNAVTS, destinataires d'un courrier de sensibilisation à l'ACS, réaliser une étude sur le profil des populations « recourantes » et « non recourantes » (CNAMTS).

Piste de travail 6 – Solliciter la CNAMTS pour qu'elle lance une étude sur la caractérisation des refus (mesure du niveau des dépassements) découlant des courriers en distinguant leur origine (courriers CNAF / courriers CNAVTS). Cette étude pourrait être réalisée auprès de deux CPAM volontaires.

B. Un ciblage des publics et une information également mise en place par la CCMSA

La CCMSA a également mis en place des outils lui permettant de détecter mensuellement les bénéficiaires potentiels au regard de leurs ressources pour leur envoyer des informations relatives à l'ACS afin qu'ils déposent un dossier de demande.

Cinq requêtes sont opérationnelles. Elles ciblent :

- Les sortants du dispositif de la CMU-C : les personnes ayant essuyé un refus ou n'ayant pas renouvelé leur demande d'ACS ;
- Les bénéficiaires de prestations accordées en fonction d'un plafond de ressources correspondant à celui de l'ACS (minimum vieillesse, allocation de veuvage ou pension de réversion, AAH, aide au logement, ASPA).

Proposition 13 – Réaliser une opération d'envoi de courriers au « stock » des populations identifiées comme éligibles à l'ACS et non recourantes, les courriers actuels ne concernant que les flux entrants.

4.2.5. Les actions d'accompagnement des publics fragiles

4.2.5.1. Le déploiement et le bilan des actions déjà mises en œuvre

Comment favoriser le recours aux droits et par conséquent le recours aux soins ? La question du non-recours aux droits est une préoccupation majeure des acteurs de la protection sociale. Les caisses d'assurance maladie, actrices centrales de l'accès aux droits développent de nombreuses actions pour remédier au non-recours.

A. Les actions PLANIR mises en place par le régime général

Le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR) vise à ce que chaque CPAM mette en place un ensemble d'actions concrètes destinées à limiter les situations de non-recours (aux droits, aux services, aux soins), d'incompréhension (face à la complexité des démarches administratives et/ou des informations médico-administratives) et de ruptures (générées par le fonctionnement du service public).

a) Présentation de la démarche PLANIR

Cette démarche est le fruit de travaux d'un groupe missionné par la direction de la CNAMTS, sur proposition du comité national de gestion (CNG).

Elle résulte de l'identification de trois difficultés majeures auxquelles sont confrontés les assurés :

- une part des assurés ne bénéficient ni des droits légaux auxquels ils pourraient prétendre, ni des services, soins, offres de prévention et d'accompagnement en santé qui leur sont proposés ;
- les informations collectives et individuelles diffusées par l'Assurance Maladie (brochures, courriers, etc.) ne sont pas toujours adaptées à ces publics ;
- la complexité de certaines formalités et l'incompréhension suite à des décisions administratives défavorables viennent parfois aggraver des situations déjà fragilisées.

Un schéma d'intervention destiné à être décliné localement a été élaboré. La CNAMTS a généralisé la démarche en 2014, il a été demandé aux caisses d'élaborer, au cours du 1^{er} semestre 2014, un plan local couvrant la période de la COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) 2014-2017.

Le plan local est commun à trois acteurs locaux de l'Assurance maladie : la CPAM, l'échelon local du service médical et les services sociaux des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

Il consiste à :

- identifier les situations à risques, à partir d'observations de terrain dans les accueils des CPAM, les centres d'examen de santé et le contrôle médical ;
- co-concevoir des actions en réponse à ces risques avec les partenariats adaptés, internes ou externes (CCAS, CAF, services sociaux départementaux, etc.) ;
- expérimenter et évaluer les effets de ces actions au regard des risques de non-recours, d'incompréhension et de ruptures.

Les plans d'actions pluriannuels élaborés en 2014 totalisent près de 6 300 actions expérimentales menées dans le réseau. La moitié concerne le non-recours et le reste se répartit à parts égales, entre la prévention des risques de rupture et une meilleure lisibilité des dispositifs sociaux.

Les 1 150 actions les plus significatives ont fait l'objet d'une évaluation nationale.

Au cours du second semestre 2015, un nombre restreint d'actions a été labellisé en vue d'être généralisé en 2016 et 2017.

b) Les actions ayant fait l'objet d'une labellisation

Cinq actions ont fait l'objet d'une labellisation : la ligne urgence précarité, l'action vers les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, le parcours santé jeunes, l'action à destination des consultants des permanences d'accès aux soins de santé. En 2017, une action concernant les majeurs protégés et les personnes reconnues handicapées sera généralisée.

■ **La Ligne Urgence Précarité (LUP)**

Les professionnels de santé sont amenés à recevoir des patients se trouvant dans des situations d'urgence médico-administrative, pour lesquels le commencement ou la poursuite des soins nécessite l'ouverture ou la mise à jour de la situation administrative : ouverture des droits à l'assurance maladie, des droits à la CMU-C, à l'ACS, etc.

Ces patients ne font pas nécessairement l'objet d'un suivi social, le professionnel de santé se retrouve alors être la première personne susceptible d'accompagner le patient.

■ **Présentation et objectif de cette action**

Cette action consiste en la mise à disposition d'une ligne téléphonique destinée aux professionnels de santé leur permettant de signaler des personnes rencontrant des difficultés liées à l'accès aux droits empêchant l'accès à des soins urgents (traitement, médicaments, hospitalisation, etc.).

Les professionnels concernés sont : les médecins généralistes, les pharmaciens, les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires (comprenant au moins un médecin généraliste).

L'objectif de la LUP est de mettre le professionnel de santé en lien avec un contact unique lui permettant un traitement rapide de la situation à laquelle il est confronté. Il doit s'agir d'une situation dans laquelle l'assuré a des besoins de soins imminents.

■ **Les modalités de mise en œuvre**

La ligne est ouverte de façon continue durant au minimum 8 heures. Dans le cas contraire, le professionnel de santé doit pouvoir laisser un message et être rappelé à J+1 (jour ouvré).

Chaque caisse désigne en interne un ou plusieurs coordonnateurs.

Le circuit de signalement par le professionnel de santé est le suivant :

- après avoir obtenu l'accord verbal du patient, le professionnel de santé effectue le signalement par téléphone et fournit les informations administratives nécessaires à la prise en charge du signalement ;
- l'équipe de la LUP procède à l'analyse de la situation ;
- elle assure un traitement global et accéléré de la situation en lien avec l'assuré ;
- une fois le traitement du dossier achevé, le coordonnateur informe le professionnel de santé.

■ **Bilan et suivi**

Le déploiement des LUP au niveau national est effectif depuis le 1^{er} juillet 2016. L'offre de service peut faire l'objet d'un déploiement vers d'autres partenaires dans le cadre d'un palier complémentaire : infirmiers libéraux, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, services sociaux des établissements hospitaliers, dont les PASS (permanences d'accès aux soins), les CCAS. Les modalités de déploiement de ce palier complémentaire sont laissées à l'appréciation des caisses.

Un premier bilan sera réalisé au 31 décembre 2016, il portera notamment sur le déploiement de la LUP et l'efficacité de son action.

Des indicateurs de qualité seront mis en place en 2017 : une enquête de satisfaction nationale auprès des professionnels de santé CNAMTS et une enquête de satisfaction locale auprès des assurés bénéficiaires de la LUP.

Proposition 14 – Étendre aux associations locales œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, l'accès à la Ligne Urgence Précarité mise en place par les CPAM, qui permet de disposer d'un interlocuteur pour la gestion des situations d'urgences médico-administratives.

■ Action à destination des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

En application de l'article L.160-2 du code de la sécurité sociale : « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité. »

S'agissant de la couverture complémentaire, les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ont un accès de plein droit, à titre personnel, à la CMU-C. C'est le président du Conseil départemental, lorsque l'enfant est confié au service de l'ASE ou le directeur de l'établissement gardien de l'enfant lorsque ce dernier est confié à la PJJ, qui effectue la demande pour le compte de l'enfant.

En 2013, le Fonds CMU-C et le Défenseur des Droits ont lancé un appel à projet de recherche relatif à l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. L'objectif de la recherche était notamment de mieux appréhender les circuits permettant l'affiliation à l'assurance maladie de base et à la CMU-C des enfants confiés aux services de l'ASE et de la PJJ.

L'étude a démontré qu'il n'existait pas de difficultés majeures liées à l'affiliation à l'assurance maladie et à la CMU-C des enfants placés. Les principales difficultés apparaissent à la fin du placement ou lors du passage à la majorité. Les CPAM évoquent un défaut de communication avec les institutions gardiennes qui leur permettrait de connaître le devenir de l'enfant et pouvoir disposer des coordonnées du mineur. Certains départements ont formalisé un partenariat par le biais d'une convention ; dans d'autres territoires le partenariat relève plutôt d'une coopération informelle¹³¹.

■ Présentation et objectif

L'objectif de cette action est de proposer aux CPAM et aux Conseils départementaux un cadre leur permettant de consolider ou d'initier un engagement durable. Cet engagement étant formalisé par la signature d'une convention de partenariat.

Le Conseil départemental dispose ainsi rapidement des informations liées au dossier des enfants placés dont il a la charge. L'exécution des démarches liées à la protection sociale des enfants, notamment via l'octroi de la CMU-C, est alors simplifiée.

Les CPAM s'engagent à respecter un délai de traitement de 14 jours calendaires maximum, ce partenariat permet donc, pour les enfants placés, un traitement rapide d'ouverture des droits, de gestion des demandes de renouvellement et de sortie du dispositif.

■ Modalités de mise en œuvre

Le partenariat entre les services de l'ASE et la CPAM se fait à trois moments clé : au moment du placement, au moment du renouvellement des droits et au moment de la fin du placement. À chaque phase, la CPAM intervient suite à la transmission par le Conseil départemental d'un justificatif (ordonnance de placement, demande de renouvellement, notification de sortie du régime de l'ASE).

Une réunion CPAM – Conseil départemental devra être programmée a minima une fois par an afin d'améliorer et de fluidifier les échanges.

¹³¹ « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin » – Mars 2016 – Recherche réalisée par Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac (www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

■ Bilan et suivi

Un premier bilan est attendu d'ici la fin de l'année 2016.

Les indicateurs de résultats porteront notamment sur le taux de traitement des dossiers reçus complets sous 14 jours calendaires maximum, sur le taux de dossiers urgents (liés à un besoin immédiat d'accès aux soins) traités dans un délai de 48 heures maximum après réception, sur le délai de traitement entre la date d'entrée du jeune dans le dispositif et sa régularisation : entrée dans l'ASE et prise en charge administrative par la CPAM.

Piste de travail 7 – Étendre l'action d'accompagnement et de lutte contre le non recours de la CNAMTS (PLANIR), à destination des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, aux directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse.

■ Le Parcours Santé Jeunes (PSJ)

Cette action est destinée aux jeunes âgés de 16 à 25 ans en situation de vulnérabilité. La population jeune est une cible à forts enjeux pour l'accès aux droits et aux soins du fait d'un cumul de vulnérabilités (fragilité sur le plan économique, exposition aux facteurs de risque en santé, méconnaissance des démarches en direction de l'Assurance maladie, difficultés de compréhension et d'orientation).

La situation de vulnérabilité des jeunes a été analysée, pour ce qui concerne les étudiants, lors d'une enquête réalisée, en 2014, par l'ODENORE (Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services) à la demande du Fonds CMU-C. L'étude visait à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé, susceptibles de remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'ACS. La population enquêtée était composée de l'ensemble des étudiants des cinq établissements d'études supérieures de Grenoble et de l'école doctorale, inscrits à la rentrée universitaire 2013-2014 dans l'une des formations de licence 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année, de master 2^{ème} année ou de doctorat. La base de données produite par l'enquête comprenait au final 2 300 questionnaires.

Au moment de l'enquête, plus de la moitié des étudiants éligibles à la CMU-C sont sans complémentaire santé (53,8 %). Les raisons de l'absence d'une complémentaire santé sont diverses. L'explication financière vient en tête (40,9 % des raisons sont de cette nature), mais bon nombre d'étudiants déclarent avoir des difficultés à procéder à une éventuelle demande, par ignorance de ce qu'est une complémentaire santé, parce qu'ils ne savent pas où s'adresser ou parce que les démarches sont trop complexes.

L'enquête a permis d'appliquer un indicateur de la précarité étudiante construit par l'ODENORE dans le cadre d'une étude précédente réalisée avec l'Observatoire des formations et du suivi des étudiants de l'Université Joseph Fourier (Grenoble I), l'Observatoire des parcours étudiants (Bordeaux II) et le Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ Grenoble)¹³². Cet indicateur scoré repose initialement sur 8 variables : l'état de santé perçu, un sentiment de solitude, ne pas manger à sa faim, renoncer à des achats de première nécessité, mais aussi sur le fait d'être boursier, de contracter un emprunt pour ses études, ou de travailler, et de renoncer à des soins.

L'indicateur retenu, repose, quant à lui, sur cinq variables : l'état de santé perçu, un sentiment de solitude, ne pas manger à sa faim, renoncer à des achats de première nécessité et le reste pour vivre. Il permet d'observer que seuls 16,3 % des étudiants ne sont pas précaires, car exposés à aucun des facteurs de précarité. En revanche, 37,5 % d'entre eux présentent des facteurs de fragilité sociale (économique et relationnelle), tandis que 23,5 % et 22,7 % sont précaires ou très précaires. Autrement dit, plus de 4 étudiants sur 5 auraient un ou plusieurs facteurs d'exposition à la précarité telle que mesurée par cet indicateur.

¹³² Vial B., 2011, « Indicateur de la précarité étudiante. Construction et test : le recours au tutorat », ODENORE, Working Paper n°6, février 2011. https://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp6_0.pdf L'indicateur PRECAet a été déposé à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI). Son auteur est Benjamin Vial, doctorant à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble.

Un lien statistique apparaît entre l'absence de complémentaire santé, malgré l'éligibilité à la CMU-C, et le renoncement à des soins au cours des douze derniers mois. 62,6 % des étudiants sans complémentaire, et pourtant éligibles à la CMU-C, déclarent avoir renoncé une fois ou plusieurs fois à des soins au cours de l'année écoulée, contre 28,3 % des étudiants avec une complémentaire et non éligibles à la CMU-C¹³³.

■ Présentation et objectif

Dans ce contexte spécifique à la population jeune, l'enjeu du parcours mis en place par l'Assurance maladie est donc d'offrir un accompagnement global et personnalisé de l'ouverture des droits à l'accès aux soins.

La population visée prioritairement est constituée des jeunes de 16 à 25 ans en situation de vulnérabilité, suivis par les missions locales jeunes (MLJ), les centres de formation des apprentis (CFA) et les écoles de la deuxième chance. Les jeunes pris en charge par les foyers de jeunes travailleurs, CCAS, centres sociaux, protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), et centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) peuvent se voir proposer le parcours de manière complémentaire par les CPAM.

■ Modalités de mise en œuvre

L'offre de service est individualisée autant que possible par le biais de rendez-vous personnalisés.

Le dispositif est composé de quatre orientations et actions majeures :

- accueillir lors d'un entretien ou d'un bilan personnalisé : une approche personnalisée est proposée à chaque jeune, après prise en compte de sa situation ;
- garantir une couverture maladie complète : il s'agit d'assurer l'actualisation des droits et de sensibiliser au bon usage des dispositifs pour un meilleur accès aux soins ;
- inscrire le jeune dans une démarche de sensibilisation à sa santé par la réalisation d'un bilan de santé et/ ou par sa participation à des ateliers prévention adaptés portant sur des thématiques spécifiques ;
- accompagner le jeune dans une démarche d'insertion par la santé : l'accompagnement du service social de l'assurance maladie vient compléter les services proposés par la CPAM.

Des outils, des grilles d'entretiens sont mis en place afin de déterminer plus facilement la façon dont doit être accompagné le jeune.

Un passeport santé jeunes est remis au jeune afin de lui présenter de manière simple la finalité et le contenu du parcours.

■ Bilan et suivi

Un premier bilan est attendu d'ici la fin de l'année 2016.

Les indicateurs de résultats porteront notamment sur l'accès aux droits (nombre de jeunes inscrits, d'entretiens réalisés, de rendez-vous honorés, etc.), sur l'accès aux soins (nombre de jeunes ayant réalisé un bilan de santé), sur l'accompagnement social (nombre de jeunes accompagnés comparé au nombre de jeunes inscrits), sur les partenariats (nombre de jeunes orientés vers les centres d'examen de santé par chaque partenaire).

Encadré 14 – La loi relative à l'égalité et à la citoyenneté : le suivi de santé des jeunes de 16 à 25 ans

Partant du constat que les jeunes ne s'intéressent que très peu à leur santé et sont perdus dans le fonctionnement du système de santé, l'article 62 de la loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté a pour objectif que soit dispensée à chaque jeune, à 16 ans lors de la fin du statut d'ayant-droit et à 23 ans, une information facilitant l'accès à leurs droits et aux dispositifs et examens de prévention existants. Cette information individualisée concernera les droits en matière de couverture santé, les dispo-

¹³³ « L'absence de complémentaire santé chez les étudiants » – Août 2014 – ODENORE – (www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

sitifs et programmes de prévention ainsi que les examens de santé gratuits existants tels que celui prévu à l'article L.321-3 du code de la sécurité sociale auquel il peut avoir accès.

L'article 63 de cette même loi ouvre la possibilité pour les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans de bénéficier d'un droit personnel à la CMU-C, dès le début de leur prise d'indépendance sans attendre de pouvoir justifier de leur sortie du foyer fiscal de leurs parents.

Proposition 15 – Refondre la page dédiée à la santé du site www.jeunes.gouv.fr afin d'apporter aux jeunes une réponse synthétique prenant en compte leur niveau d'information.

■ Action à destination des consultants des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

■ Contexte et problématique

Instaurées par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif de rendre l'accès aux soins effectif en facilitant l'accès au système de santé des publics fragiles et en les accompagnant dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Les études¹³⁴ réalisées après la mise en place des PASS ont démontré que la majorité des publics de ces permanences sont en grande précarité sociale, n'ont pas de couverture sociale, vivent seuls, n'ont pas de logement personnel et sont sans ressources. Les patients consultant dans les PASS cumulent plusieurs facteurs de précarité : précarité du logement, des liens sociaux, ressources faibles. Ils ne bénéficient pour la plupart d'aucune couverture sociale et sont jeunes (moyenne d'âge 35 ans). Elle mentionne que la majeure partie des consultants est d'origine étrangère et plus d'1/3 d'entre eux ne parlent pas français, ce qui constitue un facteur d'exclusion supplémentaire.

Aujourd'hui, près de 430 PASS organisent l'accès à toutes les consultations dispensées dans les établissements aux patients en situation de précarité. Elles sont invitées à « être un partenaire actif du réseau local de précarité », notamment avec les Caisses primaires (circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013). Cependant, dans certaines situations, l'absence de coordination entre les PASS et les caisses d'assurance maladie entrave l'ouverture rapide des droits pour les consultants nécessitant des soins.

■ Présentation et objectif

L'action vise les consultants des PASS dont l'absence de droits ouverts à l'assurance maladie de base et/ou complémentaire compromet la réalisation de soins immédiats ou futurs.

L'objectif est de permettre un accès aux droits et aux soins de façon rapide, avec un traitement dans un délai de dix jours calendaires maximum.

■ Modalités de mise en œuvre

La démarche vise à la signature de conventions de partenariats entre les CPAM et les PASS afin que soient formalisés les circuits de traitement des demandes d'ouvertures de droits.

Des conventions sont déjà effectives entre certaines CPAM et PASS, ces conventions peuvent être maintenues en l'état dès lors qu'elles intègrent *a minima* certaines dispositions :

- l'identification d'un canal de contact CPAM dédié ;
- un circuit de traitement des dossiers intégrant une phase préalable de contrôle de la complétude et de la recevabilité des dossiers (avec retour au représentant de la PASS en cas de dossier incomplet ou irrecevable) ;

¹³⁴ IGAS : 2^{ème} bilan d'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions, rapport n°2003-040 ; Grès-Médiation-santé : Evaluation des permanences d'accès aux soins (étude commandée par la DHOS) - Octobre 2003 ; Professeur Farge : Etude longitudinale dans 20 sites (commandée par l'ANAES) 2003.

- un engagement sur le délai de traitement des dossiers de demande de 10 jours calendaires maximum à compter de la réception d'un dossier complet et recevable ;
- un engagement en matière de formation par la CPAM des travailleurs sociaux de la PASS.

Trois formes de procédures sont préconisées : un circuit basé sur des rendez-vous réguliers entre le représentant de la PASS et le référent de la CPAM au cours duquel il vérifie la complétude des dossiers ; une procédure par échanges de mails, une procédure par courrier. Quel que soit le circuit, la vérification par la CPAM de la complétude du dossier est une phase indispensable afin d'éviter les allers-retours de dossiers incomplets.

■ Bilan et suivi

Un premier bilan est attendu d'ici la fin de l'année 2016.

Les indicateurs de résultats porteront notamment a minima sur le nombre de conventions de partenariat signées par la CPAM, le nombre de personnes formées par la caisse, le volume des dossiers de demandes transmis par la PASS, la répartition de ces dossiers par typologie, selon le résultat de l'instruction, le volume de dossiers ayant fait l'objet d'un retour pour incomplétude, le délai total moyen entre la date de réception initiale du dossier par la CPAM et la date de fin de traitement par la CPAM.

Encadré 15 – Focus sur la PASS-O : la permanence d'accès aux soins de santé en milieu ophtalmologique du centre Edmond de Rothschild

La PASS en milieu ophtalmologique s'adresse aux patients qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins visuels. Toutes les personnes en situation de précarité, d'isolement et/ou qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie peuvent y prétendre.

La PASS-O permet d'obtenir un accompagnement social, une consultation d'ophtalmologie mais également d'accéder si nécessaire à des examens complémentaires et un équipement optique adapté. Elle est accessible deux demi-journées par semaine et bénéficie des services d'une assistante sociale.

Un partenariat entre la Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild et le fonds caritatif d'Essilor Vision For Life a également été mis en place en novembre 2015 pour assurer une prise en charge globale.

Adressé par une association conventionnée avec la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild, le patient bénéficie d'un accès gratuit aux soins ophtalmologiques, aux examens complémentaires, aux filières hyper-spécialisées de l'hôpital, et à la pharmacie de la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild. Si nécessaire, une paire de lunettes à sa vue lui est offerte par le fonds caritatif d'Essilor Vision For Life.

B. PFIDASS, plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé lancée par la CPAM du Gard

En 2014, 30,5 % des personnes interrogées dans le cadre du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG), réalisé par l'ODENORE, la CPAM du Gard et ses partenaires, déclarent avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois.

Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard constitue une démarche expérimentale. C'est un outil barométrique au sens où il mesure et caractérise d'un point de vue statistique le phénomène de renoncement aux soins auprès d'une population donnée (les publics des institutions associées à l'expérimentation). C'est également, en complément, une démarche d'enquête qualitative qui vise à cerner le plus précisément possible les explications du renoncement et ses conséquences, mais aussi à relever les solutions recherchées par les personnes concernées et à imaginer celles que pourraient porter les acteurs du BRSG.

Il est ressorti du BRSG que les raisons du renoncement aux soins étaient financières mais également liées à des difficultés de compréhension du système de santé qui ne sont pas comblées par un accompagnement.

C'est en vue d'améliorer le recours aux soins que la PFIDASS, plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé a été élaborée, à titre expérimental, par la CPAM du Gard en novembre 2014. Cette plateforme vise notamment à guider les professionnels des institutions et professionnels de santé dans le processus de repérage des situations de renoncement aux soins. Les assurés sont accompagnés par les agents qui expliquent, ouvrent les droits nécessaires, aident au choix d'une complémentaire santé, accompagnent vers la réalisation des soins, etc.

Cette plateforme peut être saisie par des personnes habilitées en interne dans les services de l'assurance maladie (agents d'accueil, professionnels de centres d'examen de santé, service d'action sanitaire et sociale, service médical, etc.), par des professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, maisons de santé pluriprofessionnelle), par des membres d'institutions partenaires (PASS, CCAS, ateliers santé Ville, CAF, mutuelles, etc.).

Au 19 janvier 2016, 488 professionnels ont été formés et habilités à saisir la PFIDASS (390 « détecteurs » professionnels de santé, 65 « détecteurs » assurance maladie, 33 « détecteurs » issus de structures partenaires).

La saisine peut se faire via un formulaire de saisine en ligne disponible sur le site partenaires de la CPAM du Gard, via un formulaire de repérage papier ou par téléphone.

La PFIDASS réalise un bilan des droits et en fonction de la situation peut :

- attribuer et/ou expliquer les droits (CMU-C, ACS) ;
- aider au choix d'une complémentaire santé ;
- élaborer des plans d'aides financières associant d'autres partenaires ;
- orienter vers le professionnel de santé le plus adapté ;
- orienter vers le service social ;
- interagir avec le conciliateur (en cas de refus de soins, choix du médecin traitant).

Le travail d'accompagnement s'achève une fois les soins effectivement réalisés.

Le site partenaires permet au « détecteur » de suivre les résultats d'intervention de la PFIDASS.

■ Les résultats

Au 1^{er} juin 2016, la PFIDASS a pris en charge 1400 situations de renoncements aux soins.

466 accompagnements ont abouti à la réalisation des soins. Pour ces situations, la durée moyenne des accompagnements est de 99 jours.

► **Tableau 68 – Nature des soins en renoncement pris en charge par les 466 accompagnements finalisés**

Nature des soins	Nombre	Pourcentage
Soins dentaires (prothétiques, conservateurs, orthodontie)	357	63,8%
Actes spécialistes	69	12,3%
Consultations généralistes	22	3,9%
Optique	62	11,1%
Auditif	17	3,0%
Autres	33	5,9%
Total	560	100,0%

Source : CNAMTS

Le poste le plus important de renoncement concerne les soins dentaires, 64 %.

Tableau 69 – Résultats obtenus sur les 466 accompagnements finalisés

Actions	Nombre
Adhésions à une complémentaire santé	120
Attributions de CMU-C/ACS	153
Orientations dans le système de soins	145
Interventions financières	263
Total	681

Source : CNAMTS

L'élargissement de cette plateforme multi-partenaire a été prévu dans 21 caisses du réseau de l'Assurance Maladie pour 2016.

C. Le guichet unique, les rendez-vous des droits, la pré instruction des droits à la CMU-C

L'un des leviers de lutte contre le non-recours aux droits est le guichet unique.

Il se définit comme un « lieu réel ou virtuel, permettant de centraliser le dossier, les droits et obligations d'un usager ou d'une structure, dans une optique d'efficacité et d'efficacité du service rendu »¹³⁵.

a) Le rendez-vous des prestations de la MSA

La MSA a initié en mars 2008 la mise en place du guichet unique sous le vocable « rendez-vous des prestations ». Le guichet unique est rendu plus aisé pour le régime social agricole car la MSA connaît l'ensemble de la situation sociale de chaque adhérent. Les agents peuvent ainsi faire le point sur les droits, quel que soit le domaine : santé, famille, retraite, action sociale et prestations de protection sociale complémentaire. L'objectif ce rendez-vous des prestations est de s'assurer que l'assuré bénéficie de l'ensemble des prestations auxquelles il a droit.

En amont du rendez-vous, l'agent de la MSA recueille toutes les informations relatives à la situation de l'assuré, lors de l'entretien il remplit une fiche sur laquelle figurent les droits ouverts et les droits potentiels. À la fin de l'entretien, la fiche est transmise aux différents services de la MSA concernés par les droits potentiels à ouvrir.

Le dispositif a été généralisé progressivement à l'ensemble du territoire national par vagues successives.

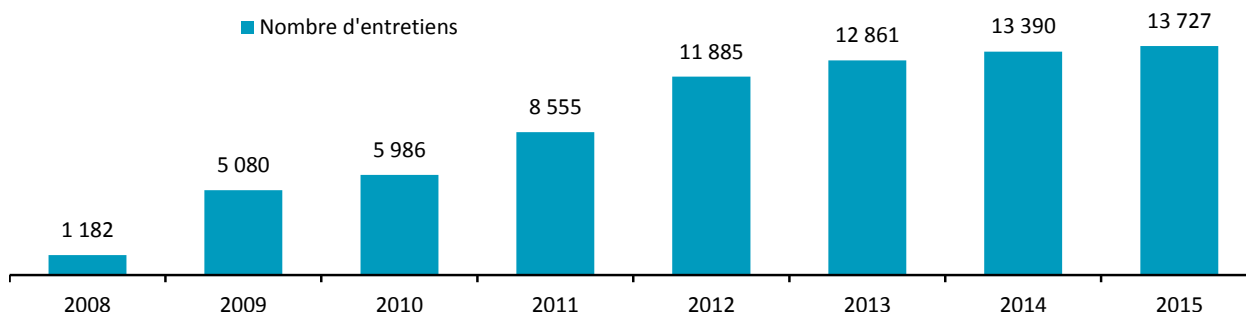
Le bilan 2015 réalisé par la MSA sur le dispositif des « rendez-vous prestations MSA » fait apparaître une prise d'ampleur du dispositif : le nombre d'entretiens réalisés continue de progresser et dépasse, pour la quatrième année consécutive, l'objectif fixé de 12 000 entretiens par an.

Environ 50 % des droits potentiels détectés lors de l'entretien sont réellement ouverts. 52,5 % des droits ouverts concernent la santé (prestations en nature, carte vitale, CMU-C, ACS, etc.).

Le suivi statistique permet de mieux connaître le détail des droits ouverts et le profil des assurés audités : 54 % sont des hommes, âgé de 48 ans en moyenne, actif dans 82 % des cas.

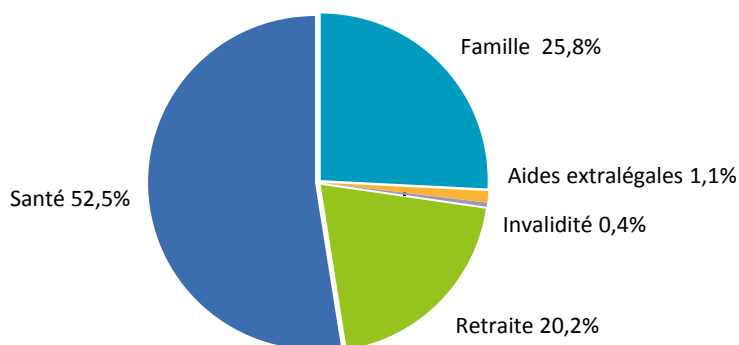
¹³⁵ « Le guichet unique, voie d'avenir pour les organismes de sécurité sociale ? » - EN3S – 53^{ème} promotion – Décembre 2014

Figure 45 – Nombre d'entretiens réalisés dans le cadre des rendez-vous des prestations MSA



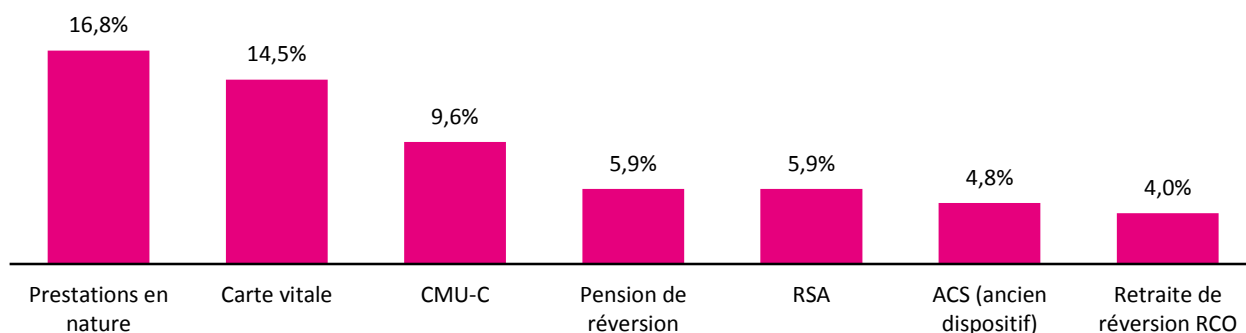
Source : MSA – Bilan 2015

Figure 46 – Répartition des droits ouverts dans le cadre des rendez-vous des prestations MSA



Source : MSA- Bilan 2015

Figure 47 – Droits le plus fréquemment ouverts dans le cadre des rendez-vous des prestations MSA



Source : MSA- Bilan 2015

b) Le rendez-vous des droits de la CAF

Les CAF font partie des organismes chargés d'instruire les demandes de RSA. Lors de l'entretien avec le demandeur, de nombreuses informations sont recueillies sur la situation de l'allocataire via une grille d'entretien « Plan de dialogue » (situation de famille, ressources, logement, santé, etc.). Elles permettent de vérifier si la personne peut prétendre à d'autres prestations CAF. En outre, depuis 2010, la CAF préinstruct à cette occasion la demande de CMU-C qui est transmise à l'assurance maladie ou informe sur les droits à l'ACS.

Depuis 2013, conformément au plan pluri-annuel de lutte contre la pauvreté, la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) a mis en place le « rendez-vous des droits ». Ce dispositif consiste à proposer à l'usager une étude approfondie de ses droits à des prestations CAF mais également à des prestations et droits sociaux relevant d'autres acteurs. Dans la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 de la CNAF, un objectif de 100 000 ren-

dez-vous des droits par an est assigné à la branche famille. Cette démarche pour l'accès aux droits, ancrée dans la politique familiale depuis plusieurs années, propose une approche globale, centrée autour de l'usager, qui dépasse la logique institutionnelle sectorisée.

Lors de ces rendez-vous sont abordés les droits relatifs :

- aux prestations gérées par la branche Famille ;
- au Fsl (fonds solidarité logement) ;
- à la CMU-C et à l'ACS ;
- à l'ASS (allocation de solidarité spécifique) ;
- aux tarifs sociaux de l'énergie.

Ainsi, le rendez-vous des droits peut-être réalisé dans le cadre de l'entretien individuel associé à l'instruction de la demande de RSA ou lors de la survenance d'un événement susceptible d'entraîner une vulnérabilité de l'allocataire (divorce, perte d'emploi, orientation par un partenaire tel que la MDPH, un CCAS).

En 2015, 234 476 rendez-vous des droits ont été réalisés :

- 102 337 dans le cadre de l'instruction d'une demande de RSA ;
- 68 102 dans le cadre des offres de service de travail social (accompagnement aux familles confrontées à des événements venant déstabiliser l'équilibre familial) ;
- 64 037 dans un contexte autre : personnes adressées par un organisme partenaire, dossiers complexes, contacts réitérés, etc.

Au 31 juillet 2016, 167 880 rendez-vous des droits ont d'ores et déjà été effectués.

c) Evaluation des rendez-vous des droits par l'EN3S

Les rendez-vous des droits constituent un levier d'action pour réduire le non-recours aux droits des populations modestes. Dans le cadre des recherches-actions menées par l'EN3S, auxquelles le Fonds CMU-C s'associe chaque année, la 54^{ème} promotion s'est intéressée à ce dispositif et à son effet sur l'accès aux droits, en particulier en matière de santé, en réalisant une enquête de terrain dans près de 20 caisses d'allocations familiales et en menant des entretiens auprès des réseaux famille et maladie. Le questionnaire a été adressé à 42 CAF en juillet 2015, 118 questionnaires ont été retournés (répartis dans au moins 17 caisses).

■ **Un bilan quantitatif satisfaisant mais une incidence sur les ouvertures des droits non documentée**

En termes de bilan, l'objectif quantitatif de 100 000 rendez-vous des droits a été dépassé dès 2014 (164 000 rendez-vous réalisés) ; il a été augmenté à 150 000 en 2015.

En revanche, l'effectivité des droits santé (CMU-C, ACS en particulier) ouverts à la suite de ces rendez-vous n'est pas évaluée, les systèmes d'information des caisses ne permettant pas de faire le lien entre les ouvertures des droits et les rendez-vous.

Seuls quelques éléments ont été documentés par la CNAF, qui concernent l'ouverture de droits famille à la suite des rendez-vous. Sur la base de méthodes d'échantillonnage, la CNAF estime que 40 % des rendez-vous réalisés au cours du mois de septembre 2014 ont donné lieu à l'ouverture d'une prestation CAF.

■ **Une hétérogénéité du déploiement sur le territoire**

Selon l'étude de l'EN3S, la mise en œuvre du rendez-vous des droits, si elle a été un succès d'un point de vue quantitatif, se révèle plus délicate à analyser d'un point de vue qualitatif ; des hétérogénéités ont été constatées concernant tant le déploiement du dispositif (formation des agents, utilisation des outils, mise à disposition des supports, contractualisation entre les CAF et les CPAM) que l'appropriation du dispositif par les CAF.

Des réticences sont apparues lors de sa mise en œuvre, du fait de sa construction rapide, qui a laissé peu de temps aux équipes pour s'approprier le dispositif, et en raison de la difficulté pour les agents chargés des rendez-vous d'intervenir sur des domaines qui ne relèvent pas de leurs missions habituelles (santé, énergie, etc.).

Malgré tout, ces contraintes ont pu être limitées bien souvent par un travail en amont, sous forme de groupes au sein des organismes, pour faciliter l'appropriation du dispositif par les équipes. *In fine*, 73 % des agents considèrent que ce dispositif est efficace pour ouvrir des droits et les trois-quarts estiment que les rendez-vous des droits, y compris dans sa composante santé, relèvent du domaine d'activité de la CAF.

Le déploiement du dispositif a donc été réalisé sur la base d'un travail local, permettant de répondre aux besoins du territoire. Néanmoins, il apparaît que les faits et événements déclenchant un rendez-vous des droits concernent la plupart du temps un public déjà connu de la CAF. Ainsi, au sein de certains organismes, des rendez-vous déjà menés dans le cadre du RSA avant la circulaire ont parfois été comptabilisés en tant que rendez-vous des droits, sans modification de leur contenu.

Ainsi, l'étude de l'EN3S montre qu'en favorisant une définition souple du cadre de fonctionnement, la caisse nationale a permis un déploiement rapide et effectif dès la première année de la COG. Mais cette montée en charge rapide ne permet pas d'en mesurer facilement l'incidence et ne garantit pas toujours une équité d'accès aux droits pour les usagers sur l'ensemble du territoire national. Selon l'organisation retenue, le professionnel intervenant et sa formation, le temps dédié, les droits étudiés ou instruits (pré-instruction CMU-C), le motif du rendez-vous des droits mais également les outils utilisés (Plan de dialogue, @RSA) peuvent varier considérablement d'un organisme à l'autre.

d) La pré-instruction des droits CMU-C

L'article L.861-5 du code de la sécurité sociale attribue aux caisses d'allocations familiales un rôle de pré instructeur des demandes de CMU-C lors de l'entretien de demande de RSA.

Afin de permettre la dématérialisation des échanges entre CAF et caisses d'assurance maladie, le décret n° 2011-2096 du 30 décembre 2011 a enrichi l'outil @RSA, déjà existant au sein des CAF, en y insérant un module dont l'objet est le recueil des données relatives à la demande de CMU-C et leur transmission dématérialisée aux caisses d'assurance maladie pour les demandeurs dont les ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA socle.

La pré-instruction a connu une montée en charge progressive. Elle a reposé, dans un premier temps, sur un circuit papier (original du récépissé contenant les informations nécessaires à l'attribution provisoire de la CMU-C pendant trois mois, établi par la CAF et transmis à la CPAM), maintenu en complément du circuit dématérialisé des échanges.

Pour l'heure, la persistance du dispositif papier, d'abord envisagée comme transitoire, s'explique par l'impossibilité pour certaines CPAM de mettre en œuvre une dématérialisation complète (réception et traitement d'un flux dématérialisé), ou par le refus du demandeur ne souhaitant pas être accompagné pour réaliser sa demande de CMU-C.

Cependant, le premier bilan dressé par la Cour des comptes souligne que les organismes en charge de la pré-instruction des droits CMU-C n'invitent pas systématiquement les demandeurs du RSA à solliciter l'attribution de la CMU-C. En outre, l'utilisation de @RSA a un caractère facultatif, et il est possible de valider une demande de RSA sans que celle de la CMU-C ait été instruite. Les difficultés relatives au choix de l'organisme complémentaire gestionnaire par l'assuré expliquent parfois l'inaboutissement de la pré-instruction de la demande de CMU-C par les CAF. Ces différentes limites se traduisent quantitativement : « *seul 1/5^{ème} des ouvertures de droit au RSA socle qui résultent d'une instruction dans @RSA a débouché sur une attribution de la CMU-C en 2012 (la CNAF n'a pas été en mesure de communiquer de données plus récentes)* ».

Le recours à @RSA et au module santé est inégal, tant dans la branche famille (80 % en 2014, 90 % en 2015), que dans les conseils départementaux (40%).

En 2012, sur 387 000 ouvertures d'un droit au RSA socle seul, ou bien d'un droit au RSA socle et au RSA activité, 246 000 avaient procédé d'une instruction dans @RSA, soit 141 000 personnes qui n'ont pas pu bénéficier de la pré-instruction de la CMU-C.¹³⁶

¹³⁶ Cour des comptes, (2015), "Rapport sur le financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie".

Outre le recours inégal à l'outil, l'instruction du RSA peut être conduite sans compléter le module santé relatif à la pré-instruction CMU-C. Il n'est donc pas possible de déterminer si l'absence de complétude relève de l'appréciation de l'instructeur ou de l'allocataire. Le déploiement de la prime d'activité au 1^{er} janvier 2016 a retardé les évolutions prévues de l'outil @RSA en 2015. L'obligation de renseigner le module santé et la qualification des motifs de refus d'instruction sera effective en 2016¹³⁷. Il s'agit d'identifier précisément les motifs d'abandon (incompréhensions, pas d'intérêt de l'allocataire, refus d'accompagnement, choix de l'organisme complémentaire).

Par ailleurs, en cas de non recours à @RSA, les instructeurs sont censés remettre une notice d'information à l'allocataire précisant les droits santé auxquels il peut prétendre. Ces instructeurs doivent aussi transmettre sans délai les demandes de protection complémentaire aux CPAM¹³⁸. Or, aucun circuit formalisé n'existe entre les instructeurs RSA et les CPAM pour tracer les ouvertures de droit résultant d'un circuit non dématérialisé.

Des travaux seront engagés dans le courant de l'année 2017 en lien avec les travaux de dématérialisation de la demande de RSA. Ces travaux doivent permettre :

- un continuum entre l'instruction du RSA et l'instruction de la CMU-C ;
- une meilleure connaissance des motifs de refus d'instruction des droits à la CMU-C.

e) Les propositions d'actions

Le rapport de la 54^{ème} promotion de l'EN3S publié sur le site du Fonds CMU-C identifie 25 actions dont 5 actions prioritaires et 20 actions complémentaires.

Outre la poursuite du déploiement de l'outil @RSA, l'action prioritaire est la mise en place d'un système d'évaluation et de suivi de la pré instruction des droits à la CMU-C afin de prioriser les besoins de formation et de sensibilisation auprès des CAF dans lesquelles la procédure n'est pas effective.

Proposition 16 – Rendre obligatoire l'usage de @RSA dans la branche famille et l'usage du module santé de @RSA pour la pré instruction des droits à la CMU-C

Proposition 17 – Développer des outils homogènes au sein des CAF afin d'évaluer l'effectivité des droits ouverts à la suite des rendez-vous des droits, en particulier pour la pré instruction des droits à la CMU-C des allocataires du RSA

Proposition 18 – Évaluer l'utilisation de l'outil @RSA et son module santé dédié à la pré instruction de la CMU-C au sein des conseils départementaux.

D. Deux exemples de partenariat entre les services sociaux de l'assurance maladie et Pôle emploi

Le service social de l'assurance maladie détient trois domaines d'intervention :

- l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, fragilisées par la maladie, le handicap ou l'accident ;

¹³⁷ Entretien CNAF, Direction de l'évaluation et de la stratégie, septembre 2015

¹³⁸ Circulaire DSS 2A/2009/181 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active, du 30 juin 2009

- la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés ;
- la prévention de la perte d'autonomie des personnes malades et/ou âgées.

En vue d'accompagner les usagers de Pôle emploi fragilisés par des problèmes de santé et ayant besoin d'un accompagnement pour surmonter leurs difficultés, les organismes de l'assurance maladie (CARSAT et CPAM) des régions Pays de la Loire, Bourgogne et Franche-Comté, ont développé des partenariats avec Pôle Emploi.

a) Le partenariat service social-Pôle emploi en Pays de la Loire

Deux actions sont préconisées dans la convention tripartite liant les CPAM, la CARSAT et Pôle emploi.

L'une vise l'accès aux soins des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), des personnes relevant de l'insertion par l'activité économique et des chômeurs en fin de droit. L'autre vise les demandeurs d'emploi proches de l'âge de la retraite.

Dans les faits, pour les deux actions, l'accompagnement a été ciblé en direction des seniors. Pour l'action « passage à la retraite », Pôle emploi adresse par sms ou par mail *via* son système des invitations aux réunions d'information aux demandeurs âgés de plus de 59 ans détectés dans ses bases. Les autres usagers sont repérés par les conseillers de Pôle emploi.

Les demandeurs d'emploi sont invités à des réunions collectives d'information. Ces réunions sont co-animées par le service social, Pôle emploi et un conseiller retraite. Le but est d'informer sur l'accès aux soins et à la complémentaire santé (CMU-C, ACS). Les usagers peuvent ensuite être accompagnés dans leurs démarches d'accès aux dispositifs.

En 2015, 207 assurés ont bénéficié de ce partenariat.

■ **Atouts et limites de ce partenariat**

- la co-animation service social/agence retraite est positive, elle répond particulièrement aux attentes des bénéficiaires concernant leurs droits à la retraite ;
- l'implication des conseillers de Pôle emploi est satisfaisante ;
- le ciblage automatique fonctionne bien, en revanche il reste plus difficile de repérer les autres publics fragiles ;
- le partenariat avec Pôle emploi est hétérogène en fonction des départements.

b) Le partenariat service social/Pôle emploi en Bourgogne et Franche-Comté

La convention signée entre la CARSAT Bourgogne et Franche-Comté et le Pôle emploi Bourgogne vise plusieurs objectifs :

- favoriser une démarche de prise en compte de la santé et de prévention santé ;
- faciliter l'accès aux droits et aux soins ;
- développer l'accompagnement en direction des demandeurs d'emploi en situation de vulnérabilité ;
- organiser des rencontres entre les cadres du service social de la CARSAT Bourgogne et Franche Comté et les directeurs des sites de Pôle emploi pour une meilleure connaissance des offres de services respectives.

Trois cibles sont identifiées parmi les demandeurs d'emploi :

- les personnes non titulaires d'une complémentaire santé ;
- les 16-25 ans en difficulté suivis par le Pôle emploi ;
- les personnes de 55 ans et plus, futurs retraités du régime général et en situation de fragilité.

Les personnes ciblées sont détectées lors des entretiens avec les conseillers de Pôle emploi, un dépliant d'information sur l'ACS est remis aux personnes identifiées sans complémentaire santé.

L'offre de service est adaptée en fonction du public :

- les 16 -25 ans sont invités à une journée d'information collective et à un parcours prévention santé sur trois jours non consécutifs ;

- les personnes repérées comme ne disposant pas de complémentaire santé font l'objet d'un accompagnement social et d'une aide à la compréhension des contrats de complémentaire santé ;
- les personnes âgées de 55 ans et plus et les futurs retraités bénéficient d'une réunion d'information collective sur le thème du passage à la retraite, un parcours prévention santé est proposé en fonction des besoins.

En 2015, environ 150 assurés ont bénéficié de ce partenariat.

■ Atouts et limites de ce partenariat

Les conseillers de Pôle emploi font preuve d'une forte implication ;

- Le temps d'entretien avec le conseiller de Pôle emploi est limité ;
- Les modalités d'orientation ne sont pas systématiques et dépendent du temps dont dispose le conseiller et de son implication.

Ces partenariats constituent de véritables leviers pour lutter contre le non-recours, ils démontrent l'efficacité des relations interinstitutionnelles et les résultats confortent la recommandation de la Cour des comptes selon laquelle il faut favoriser le recours aux dispositifs « en interrogeant les fichiers des administrations ».

E. Le programme d'actions pour une retraite indépendante (PARI) du RSI

Le RSI développe des actions ciblées permettant d'améliorer l'accès aux soins des assurés les plus fragiles. Le programme d'actions pour une retraite indépendante (PARI) illustre cette démarche.

Il s'agit d'un programme d'accompagnement personnalisé à destination des personnes âgées de 60 à 80 ans affiliées au RSI qu'elles soient actives ou retraitées. Ce programme s'inscrit dans une démarche d'appréciation globale de la situation des assurés permettant, par une méthode de ciblage poussée, de proposer l'accompagnement adapté vers des offres sociales, médicales et administratives. Il apparaît donc aussi comme un levier de réduction du non-recours aux droits à la CMU-C et à l'ACS.

Il permet de :

- repérer au plus tôt les personnes dont les fragilités les exposent à la perte d'autonomie afin de l'anticiper et de prévenir la dépendance ;
- leur proposer en fonction de leur situation un accompagnement adapté et ainsi affecter au mieux les ressources du RSI.

Le programme PARI se structure autour de quatre étapes :

- le croisement de données médicales, sociales et économiques à disposition dans les bases du RSI. Grâce à ce croisement, il est possible d'identifier les personnes confrontées à des situations de fragilité ;
- la pondération de ces données (certaines ayant un indice de fragilité plus fort que d'autres. Par exemple certaines ALD sont à terme plus invalidantes que d'autres) ;
- la détermination de 4 niveaux de fragilité et le classement des individus selon ces 4 niveaux ;
- le ciblage des personnes classées dans le niveau 3, considérées en risque de perte d'autonomie et la proposition de parcours d'accompagnement en réponse à leur situation de fragilité.

Par le croisement de données et leur pondération un risque de perte d'autonomie est calculé.

Par exemple, une personne retraitée vivant seule et atteinte d'une maladie chronique sera identifiée comme étant en situation de fragilité spécifique, tandis que chacun de ces facteurs pris isolément n'expose pas nécessairement à la perte d'autonomie.

Un auto-questionnaire est envoyé aux personnes ciblées afin de :

- recueillir des informations plus précises concernant leur situation ;
- repérer des points de fragilité non repérés par le croisement de données ;
- recueillir des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes.

L'auto-questionnaire est accompagné d'un courrier présentant le programme. La signature de l'auto-questionnaire exprime l'accord de la personne pour participer au programme, c'est-à-dire pour recevoir de la part du RSI une offre d'accompagnement personnalisée.

Une fois collectées, les données issues de l'auto-questionnaire viennent enrichir celles déjà connues dans un outil d'aide à la décision. Un ou plusieurs parcours d'accompagnement sont proposés en fonction des données disponibles.

Les parcours proposés seront validés par une équipe pluridisciplinaire au sein de la caisse RSI. Ils sont composés de différents types d'offres :

- offre administrative : proposition de demande d'ouverture de droit à la CMU-C ou à l'ACS
- offre médicale : consultation chez le médecin traitant et/ou le chirurgien-dentiste permettant de faire le point et de bénéficier de conseils personnalisés
- offre sociale : une offre de service proposée par le secteur d'action sanitaire et sociale (ex : aménagement du domicile, aide financière)
- atelier du bien vieillir : participation à des séances en groupe sur les thématiques telles que la nutrition, l'équilibre, la mémoire...

Ce programme, actuellement en cours d'expérimentation sur une dizaine de caisses de RSI sera déployé dans l'ensemble du réseau en janvier 2017.

4.2.6. Les actions de simplification

Trois personnes sur dix susceptibles d'être éligibles à la CMU-C et six personnes sur dix susceptibles de bénéficier de l'ACS n'en font pas la demande. Malgré les actions de communication réalisées, une frange de la population prend l'option de ne pas demander ces aides.

Les acteurs de la protection sociale, les associations, la Cour des comptes¹³⁹ pointent tous la lourdeur administrative liée à la demande de ces aides comme le facteur principal du non-recours.

En effet, l'attribution de ces aides nécessite de compléter un formulaire de demande et de nombreuses pièces justificatives. En outre, les aides doivent être renouvelées chaque année sous la même forme que la demande initiale.

Le chantier de la simplification a été lancé depuis de nombreuses années, plusieurs mesures visant à la simplification des dispositifs ont été prises depuis la rédaction du dernier rapport d'évaluation : la suppression de la procédure de demande dérogatoire pour les travailleurs non-salariés, la refonte des formulaires de demande CMU-C/ACS en un formulaire unique, le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA (cf. partie 3.1.2).

4.2.6.1. La simplification des démarches administratives : les pistes de réflexion en cours

A. Le renouvellement automatique des dispositifs d'accès aux soins

Les dispositifs sont attribués pour une durée d'un an. Chaque année, le bénéficiaire doit renouveler sa demande.

Cette demande de renouvellement doit intervenir deux mois avant l'échéance des droits et contenir toutes les pièces justificatives comme lors d'une première demande. Cela nécessite de rassembler un nombre important de documents. La lourdeur de cette procédure est à l'origine de ruptures de droits d'une année sur l'autre, voire de non recours. La procédure de renouvellement est incomprise s'agissant des bénéficiaires de certains minima sociaux dont la situation économique évolue peu.

¹³⁹ Rapport relatif au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – mai 2015

S'agissant du RSA, la procédure est d'ores et déjà allégée pour ces allocataires. Ils disposent d'une présomption d'éligibilité à la CMU-C (article L.861-2 du code de la sécurité sociale), et le demandeur du RSA voit sa demande de CMU-C pré instruite lors de l'entretien relatif à l'instruction de la demande de RSA. Au moment du renouvellement, l'allocataire du RSA est dispensé de fournir les justificatifs relatifs à ses ressources.

L'article 40 de la loi n°2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis en place le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA ou de l'une des allocations du minimum vieillesse.

Actuellement, aucun dispositif particulier n'est prévu pour les bénéficiaires de l'AAH, alors même que leur situation évolue peu. En effet, d'après la DREES¹⁴⁰, du fait de leurs difficultés d'insertion, le turn-over annuel des allocataires de l'AAH est particulièrement faible : moins de 13 % en 2014 pour les allocataires ayant un taux d'incapacité reconnu situé entre 50 % et 79 % et 6 % pour ceux ayant un taux d'incapacité reconnu de 80 % ou plus.

Tableau 70 – Renouvellement de la population des allocataires de minima sociaux de moins de 60 ans en 2014

	RSA socle non majoré	RSA socle majoré	AAH de 80% ou plus*	AAH de 50% à 79%*	Allocation de solidarité spécifique
Taux d'entrée	33%	54%	6%	16%	37%
Taux de sortie	27%	52%	5%	10%	31%
Taux de renouvellement	30%	53%	6%	13%	34%

Taux d'entrée : entrées en année N (et présence au 31/12/N) rapportées au 31/12/N

Taux de sortie : sorties en année N (absence au 31/12/N) rapportées au 31/12/N-1

Taux de renouvellement : demi-somme des taux d'entrée et de sortie

*Taux d'incapacité reconnu par les CDAPH

Champ : France entière

Source : DREES, ENIACRAMS (échantillon national inter régimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux)

L'AAH est attribuée pour une période allant de 2 à 5 ans, si le demandeur a un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et connaît une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; ou pour une période allant de 1 à 5 ans, si le demandeur a un taux d'incapacité d'au moins 80 %.

La CDAPH peut décider de prolonger le délai maximal d'attribution si le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.

Au 1^{er} avril 2017, le montant de l'AAH est de 810,89 €.

Elle peut être assortie de compléments :

- la majoration pour vie autonome de 104,77 € versée aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et disposant d'un logement autonome pour lequel ils perçoivent une aide au logement,
- le complément de ressources de 179,31 € versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome.

Lors d'une demande de CMU-C/ACS, un forfait logement est pris en compte dans les ressources des personnes hébergées à titre gratuit, propriétaires ou bénéficiaires d'une aide au logement (64,41 € depuis avril 2017, pour une personne seule).

Après les hausses successives de l'AAH (+0,9% entre septembre 2014 et septembre 2015) et du RSA (qui crée une hausse mécanique du forfait logement), les bénéficiaires de l'AAH et de la majoration pour vie autonome disposaient de ressources très légèrement supérieures au seuil d'éligibilité. Cette difficulté a été levée puisque le 1^{er} avril 2017, les plafonds de ressources de la CMU-C/ACS ont été revalorisés au-delà de l'inflation rendant de nou-

¹⁴⁰ Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2016 - DREES

veau éligibles à l'ACS les bénéficiaires de l'AAH qui perçoivent la majoration pour vie autonome (revalorisation des plafonds de 0,8 %).

Une première mesure de simplification pourrait viser les allocataires de l'AAH seuls et ayant cette allocation pour unique ressource. À l'instar de ce qui a été mis en place pour l'ASPA, la mesure consisterait en un renouvellement automatique de l'ACS. La durée de ce renouvellement automatique pouvant être alignée sur la durée d'attribution de l'AAH notifiée par la MDPH.

D'après une enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux, en 2012, 7,8 % des allocataires de l'AAH bénéficiaient d'une couverture de complémentaire santé avec le bénéfice de l'ACS.

Proposition 19 – Simplifier le formulaire de demande et alléger les pièces justificatives à produire lors de l'instruction et plus encore lors du renouvellement des droits à la CMU-C et à l'ACS.

Proposition 20 – Étudier l'opportunité et la faisabilité d'une procédure d'octroi et de renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'AAH éligibles.

Proposition 21 – Après une première attribution de la CMU-C, permettre une continuité des droits à la CMU-C des allocataires du RSA en mettant en place des échanges automatisés entre les CAF et les caisses d'assurance maladie.

Encadré 16 – Le traitement du renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA par les caisses de MSA

L'article 40 de la loi n°2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis en place le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA ou de l'une des allocations du minimum vieillesse.

Afin de procéder au renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA, les caisses de MSA exécutent un traitement mensuel. Ce traitement liste tous les assurés, bénéficiaires de l'ASPA dont les droits à l'ACS arrivent à échéance, qu'ils aient ou non souscrit un contrat de complémentaire santé.

Si l'assuré a utilisé sa précédente attestation auprès d'un organisme complémentaire, la nouvelle attestation sera éditée à la date anniversaire de l'utilisation de la précédente sur la base de la date enregistrée au moment de la mise en place du flux Noémie entre l'organisme complémentaire et la caisse d'assurance maladie.

Dans l'hypothèse où le bénéficiaire n'aurait pas utilisé sa précédente attestation, la nouvelle attestation est éditée à la date anniversaire de la précédente.

B. La dématérialisation de la demande : la mise en place du télé service de la MSA et les autres initiatives en cours

La simplification des démarches est désormais synonyme de dématérialisation et d'utilisation d'internet. S'appuyer sur le numérique en tant que levier de simplification des dispositifs est l'un des axes d'actions du plan pluriannuel

de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013. Depuis le mois de janvier 2016, la prime d'activité peut être demandée en ligne sur les sites de la CAF et de la MSA.

S'agissant de la CMU-C et de l'ACS, la MSA a mis en place en avril 2015, un télé service sur son site internet permettant à l'internaute de connaître son éligibilité à la CMU-C ou à l'ACS puis de déposer sa demande en ligne. Les informations connues dans le système d'information, relatives à l'état civil, les coordonnées, la composition familiale, l'activité professionnelle, la perception du RSA, sont reprises dans le télé service. L'internaute reçoit un courriel lui confirmant la transmission de sa demande. Il doit transmettre son dernier avis d'imposition et le choix de l'organisme gestionnaire de sa CMU-C, il a la possibilité de finaliser sa demande durant un mois.

Le dossier est étudié par un agent, s'il est incomplet, une demande de pièces justificatives est envoyée *via* le système d'information.

Au cours des cinq premiers mois de l'année 2016, 4 985 demandes ont été effectuées via le télé service de la MSA, 106 ont été abandonnées, 4 879 ont été terminées.

La CNAMTS a prévu la mise en place d'un télé service de demande de la CMU-C pour les allocataires du RSA au cours du premier trimestre 2017 et pour l'ensemble des assurés début 2018.

La CNAF est en cours de développement d'une demande dématérialisée du RSA via son site www.caf.fr, il est prévu que la demande dématérialisée de CMU-C soit intégrée dans ce futur service en ligne.

La dématérialisation de la demande s'inscrit dans une démarche de simplification des démarches administratives. Compte tenu de l'existence des simulateurs de droits et des formulaires remplissables en ligne, elle apparaît comme une étape logique et est régulièrement demandée par les assurés. Toutefois, elle ne doit pas se substituer à l'accueil physique, à l'accompagnement et à l'aide au remplissage des formulaires nécessaires aux personnes rencontrant des difficultés dans la réalisation de leurs démarches administratives.

Piste de travail 8 – À l'image de ce qui est fait par la MSA et prévu par la CNAMTS (télé services), généraliser la mise en place d'outils permettant la demande en ligne de la CMU-C et de l'ACS.

C. L'allègement des démarches administratives par l'utilisation d'un coffre-fort numérique

Dans le cadre de la feuille de route 2015-2017 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le ministère des affaires sociales et de la santé a lancé, à compter de septembre 2016, une expérimentation, de six mois, visant à évaluer l'apport de solutions de type « coffre-fort numérique » permettant de faciliter l'accès aux droits de personnes en situation de précarité. Le coffre-fort devra permettre de stocker et de partager avec des tiers (sous réserve de l'accord de la personne) des pièces justificatives nécessaires aux démarches administratives.

Cette expérimentation est pilotée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en partenariat avec l'union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS). Elle aura pour objectif de mesurer, à partir de situations réelles :

- l'utilité d'un coffre-fort numérique pour l'accès aux droits des personnes concernées ;
- les besoins d'accompagnement des personnes dans l'utilisation de ce type d'outils ;
- les besoins de formation des travailleurs sociaux en vue de l'accompagnement des personnes.

L'expérimentation débouchera sur l'élaboration de recommandations destinées à favoriser le déploiement de solutions de coffres-fort numériques adaptées à la prise en compte des besoins des personnes en situation de précarité.

L'utilisation de ce coffre-fort numérique devrait permettre d'éviter la fourniture de justificatifs auprès des différents organismes, voire auprès du même organisme pour une autre demande, il devrait également permettre de raccourcir les délais d'instruction.

La CNAMTS envisage d'ouvrir la faculté aux assurés de fournir des pièces justificatives via leur compte AMELI (espace personnel sur le site ameli.fr) d'ici la fin de l'année 2017.

Bien que saluant ce type de démarches, les associations rappellent l'importance de développer l'autonomie numérique des personnes en situation de précarité qui sont parfois démunies face à l'utilisation de l'outil informatique.

4.2.7. Les simplifications apportées par la réforme PUMA

La réforme de la protection universelle maladie (PUMA) a été instituée par l'article 59 de la LFSS pour 2016. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, cette réforme s'inscrit dans l'esprit de la loi du 27 juillet 1999 qui visait à permettre l'accès à l'assurance maladie à toute personne résidant en France de manière stable et régulière (ou irrégulière par le biais de l'aide médicale de l'État), dès lors qu'elle ne bénéficiait d'aucune couverture maladie obligatoire.

La protection universelle maladie garantit la prise en charge de ses frais de santé à toute personne qui réside en France de façon stable et régulière, qu'elle y exerce ou non une activité professionnelle.

En simplifiant les conditions de rattachement à l'assurance maladie, cette réforme vise à réduire les démarches administratives des assurés au strict nécessaire, à limiter les cas de mutation entre régimes et à alléger le travail des caisses d'assurance maladie.

4.2.7.1. Une ouverture de droits simplifiée

Avant l'entrée en vigueur de la protection universelle maladie, l'affiliation à l'assurance maladie se faisait selon plusieurs critères :

- l'affiliation sur critères socioprofessionnels : l'assuré devait justifier avoir travaillé un certain nombre d'heures ou cotisé sur la base d'un certain montant de salaire ;
- l'affiliation en raison de la perception de certaines prestations : allocation de l'adulte handicapé, pension de retraite, pension d'invalidité, ASPA, etc. ;
- l'affiliation à l'assurance maladie en qualité d'ayant droit d'un assuré : sous certaines conditions, le conjoint, le concubin, le partenaire de PACS, l'ascendant, le descendant d'un assuré pouvaient être affiliés à l'assurance maladie en tant qu'ayant droit d'un assuré social ;
- l'affiliation au titre d'un maintien de droits : en cas de perte d'activité professionnelle, le maintien de droits permettait de préserver les droits de l'assuré pendant une durée de 12 mois supplémentaires, à l'issue desquels l'assuré devait demander une affiliation à la CMU de base.

Lorsqu'une personne ne pouvait être affiliée à aucun titre, la CMU de base permettait son affiliation au titre de sa résidence stable et régulière en France.

Afin d'être affiliés à l'assurance maladie, les assurés devaient engager des démarches administratives. Avec la protection universelle maladie, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé : les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale et les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

4.2.7.2. La continuité des droits en cas de changement de situation

Cette réforme garantit la continuité des droits. Il n'est donc plus nécessaire pour les assurés de justifier leur situation chaque année, tel qu'avec la CMU de base. Ils sont moins sollicités pour apporter les justificatifs qui étaient auparavant utiles pour faire valoir leurs droits.

Cette réforme permet de rester dans son régime d'assurance maladie (en dehors des régimes spéciaux), y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans les droits sont ainsi évitées.

La stabilité de la résidence et la régularité de séjour en France pourront faire l'objet de contrôles de la part des caisses d'assurance maladie.

4.2.7.3. L'individualisation des droits

La protection universelle maladie prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière. Le rattachement à un assuré ouvrant droit n'est plus nécessaire. Les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit.

La personne assurée à titre autonome reçoit un décompte de remboursement individuel et perçoit ses remboursements sur son propre compte bancaire. Cela constitue un gage de confidentialité et simplifie les démarches en cas de changement de situation personnelle.

4.2.7.4. La cotisation subsidiaire maladie : des cotisations calculées automatiquement grâce aux informations transmises par l'administration fiscale.

Comme précédemment pour la couverture maladie universelle, tout assuré bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé est amené à contribuer au financement de l'assurance maladie en fonction de sa situation et de ses ressources. Sont redevables d'une cotisation, les personnes dont les revenus tirés d'une activité professionnelle sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et dont les revenus du capital sont supérieurs à 25 % de ce même plafond éventuellement majorés des moyens d'existence et éléments de train de vie.

La cotisation subsidiaire maladie est calculée sur les revenus du capital abattus de 25% du plafond de la sécurité sociale. Un mécanisme d'abattement progressif est également appliqué lorsque les revenus d'activité sont compris entre 5 et 10% du PASS. Les éléments nécessaires à la détermination des revenus sont communiqués par l'administration fiscale aux organismes chargés du calcul et du recouvrement des cotisations.

Les étudiants qui ont versé une cotisation forfaitaire lors de l'inscription universitaire, les frontaliers de la Suisse, les personnes qui ont reçu une pension de retraite, une rente, une allocation chômage au cours de l'année considérée et les assurés ayant une activité professionnelle qui leur procure un revenu annuel supérieur ou égal à 10 % du Pass, ne sont pas redevables de cotisation. Il en est de même lorsque ces personnes sont pacsées ou mariées à une personne remplissant ces conditions.

La cotisation subsidiaire maladie est calculée à partir de la déclaration de revenus grâce aux informations transmises par l'administration fiscale.

4.2.8. Les actions en faveur du juste recours : le programme de contrôle des ressources des caisses d'assurance maladie

L'attribution de la CMU-C ou de l'ACS est soumise à une condition de ressources. Les ressources prises en compte sont celles des douze mois précédant la demande. L'ensemble des ressources du foyer, imposables et non imposables est pris en compte, à l'exception du RSA et de celles énoncées à l'article R.861-10 du code de la sécurité sociale (prime d'activité, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, allocation de rentrée scolaire, etc.).

Le demandeur fournit à l'appui de sa demande tous les documents justifiant les ressources perçues. Les déclarations de ressources et les pièces justificatives sont vérifiées par les agents de la caisse d'assurance maladie.

En application des articles L.114-19 et L.114-20 du code de la sécurité sociale, afin de vérifier la sincérité et l'exactitude des déclarations ou l'authenticité des pièces produites, les agents des organismes de sécurité sociale peuvent obtenir des informations et des documents auprès d'un certain nombre d'organismes ou d'entreprises, notamment les établissements bancaires, les fournisseurs d'énergie et les opérateurs de téléphonie, sans qu'il leur soit opposé le secret professionnel, y compris bancaire.

4.2.8.1. Le contrôle de ressources effectué par la CNAMTS par l'exercice du droit de communication

En 2012, la CNAMTS a, pour la première fois, mis en œuvre une évaluation nationale des anomalies à l'attribution de la CMU-C à partir d'un échantillon de 8 669 dossiers reçus par l'ensemble des CPAM au cours d'une (ou deux)

journee(s) à la fin de l'année 2011. Une fréquence moyenne d'anomalie de 2,5 % a alors été observée. Cependant, trois CPAM ont détecté une fréquence supérieure à 10 % à partir de contrôles comportant une utilisation systématique du droit de communication des relevés de comptes bancaires auprès des établissements financiers.

En 2014, la CNAMTS a décidé d'expérimenter l'exercice du droit de communication des relevés de comptes bancaires sur 10 % des demandes de renouvellement de la CMU-C reçues entre le 1^{er} février 2014 et le 31 mai 2014 par quatre caisses de taille et de zone géographiques différentes (Alpes Maritimes, Gard, Rhône et Seine-Saint-Denis), ces demandes étant sélectionnées par la voie d'un tirage aléatoire, soit 2 390 demandes au total. Seules les demandes non liées à l'attribution du RSA socle, soit 997 au total, ont fait l'objet d'une vérification, au motif qu'il appartient aux CAF de s'assurer des ressources qui conditionnent le droit à cette prestation.

Les résultats définitifs de l'expérimentation, tels que communiqués par la CNAMTS, constataient que près d'un quart des dossiers étudiés (24,7 %) de titulaires de la CMU-C non titulaires par ailleurs du RSA socle, comportaient des ressources supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C du fait d'une déclaration incomplète des ressources ou, plus rarement, de la composition du foyer (concubinage). Plus du dixième (13,1 %) comportaient des ressources excédant le plafond de l'ACS. À titre principal, les ressources non déclarées porteraient sur des sommes versées par des membres de la famille ou par des proches.¹⁴¹

Toutefois, les ressources non déclarées identifiées par les contrôles portaient majoritairement sur des sommes versées par des membres de la famille ou par des proches. Par ailleurs, en raison de l'absence de représentativité statistique des quatre caisses retenues et de l'échantillon de dossiers contrôlés au niveau national, la CNAMTS a estimé qu'aucune conclusion nationale ne pouvait être tirée de cette expérimentation.

En 2015, la CNAMTS a progressivement généralisé le contrôle dans le cadre du droit de communication bancaire, en engageant un dispositif national de contrôle à l'obtention ou au renouvellement des droits à la CMU-C.

Une méthodologie et un outil spécifique de gestion des dossiers ont été développés par la CNAMTS, et diffusés à l'ensemble des caisses primaires par le biais d'une série de formations dédiées. Celles-ci ont été déployées par paliers sur l'ensemble du réseau au cours de l'année 2015, en trois vagues successives, de janvier à octobre 2015. La montée en charge du contrôle national prévoyait une volumétrie progressive des dossiers à vérifier chaque mois, passant de 1 % en avril à 8 % en octobre.

À la fin de l'année 2015, l'ensemble des caisses primaires avait été formé et était en mesure de contrôler 10 % des dossiers CMU-C, soit environ 10 000 dossiers par mois. Le contrôle d'un dossier prend environ six mois entre la demande de communication des comptes bancaires, la réception des éléments et le contrôle.

En 2016, la progression de ce programme se poursuit selon la même méthodologie et sur la même proportion de contrôle.¹⁴²

Proposition 22 – Évaluer le préjudice financier induit par les anomalies et les fraudes constatées par les régimes d'assurance maladie.

Proposition 23 – Associer le Fonds CMU-C aux actions de suivi relatives à la fraude à la CMU-C et à l'ACS.

Piste de travail 9 – Établir un bilan annuel pour chacun des motifs de fraudes : résidence, identité, ressources.

¹⁴¹ Éléments issus du rapport de la Cour des comptes sur le Fonds CMU – mai 2015

¹⁴² Éléments issus du rapport d'activité 2015 de la CNAMTS

4.2.8.2. Le contrôle de ressources effectué par la MSA

La MSA a mis en place 157 actions de contrôle interne destinées à sécuriser les activités gérées par les caisses de MSA. Ces contrôles visent à s'assurer de l'exactitude et la cohérence des informations contenues dans la demande de CMU-C au regard des justificatifs fournis et des informations contenues dans les bases des caisses.

En 2015, ces contrôles ont été au nombre de 2 785, 25 % d'anomalies ont été constatées dont 2,3 % présentant une incidence financière, pour un montant total de 45 264 €.

► **Tableau 71 – Bilan des contrôles effectués en 2015 sur les droits à la CMU-C**

Nombre contrôlé	Nombre d'anomalies	% d'anomalies	% d'anomalies avec incidence financière	Montant de l'incidence financière	Montant moyen de l'incidence
2 785	702	25,21%	2,30%	45 263,99 €	707,25 €

Source : MSA

En 2014¹⁴³, 324 contrôles de vérification des conditions de ressources lors d'un renouvellement de la CMU-C ont été effectués. Le taux d'anomalies s'est établi à 11,4 % (5,3 % de moins qu'en 2013), à titre de comparaison, le taux d'anomalies global dans le domaine de la santé / AT-MP est de 20,3 %.

4.3. LES REFUS DE SOINS : DES PRATIQUES QUI DEMEURENT DIFFICILEMENT QUANTIFIABLES

Afin de faciliter l'accès aux soins, plusieurs droits sont attachés au bénéfice de la CMU-C : les bénéficiaires sont dispensés de faire l'avance des frais et les médecins généralistes ou spécialistes, quel que soit leur secteur de conventionnement, ainsi que les dentistes ne peuvent appliquer de dépassements d'honoraires¹⁴⁴.

L'ACS revêt désormais les mêmes droits s'agissant du tiers payant intégral et de l'opposabilité des tarifs pour les consultations de médecins.

Le tiers payant intégral pour les bénéficiaires ayant souscrit un contrat sélectionné a été institué par la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2013 et l'opposabilité des tarifs a été introduite par l'avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 et réaffirmé dans la nouvelle convention médicale du 25 août 2016 (article 85). Malgré ces droits attachés au bénéfice de ces prestations, plusieurs bénéficiaires ont témoigné rencontrer des difficultés à faire valoir leurs droits auprès des professionnels de santé.

■ L'absence de définition juridique du refus de soins

Le terme « refus de soins » désigne le comportement par lequel le professionnel de santé refuse d'offrir au bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles proposées à tout autre assuré et dans le respect des principes de dispense d'avance de frais et d'opposabilité des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

Ces situations de refus de soins ont été dénoncées par le milieu associatif dès la mise en place de la loi CMU et confirmées par plusieurs rapports et testings.

En 2008, après concertation avec le Conseil national de l'Ordre des médecins, le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et différents partenaires, dont les représentants de la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité), la CNAMTS a publié une circulaire (n°CIR-33/2008 du 30 juin 2008) qui définit des modalités de prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU-C, et également par les professionnels de santé. L'objectif de cette circulaire est d'identifier et d'éradiquer les facteurs

¹⁴³ Au moment de la rédaction du rapport, les données 2015 ne sont pas encore agrégées.

¹⁴⁴ Sauf exigences particulières du patient : demande de soins non pris en charge par l'assurance maladie, demande de rendez-vous en dehors des horaires habituels du cabinet, demande de visite à domicile non justifiée...

potentiellement générateurs de refus de soins et de favoriser la compréhension réciproque et le respect des droits et des devoirs de chacune des parties.

En outre, elle propose une définition des refus de soins. Le refus de soins est défini comme un refus de rendez-vous en raison de la protection sociale dont bénéficie le patient (CMU-C, ACS, AME), le refus de tiers payant, la facturation de dépassements d'honoraires non autorisés mais également comme :

- la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ;
- l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;
- le refus d'élaborer un devis ;
- l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé (la dispense volontaire de soins de mauvaise qualité, l'acceptation du patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle).

En 2009, face à la persistance des refus de soins, le législateur entend renforcer le cadre juridique de la lutte contre les refus de soins. L'article 54 de la loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (loi HPST) est venu compléter l'article L.1110-3 du code de la santé publique en explicitant les cas de discriminations. Le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME est reconnu comme un critère discriminant. Ainsi, refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME est une discrimination au même titre que de refuser de soigner une personne en raison de son état de santé, son handicap ou son origine ethnique.

Dans le cadre des travaux menés par les commissions d'évaluation des refus de soins (cf. ci-après), la typologie des refus de soins pourra être précisée dans le code de déontologie des professions concernées.

■ Les modalités de signalement des refus de soins

L'article 54 de la loi HPST donne la faculté de saisine du directeur de la caisse d'assurance maladie ou du président du conseil départemental de l'ordre professionnel territorialement compétent, à toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime. Peuvent également être à l'origine de la saisine les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité et les caisses d'assurance maladie. Les décrets d'application de cette loi n'ont cependant jamais été publiés si bien que les commissions ne se sont jamais réunies. Concrètement, les conciliateurs des caisses d'assurance maladie et/ou les ordres départementaux règlent les litiges directement.

Les refus de soins discriminatoires sont par ailleurs passibles de sanctions déontologiques, sur le fondement des dispositions de l'article L.1110-3 du code de la santé publique, et de sanctions conventionnelles, selon la procédure décrite à l'annexe 24 de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, en cas de non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS.

■ Les dernières avancées : la mise en place de commissions d'évaluation des refus de soins et la précarité instituée comme caractère de discrimination

L'article 85 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a confié aux ordres professionnels, en lien avec des associations de patients agréées, la mission d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins et de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'ils jugent appropriés.

Trois commissions placées respectivement auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, composées chacune de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé, Fonds CMU-C, CNAMTS), évalueront les pratiques de refus de soins et remettront un rapport annuel au ministre chargé de la santé, qui sera rendu public.

La loi n° 2016-832 du 24 juin 2016 visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale institue un 21^{ème} critère de discrimination à l'article 225-1 du code pénal : « la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, apparente ou connue ».

4.3.1. Les derniers bilans des refus de soins

4.3.1.1. Les refus de soins signalés aux caisses du régime général en 2014

La mission de conciliation de la CNAMTS a dressé le bilan des refus de soins signalés auprès des CPAM en 2014.

Ce bilan porte sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, mais intègre également les signalements émanant des bénéficiaires de l'ACS. En effet, pour l'année considérée, au-delà du tiers payant social, ces derniers bénéficiaient de l'opposabilité des tarifs, en application de l'article 1^{er} de l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012, d'où l'importance de les intégrer dans ce suivi.

Plusieurs éléments sont à retenir :

- La CMU-C est le dispositif faisant l'objet du plus grand nombre de signalements avec 305 signalements (69,2 %), contre 136 pour l'ACS (30,8 %). Au total, 441 signalements sont comptabilisés sur les deux dispositifs en 2014 ;
- Proportionnellement aux effectifs de chacun des dispositifs, les bénéficiaires de l'ACS apparaissent comme étant ceux les plus enclins à signaler les situations de refus de soins ;
- Le refus de tiers payant et le comportement discriminatoire envers les bénéficiaires représentent les motifs de signalement les plus fréquents, tous dispositifs confondus : 68,5 % du nombre total de signalements. Le non-respect des tarifs opposables est le motif qui intervient juste après, avec 21,5 % du nombre total des signalements ;
- Le refus de tiers payant représente plus de 40 % du nombre total des refus de soins signalés par les bénéficiaires de la CMU-C, mais également par les bénéficiaires de l'ACS ;
- En 2014, les médecins spécialistes (229 cas) et les dentistes (120 cas) ont été les professionnels le plus fréquemment mis en cause lors des signalements de refus de soins.

La mise en place du tiers payant intégral en faveur des bénéficiaires de l'ACS, à compter du 1^{er} juillet 2015, doit conduire à maintenir une vigilance particulière sur les refus de soins opposés à cette population.

En comparaison avec les années 2011 et 2012 (dernières données disponibles), le nombre de signalements de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C a diminué de plus de moitié. Cela peut laisser supposer, que les bénéficiaires sont de moins en moins enclins à signaler ces situations. Ce constat est également confirmé au niveau du Fonds CMU-C qui n'est désormais destinataire de signalements que de manière exceptionnelle.

Tableau 72 – Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C		Bénéficiaires de l'ACS		Bénéficiaires de l'AME		Total	% du motif
	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rdv	8	2,6%	1	0,7%	0	0,0%	9	2,1%
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Refus d'élaborer un devis	16	5,2%	19	14,0%	1	5,0%	35	7,9%
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	71	23,3%	24	17,6%	5	25,0%	95	21,5%
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	87	28,6%	36	26,5%	8	40,0%	123	27,9%
Refus de tiers-payant	123	40,3%	56	41,2%	6	30,0%	179	40,6%
TOTAL	305	100,0%	136	100,0%	20		441	100,0%
% du dispositif	69,2%		30,8%		4,3%		100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

Tableau 73 – Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM : détail par catégorie de professionnels de santé

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C				Bénéficiaires de l'ACS			
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Autre	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Autre
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rdv	25,0%	12,5%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
	2	1	5	0	0	0	1	0
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison médicale énoncée	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0	0	0	0	0	0	0	0
Refus d'élaborer un devis	0,0%	31,3%	56,3%	12,5%	5,3%	73,7%	10,5%	10,5%
	0	5	9	2	1	14	2	2
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	5,6%	52,1%	29,6%	12,7%	16,7%	79,2%	4,2%	0,0%
	4	37	21	9	4	19	1	0
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	13,8%	36,8%	41,4%	8,0%	13,9%	58,3%	27,8%	0,0%
	12	32	36	7	5	21	10	0
Refus de tiers-payant	8,9%	52,8%	21,1%	17,1%	17,9%	62,5%	16,1%	3,6%
	11	65	26	21	10	35	9	2
TOTAL	29	140	97	39	20	89	23	4

Source : CNAMTS

Tableau 74 – Bilan des refus de soins signalés en 2011 et 2012 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	2011		2012	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Refus de tiers-payant	258	22,4%	350	32,0%
Refus de prise en charge CMU-C	333	28,9%	173	15,9%
Dépassement d'honoraires	316	27,4%	326	29,9%
Refus de soins non motivé	188	16,3%	192	17,6%
Rdv abusivement tardif	10	0,8%	22	2,0%
Refus de carte vitale	17	1,5%	12	1,1%
Refus de devis	31	2,7%	17	1,5%
TOTAL	1 153	100,0%	1 092	100,0%

Source : CNAMTS

4.3.1.2. Le bilan des plaintes des bénéficiaires de la CMU-C enregistrées par le Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2013 à décembre 2015

Dix plaintes ont été enregistrées entre décembre 2013 et décembre 2015.

Parmi ces plaintes :

- une concerne un dépassement d'honoraires de 500 € exigé par un ORL à deux patientes mineures, sans établissement de devis et a donné lieu à un mois d'interdiction d'exercer ;
- une concerne un médecin généraliste ayant pratiqué un dépassement d'honoraire de 40 € et a donné lieu à un blâme ;
- huit plaintes ont été rejetées au motif que les pièces du dossier ne permettaient pas d'établir le refus de soins ;
- une plainte n'a pas abouti car le plaignant s'est désisté.

Lorsqu'ils sont questionnés sur ces pratiques, les professionnels de santé évoquent différentes raisons afin de justifier les refus de soins.

En mars 2014, à la demande du Premier ministre, le Défenseur des droits a rendu public un rapport relatif aux « refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ». Dans ce rapport, sont reprises les principales raisons évoquées par les professionnels de santé pour justifier leurs refus de soins :

- les contraintes administratives : délais des remboursements par les caisses d'assurance maladie (en particulier en l'absence d'appareil de télétransmission), rejets de remboursements ;
- les logiques économiques : pertes financières pour les professionnels de santé de secteur 2, ainsi que pour les chirurgiens-dentistes s'agissant des prothèses dentaires ;
- les motifs liés à la condition sociale de la personne et aux stéréotypes qui s'y attachent : patients moins rigoureux, rendez-vous non honorés, demande de soins abusive.

4.3.2. « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination », une analyse des discours des médecins et des dentistes¹⁴⁵

Afin de mieux appréhender les raisons des refus de soins, à l'automne 2014, le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits ont lancé un appel à projet de recherche visant à recueillir le point de vue des professionnels de santé concernant la prise en charge de patients vivant dans des conditions de vie précaires, notamment ceux qui sont au-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire éligibles à la CMU-C ou à l'ACS.

¹⁴⁵ Étude réalisée à la demande du Fonds CMU et du Défenseur des droits - Caroline Desprès sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail – LEPS « Educations et pratiques en santé », Université Paris 13

Au-delà de leur point de vue sur les différentes questions posées par la précarité économique et sociale des patients, l'enquête a eu pour objectif d'obtenir des professionnels de santé un état de leurs pratiques à l'égard des patients précaires et les logiques de ces conduites, qui ne sont pas nécessairement formulées et conscientes.

Cette étude permet de mieux comprendre les logiques psychosociales du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C (et d'éventuelles autres catégories de patients s'il y a lieu).

L'approche de cette recherche est socio-anthropologique, elle tend à déterminer dans quelle mesure les personnes en situation de précarité font l'objet d'un traitement différencié et dans quelle mesure cela relève d'une discrimination.

Cette recherche est portée par l'Université Paris 13 et le laboratoire LEPS « Educations et pratiques en santé ». Elle a été réalisée par Caroline Desprès, docteur en médecine, en anthropologie et ethnologie, qui a mené de nombreuses recherches relatives à la pratique des refus de soins et à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elle a notamment étudié la pratique des refus de soins au travers de trois études par testing en 2006, 2009 et 2012.¹⁴⁶

4.3.2.1. Présentation de l'étude

■ La méthodologie

Cette nouvelle recherche s'appuie sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de praticiens (10 dentistes, 18 médecins généralistes, 20 médecins spécialistes). Le corpus est varié en termes d'âge, genre, environnement, secteur d'activité, régions, origine sociale, appartenance culturelle. La sélection des professionnels de santé s'est déroulée selon une méthode « boule de neige » : en mobilisant un réseau de professionnels de santé, chacun d'entre eux proposant un ou plusieurs noms de confrères.

Une dizaine d'entretiens issus de recherches antérieures, réalisés entre 2009 et 2011, ont également été mobilisés (trois des praticiens ont été revus afin de savoir si leurs pratiques avaient changé, deux d'entre eux, des dentistes, pratiquaient des refus de soins).

La recherche a été centrée sur la médecine de ville et quelques médecins du secteur public.

Cette approche qualitative présente des limites inhérentes à ce type de recherche. La recherche ne permet pas de mesurer la fréquence des refus de soins, compte tenu du nombre restreint des praticiens interrogés. La seconde limite est celle liée à toute étude portant sur la discrimination, qui est difficile à appréhender lors des recherches.

■ Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés entre mars 2016 et juin 2016.

Ces entretiens ont été longs, généralement d'une durée allant d'une à deux heures, parfois il y a eu deux entretiens.

Les praticiens ont été invités à décrire les différentes étapes de la consultation et de la prise en charge d'un patient : accueil, diagnostic, traitement et prescription plus globalement, information, éventuellement prévention et éducation, ou acte technique, orientation.

Les entretiens ont tous été réalisés et analysés par l'anthropologue.

La chercheuse a été confrontée à des difficultés d'accès aux professionnels de santé susceptibles de pratiquer des refus de soins. Cela conduit à un biais du fait de sélection des professionnels interrogés.

¹⁴⁶ *Les refus de soins en milieu rural – 2012 / Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris – 2009 / Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne – 2006*

4.3.2.2. Les raisons des comportements discriminatoires

■ Les représentations de la précarité (et des bénéficiaires de la CMU-C) : une certaine méconnaissance de la situation de précarité par les professionnels

Le rapport met en lumière la façon dont les stéréotypes et les préjugés qui entouraient les situations de précarité sont désormais dirigés vers les bénéficiaires de la CMU-C désormais stigmatisés eux-mêmes par le bénéfice d'une protection qui révèle précisément une situation de précarité.

Les représentations qui ressortent des entretiens sont celles déjà évoquées lors des précédentes études : patients moins rigoureux, rendez-vous non honorés, demande de soins abusive, fraude.

Ces représentations sont facilitées par une méconnaissance des dispositifs qui renforce les incompréhensions et les idées reçues. Par exemple, selon Caroline Desprès, les professionnels de santé ne connaissent pas les plafonds d'attribution des dispositifs d'aide, si bien qu'ils se représentent la CMU-C comme étant un dispositif dédié à l'extrême précarité (par exemple pour les personnes sans domicile fixe). Dès lors les suspicions de fraude reposent sur des impressions et des éléments subjectifs ; la légitimité de l'attribution du droit est remise en cause lorsque la pauvreté n'est pas « visible ».

Ce discours dominant cohabite avec d'autres représentations de la précarité et des bénéficiaires de la CMU-C qui étaient moins connus jusqu'à présent : les professionnels de santé sont de mieux en mieux informés sur les problématiques liées à la situation de précarité de ces patients : renoncements aux soins, retards dans la réalisation des soins, difficultés des conditions de vie en lien avec des « pertes de repères » et une priorisation des besoins (la santé apparaissant comme non prioritaire).

D'après les entretiens menés, deux tendances ressortent donc, certains professionnels font preuve d'une moindre tolérance vis-à-vis de ces patients estimant que la difficulté liée à la prise en charge d'un patient précaire n'est pas compensée (tiers payant obligatoire, opposabilité des tarifs), d'autres au contraire, sont plus tolérants, compte tenu des situations complexes dans lesquelles se trouvent ces patients.

■ La cristallisation d'une opposition entre profession médicale et assurance maladie / pouvoirs publics

Dans certains discours, les bénéficiaires de la CMU-C apparaissent comme le bouc émissaire des tensions existant entre la profession et les pouvoirs publics.

Les praticiens « revendiquent » avoir choisi une profession libérale, mais celle-ci se heurte à l'encadrement par l'Etat. Des professionnels de santé déclarent devoir faire face à des injonctions contradictoires : nécessité de réduction des coûts et de l'activité d'une part ; sollicitations des patients d'autre part.

Certains évoquent une inadéquation du parcours de soins requis par l'assurance maladie avec la patientèle en situation de précarité. L'exemple régulièrement avancé est celui de la prise en charge de l'urgence dentaire. Faute d'une cotation spécifique pour les consultations d'urgence, visant à soulager la douleur dans un premier temps, le praticien tarifie une consultation « plan de soins ». Mais cette dernière n'est pas toujours suivie d'un traitement, si la personne ne revient pas par la suite. Or les patients bénéficiaires de la CMU-C auraient plus tendance que les autres à interrompre le traitement. Pour éviter des poursuites administratives, liées à une consultation « plan de soins » non suivie d'un traitement, les praticiens ont trouvé parfois plus simple de pratiquer un acte gratuit.

Pour certains praticiens, le refus de tiers payant marque le refus d'un lien de dépendance avec l'assurance maladie.

■ La lourdeur administrative

Elle apparaît comme étant le pendant de l'opposition entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Les difficultés de recouvrement des consultations sont évoquées comme étant des démarches chronophages et coûteuses pour les professionnels de santé. Selon Caroline Desprès, cette question administrative autour de la notion de tiers payant aurait une signification plus large car elle constituerait un lien symbolique entre praticien et caisses d'assurance maladie.

■ Des logiques économiques différenciées en fonction des professionnels

Les facteurs économiques sont les principaux facteurs énoncés lorsqu'on évoque les raisons des refus de soins.

Le refus de la patientèle bénéficiaire de la CMU-C se retrouve peu chez les médecins généralistes de secteur 1 pour lesquels recevoir ces patients est sans impact financier. En revanche, ils sont plus fréquents chez les médecins exerçant en secteur 2 ou chez les dentistes pour les soins de prothèses dentaires. Pour ces praticiens, qui sont soumis au respect des tarifs opposables le « manque à gagner » est palpable. Les médecins interrogés invoquent la mise en danger de l'équilibre financier de leur cabinet. Les dentistes évoquent quasiment tous qu'ils travaillent à perte lorsqu'ils réalisent des prothèses dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C et au mieux qu'ils ne font aucun bénéfice¹⁴⁷. Or, le niveau des honoraires des chirurgiens-dentistes dépend essentiellement des prothèses dentaires (2/3 de leurs revenus). Ils dénoncent la sous-estimation des tarifs des soins de base. Ainsi un trop grand nombre de « prothèses CMU-C » au tarif plafonné pourrait générer des difficultés de rentabilité. Cette situation expliquerait un refus de soins plus fréquent pour les soins prothétiques que pour les soins conservateurs.

Les facteurs financiers n'ont pas le même poids selon que le praticien sera amené à revoir souvent un patient et non occasionnellement comme dans certaines spécialités (par exemple, un suivi psychiatrique régulier). Alors qu'une consultation unique est plus facilement acceptée, négociée avec le praticien spécialiste. L'impact sur les revenus n'est pas le même pour tous, non plus selon le nombre de bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle.

■ La crainte de certains praticiens

Le rapport souligne le paradoxe qui ressort des entretiens concernant la localisation des médecins refusant les bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les quartiers dans lesquels les refus de soins sont les plus fréquents sont justement ceux dans lesquels la population bénéficiaire de la CMU-C est la moins importante, ce qui paraît contradictoire. C'est alors la peur qui explique des refus plus qu'un risque d'effet réel sur la rentabilité, en s'appuyant sur des croyances qu'en acceptant un patient, le cabinet serait susceptible d'attirer plus de patients précaires (en tiers payant et tarif opposable). Chez d'autres, cela viendrait de la pression des autres patients du cabinet dans des quartiers très favorisés (crainte de la mixité).

4.3.2.3. Les modes de différenciation

■ Les difficultés liées aux représentations de ce qu'est un refus de soins : l'absence d'une définition partagée

Pour une partie des praticiens, le refus de soins est le refus *stricto sensu* de recevoir un patient dans le cadre d'une urgence. Ainsi, le refus de recevoir hors cas d'urgence, le refus d'appliquer le tiers payant et l'opposabilité des tarifs ne sont pas perçus comme des refus de soins répréhensibles par la loi.

■ Les modes d'éviction des patients en situation de précarité

Plusieurs formes de discrimination ont été relevées lors de l'étude.

Certaines pratiques de sélection des patients sont conscientes, assumées, d'autres sont indirectes :

- éviction de la consultation : refus direct de recevoir, délais de rendez-vous allongés, temps de consultation réduits, conditions d'accueil différentes ;
- discrimination indirecte par les modes d'organisation du cabinet (modalités de prise de rendez-vous, modes de paiement, tarifs pratiqués)

■ La différenciation lors de la prise en charge

Les analyses des entretiens évoquent les mécanismes de différenciation appliqués par les professionnels de santé.

Certains professionnels ne recueillent aucun élément sur la situation économique du patient. Si cela les « préserve » d'une discrimination directe, cela n'agit pas en direction d'une réduction des inégalités de santé car les

¹⁴⁷ Sur ce point, il semble que la situation est cependant différente en fonction des actes du panier de soins prothétiques CMU-C concernés (cf. partie 3.3.2)

éléments susceptibles de faire obstacle à une bonne réalisation des soins ne sont pas pris en compte : coût du traitement, bonne compréhension etc.

Au contraire, il apparaît que, chez d'autres professionnels, les prises en charge peuvent être différentes en fonction du statut social du patient :

- ajustement des tarifs ;
- accompagnement dans le parcours de soins ;
- adaptation du discours ;
- adaptation de la prise en charge.

S'agissant de l'adaptation de la prise en charge, Caroline Desprès soulève les conséquences qui peuvent en résulter, notamment un abaissement des normes de prises en charge.

Selon Caroline Desprès, ce comportement a plusieurs causes :

- le professionnel de santé anticipe un refus du patient, en lien avec les représentations de la santé et de la maladie ;
- certains soins ne sont pas proposés, considérés comme inadaptés (ressources intellectuelles, linguistiques, par exemple mais aussi conditions de vie) ;
- l'inadaptation du cadre de la consultation (demande en urgence ou dans l'immédiateté) ;
- la peur de stigmatiser le patient qui amène à éviter d'aborder certains sujets (problème d'obésité par exemple).

Cette étude est novatrice en ce sens qu'elle s'appuie sur de longs entretiens avec les professionnels et permet une approche sociologique des pratiques discriminatoires qui restent difficilement appréhendables. Elle permet de mieux comprendre le mécanisme de catégorisation des patients. Elle donnera lieu à des développements ultérieurs en sciences de l'éducation, notamment sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les discriminations.

L'étude confirme les constats précédents selon lesquels la pratique du refus de soins est « facilitée » du fait d'un contour incertain de sa définition. Elle confirme également la nécessité de poursuivre l'information et la sensibilisation des professionnels de santé.

Proposition 24 – Dans le cadre de la commission sur le refus de soins, définir précisément le refus de soins dans toutes ses formes (refus de dispense d'avance des frais, dépassements d'honoraires non autorisés, rendez-vous tardifs, etc.). Etudier la faisabilité de renforcer les outils juridiques de lutte contre le refus de soins

Piste de travail 10 – Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux sujets d'inégalités sociales de santé et de précarité tout au long du cursus de formation.

Piste de travail 11 – Dans le cadre de la mise en place de la commission prévue par le décret n°2016-1009 en application de la loi de modernisation de notre système de santé, actualiser le taux des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS par la réalisation de nouvelles études.

5. Dans un contexte budgétaire contraint, les perspectives de long terme du financement des aides sont incertaines

5.1. LA PROGRESSION DE LA TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE RALENTIT

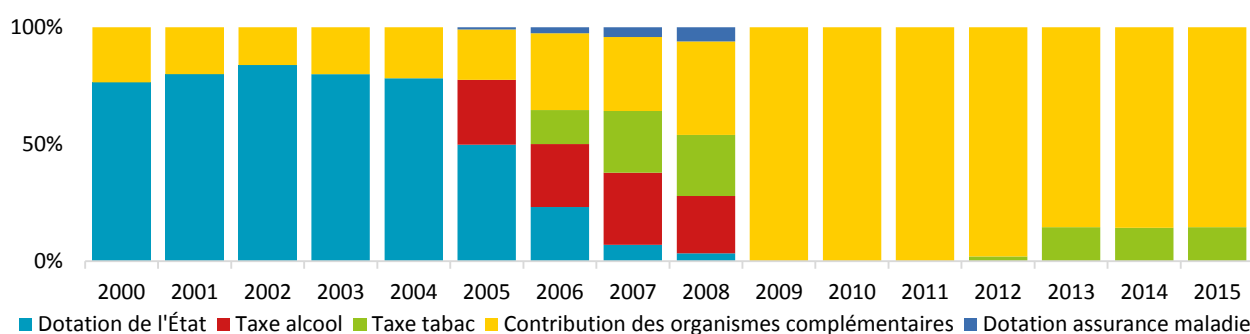
5.1.1. La taxe de solidarité additionnelle représente 85% des recettes du Fonds CMU-C en 2015

En 2015, les recettes du Fonds CMU-C dédiées au financement de la CMU-C et de l'ACS proviennent pour 85 % du rendement de la taxe de solidarité additionnelle (2,1 milliards d'euros), le reste correspondant à une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur les droits de consommation des tabacs (360 millions d'euros).

Alors que le financement du Fonds CMU-C reposait initialement aux trois-quarts sur une dotation de l'Etat complétée par la contribution des OC sur les primes des contrats de complémentaire santé, cette dernière est devenue, à compter de 2009, la principale ressource du fonds. Entre 2009 et 2012, la contribution versée par les OC, devenue en 2011 la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), constituait même l'unique recette, la dotation budgétaire étant nulle ces années-là. En 2013, le principe d'équilibrage des comptes du fonds CMU-C par l'Etat au moyen d'une dotation budgétaire est abandonné. Cette même année, une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur les droits tabacs est attribuée au Fonds CMU-C afin de compenser l'incidence sur les dépenses de la modification des modalités de remboursement des dépenses aux organismes gestionnaires de la CMU-C par le fonds (*cf. infra*).

Ainsi, les ressources du Fonds CMU-C étant fortement tributaires de l'évolution du produit de la TSA, le suivi et la compréhension de la dynamique de l'assiette de la TSA constitue un enjeu majeur, qui s'est renforcé au cours des années.

Figure 48 – Évolution de la structure des recettes du Fonds CMU-C depuis sa création



5.1.2. Un ralentissement de la progression de l'assiette semble se dessiner à partir de 2015

5.1.2.1. Une évolution dynamique sur le long terme

Sur le long terme, l'assiette de la TSA évolue de façon dynamique. Toutefois, depuis 2009, son évolution décélère, avec un rythme annuel de progression situé autour de 3,5 %.

Encadré 17 – Des évolutions annuelles brutes de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle à interpréter avec précaution

L'évolution des données brutes d'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires doit être interprétée avec prudence. Il est préférable de raisonner sur des tendances sur plusieurs années plutôt que de se focaliser sur les évolutions trimestrielles ou annuelles brutes de la TSA, souvent influencées par des changements qui ne traduisent pas des tendances de fond : modifications de méthode de comptabilisation des primes des contrats de complémentaire santé, décalages de l'émission des primes, etc.

Les évolutions trimestrielles et annuelles peuvent toutefois être interprétées une fois corrigées de ces changements. Un des objectifs assigné au contrôle du Fonds CMU-C sur les évolutions de l'assiette est précisément d'identifier ces situations afin d'en neutraliser les effets. On parle alors de chiffres bruts (avant corrections) ou de chiffres corrigés (après redressement).

À titre d'illustration, une institution de prévoyance de taille importante a déclaré une assiette de 156 millions au quatrième trimestre 2012 alors que ce montant aurait dû être déclaré sur 2013 si un changement de méthode de comptabilisation n'était pas intervenu. La neutralisation de cette situation lisse les évolutions sur les deux années concernées : l'évolution en 2013 passe de + 2,4 % à + 3,4 % et celle de 2012 de + 5,1 % à + 4,6 %.

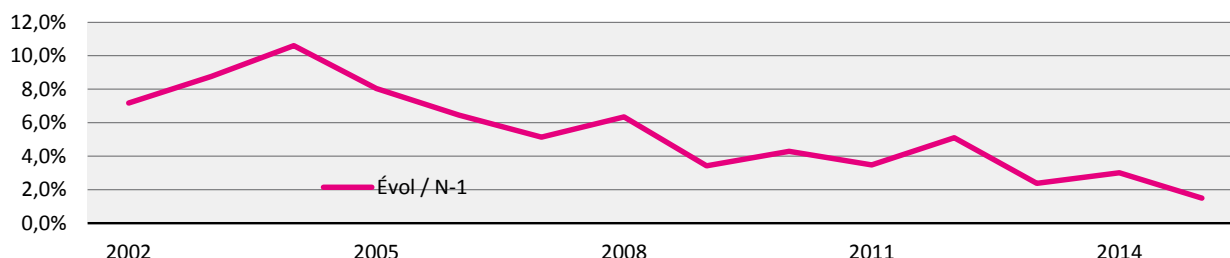
Plus récemment, début 2016, un certain nombre d'organismes complémentaires ont opté pour une déclaration et un paiement de la TSA au fil de l'année, sur chaque trimestre, alors qu'ils déclaraient et payaient la quasi-totalité de leur TSA au premier trimestre de l'année. Ce changement, autorisé par la circulaire ministérielle du 28 décembre 2015 relative à la taxe de solidarité additionnelle, a pour effet mécanique de minorer l'assiette déclarée au premier trimestre 2016 alors même qu'il n'aura pas d'incidence, toutes choses égales par ailleurs, sur l'assiette annuelle déclarée.

Tableau 75 – L'assiette de la TSA depuis 2001 jusqu'à 2015 (chiffres bruts en milliers d'euros)

Année	Assiette hors taxe et hors contribution CMU-C	Assiette brute	Évol / N-1
2001	16 531 248	17 567 757	–
2002	17 716 795	18 827 638	7,2%
2003	19 268 397	20 476 526	8,8%
2004	21 310 522	22 646 692	10,6%
2005	23 023 234	24 466 791	8,0%
2006	24 507 850	26 044 492	6,4%
2007	25 766 900	27 382 485	5,1%
2008	27 403 912	29 122 137	6,4%
2009	28 341 584	30 118 601	3,4%
2010	29 556 785	31 409 995	4,3%
2011	30 583 819	30 662 668	3,5%
2012	32 144 246	32 144 246	5,1%
2013	32 911 921	32 911 921	2,4%
2014	33 906 273	33 906 273	3,0%
2015	34 413 549	34 413 549	1,5%

Sources : déclarations des OC auprès du Fonds CMU-C et de l'URSSAF

Figure 49 – Taux de croissance annuelle de l'assiette de la TSA de 2001 à 2015 (chiffres bruts en milliers d'euros)



Sources : déclarations des OC auprès du Fonds CMU-C et de l'URSSAF

5.1.2.2. Une nette décélération de l'assiette en 2015

En 2015, après une hausse globalement soutenue sur les trois premiers trimestres (+ 3,0 %), l'assiette brute de la TSA déclarée par les organismes complémentaires a reculé pour la première fois, avec une évolution de -3,0% au quatrième trimestre. L'évolution annuelle a ralenti significativement pour atteindre + 1,5 %, soit la plus faible évolution enregistrée depuis 2000, date de mise en place de la CMU-C.

Cet infléchissement a été confirmé au premier trimestre 2016 avec une évolution enregistrée de - 2,2 %¹⁴⁸ en référence au premier trimestre 2015. Une reprise a été constatée au deuxième trimestre 2016 puisque l'assiette a progressé de 3,3 % en référence au deuxième trimestre 2015. Néanmoins, l'évolution semestrielle ressort très faible, à + 0,2 %.

Compte tenu des informations recueillies auprès d'OC dans le cadre des contrôles, nous estimons à ce jour que l'évolution sur l'ensemble de l'année 2016 devrait se situer dans une fourchette allant de + 1,3 % à + 1,5 %.

Ainsi, l'année 2015 marque une rupture dans l'évolution de l'assiette de la TSA, qui semble se confirmer sur le début de l'année 2016. Par rapport à 2014, le ralentissement de la progression de l'assiette se traduirait par un moindre rendement de la TSA de l'ordre de 70 millions d'euros en cumulé sur les deux années (un point de taxe correspondant à 22 millions d'euros sur la base de l'assiette annuelle de 2015). Considérant la tendance à la baisse du rythme d'évolution de l'assiette sur longue période et l'infléchissement constaté en 2015 et début 2016, le Fonds CMU-C n'envisage pas un dépassement du seuil de + 2 % sur les trois prochaines années.

Tableau 76 – L'assiette de la TSA en 2015 et au premier semestre 2016 (en milliers d'euros)

	T1 15	T2 15	T3 15	T4 15	Total 2015	T1 16	T2 16
Assiette TSA (chiffres bruts)	10 332 205	7 896 059	8 110 319	8 074 966	34 413 549	10 016 782	8 185 040
Évol T / N-1	4,4%	1,1%	2,9%	-3,0%	1,5%	-3,1%	3,7%

	T1 16	T2 16
Assiette TSA (chiffres redressés)	10 109 723	8 156 451
Évol T / N-1	-2,2%	3,3%

Sources : déclarations des OC auprès de l'URSSAF et du Fonds CMU-C (2015), télé déclarations des OC auprès de l'URSSAF (2016)

¹⁴⁸ Les échanges avec les OC dans le cadre des contrôles ont fait état de situations exceptionnelles (changements de méthodes de comptabilisation, décalages déclaratifs exceptionnels, etc.) qui expliquent l'essentiel des baisses enregistrées mais dont les effets, selon les situations, doivent être neutralisés. Deux OC sont notamment passés d'un paiement de la quasi-totalité de la TSA sur le premier trimestre à une déclaration par quart à partir de 2016 (disposition prévue par la circulaire ministérielle du 28 décembre 2015). Ces changements n'auront pas d'effet sur l'assiette déclarée pour l'ensemble de l'année 2016. Leurs effets qui sont importants à la baisse sur le T1 et le T2 2016 sont donc neutralisés.

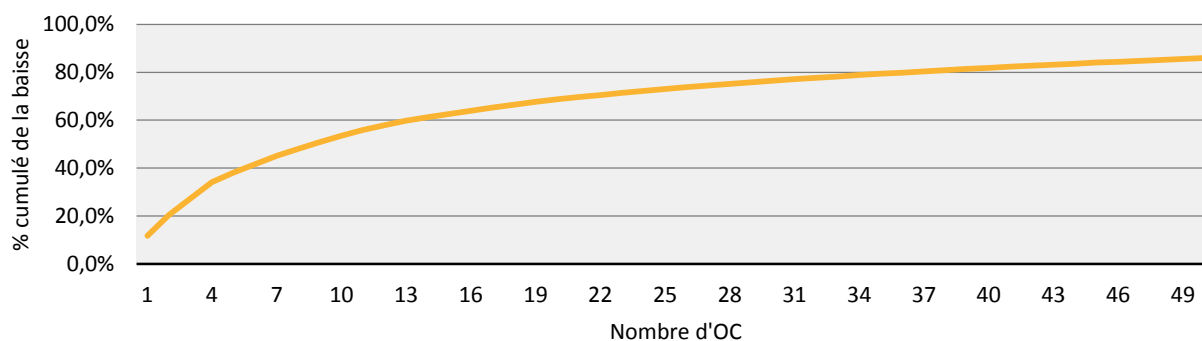
Dans le cadre des échanges avec les OC lors des contrôles d'assiette, le contexte de l'accord national interprofessionnel (ANI) est souvent évoqué comme facteur du ralentissement récent de l'assiette. Il se traduirait par des pertes de contrats suite à des nouvelles mises en concurrence, des résiliations de contrats individuels, etc. On ne mesure pas à ce stade l'effet désinflationniste que pourrait avoir la réforme compte tenu de l'existence d'un contrat socle vers lequel les entreprises seraient tentées de se diriger pour limiter l'impact financier du dispositif.

5.1.2.3. L'évolution constatée sur l'assiette est portée par un très faible nombre d'OC

L'évolution constatée sur l'assiette est fortement concentrée sur un faible nombre d'OC, qu'il s'agisse d'évolutions à la hausse ou à la baisse. Il est délicat dans ce contexte de dégager des tendances générales dans la mesure où les évolutions d'un trimestre donné s'expliquent davantage par des contextes individuels que le contrôle du Fonds CMU-C a notamment pour but d'éclairer. Les tendances de fond, lorsqu'elles se dessinent, doivent cependant être mises en évidence.

Sur l'échéance du deuxième trimestre 2016, pour l'ensemble des OC dont les montants d'assiette déclarée baissent (300 OC environ), 20 expliquent 70 % de la baisse et seulement 4 expliquent près de 40 % de la baisse.

Figure 50 – Courbe de concentration des situations de baisse de l'assiette au deuxième trimestre 2016



Source : déclarations à la TSA des OC sur le T2 2016

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant constaté une baisse sur le T2 2016 : 1 OC concentre 12 % de la baisse, 50 OC 86 % de la baisse

Une illustration récente est celle du quatrième trimestre 2015 où une baisse inattendue est intervenue (- 3,0 %). Deux OC de taille importante y ont particulièrement contribué :

- le premier OC distribue essentiellement des contrats collectifs. Ses déclarations ont été établies sur des bases provisionnelles régularisées le trimestre suivant. En fin d'exercice, l'OC a constaté une perte de contrats (résiliations) sans l'avoir anticipée ;
- le second OC a déclaré avoir modifié la méthode d'émission d'une partie de ses contrats en passant d'échéances principales au fil de l'eau à des échéances principales au 1^{er} janvier de chaque année. Ce changement a eu pour incidence de décaler au 1^{er} janvier 2016 une partie de son assiette déclarée jusqu'à présent au cours du second semestre de l'année N-1.

5.1.2.4. Un marché très concentré et en constante évolution

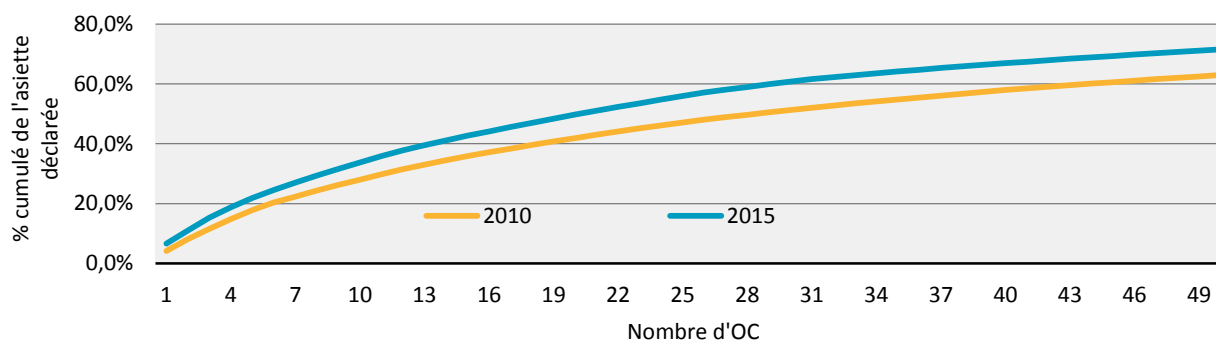
Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration, qui se retrouve au niveau de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires.

Sur la base des déclarations à la TSA effectuées en 2015 par les redevables, on constate que sur 534 OC ayant déclaré une assiette en 2015 :

- les 10 premiers déclarent 35 % de l'assiette totale ;
- les 50 premiers déclarent 72 % de l'assiette totale ;
- enfin, les 100 premiers en déclarent 86 %.

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée que ce soit en termes de contrôle ou d'observation des tendances de l'assiette. Elle augmente d'ailleurs progressivement dans le temps, au gré notamment des regroupements d'organismes dans le cadre de fusions ou absorptions.

Figure 51 – Courbe de concentration comparée de la déclaration de l'assiette de la TSA en 2010 / 2015



Source : déclarations à la TSA des OC en 2010 et en 2015

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2015 : 1 OC déclare 7 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 72 %

5.1.2.5. Des différences notables par nature d'organisme complémentaire

L'appréciation des évolutions par nature d'OC s'avère délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différentes.

La caractérisation des OC selon leur nature et leur taille montre cependant des différenciations marquées.

En 2015, les institutions de prévoyance représentent 18 % de l'assiette déclarée alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit, dans l'ensemble, de grandes institutions de complémentaire santé (23 des 25 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 M€ dont 11 ont une assiette supérieure à 100 M€). Elles font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les sociétés d'assurance, qui représentent 19 % des organismes, représentent 29 % de l'assiette déclarée. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. Sur 103 sociétés d'assurance recensées, 54 ont une assiette supérieure à 10 M€ (dont 22 à plus de 100 M€). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 2,5 M€. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne, dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles regroupent 76 % des organismes et 53 % de l'assiette de la TSA déclarée. Le monde de la mutualité, malgré la mutation en cours, demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que l'assiette déclarée par les mutuelles substituées, qui existent encore juridiquement, est généralement intégrée dans celle de la mutuelle substituante.

Encadré 18 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des OC

Le rapport 2015 présente les résultats pour 2014. Il couvre l'exhaustivité des organismes qui ont déclaré une assiette de la TSA auprès du Fonds CMU-C en 2014 (99,9 %).

- Un poids très variable de la couverture complémentaire santé dans l'ensemble des activités des OC.

En 2014, la santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance. Son poids dans l'ensemble de l'activité d'assurance a légèrement augmenté ces dernières années. La santé représente 84 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des mutuelles qui sont spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (IP) où elle représente en moyenne 47 % des primes collectées. Elle est très minoritaire pour les sociétés d'assurance, avec 5 % de leur activité en 2014.

- Une répartition entre individuel et collectif différenciée selon les types d'organismes

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels : 71 % des primes collectées (29 % pour le collectif). C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 15 % des primes¹⁴⁹ (85 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 56 % des primes (44 % pour le collectif).

- Un résultat technique santé tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs

Le résultat technique en santé représente la différence entre les produits et les charges liées à l'activité santé pour une année donnée¹⁵⁰. Dans tous les cas, les contrats collectifs sont déficitaires, alors que c'est l'inverse pour les contrats individuels. Le résultat technique santé est donc tiré à la baisse par les contrats collectifs. En effet, quel que soit le type d'OC, le ratio S/P (Sinistres¹⁵¹ / Primes collectées) est supérieur au niveau des contrats collectifs. Ces contrats collectifs ont un retour sur primes plus important ce qui les rend plus avantageux pour les assurés et moins rentables pour les assureurs. Au global, pour l'ensemble des organismes, le résultat technique santé est excédentaire en 2014 : + 296 M€ correspondant à 0,8 % des primes collectées (0,7 % en 2013, 0,2 % en 2012).

Tableau 77 – Résultats techniques santé des OC en 2013 et 2014

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	2,8 (1,3)	-4,7 (-1,3)	0,6 (0,6)
IP	10,1 (4,6)	-5,2 (-2,0)	-2,9 (-1,0)
Assurances	7,2 (5,4)	-1,1 (-2,6)	3,5 (1,8)
Total	4,4 (2,7)	-3,8 (-1,9)	0,8 (0,7)

Source : DREES

- Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

Si on apprécie la solidité financière des OC à partir de leur résultat sur l'ensemble de leurs activités (santé et autres), tous les types d'OC pratiquant une activité santé ont dégagé des résultats positifs en 2014, y compris les IP. Rapporté à l'ensemble des primes, le résultat s'élève à 3,7 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (3,3 % en 2013), à 1,3 % pour les mutuelles (1,7 % en 2013) et 1,3 % pour les IP (1,2 % en 2013).

¹⁴⁹ Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit

¹⁵⁰ Les produits correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les charges sont constituées par les charges de prestations issues de l'activité d'indemnisation des assurés, dans une moindre mesure, des frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients et des frais d'administration liés à la gestion des contrats.

¹⁵¹ Sinistres : sinistres payés aux assurés + frais de gestion des sinistres + autres charges de prestations

5.1.3. Un enjeu financier du contrôle plus que doublé avec la mise en place de la TSA fusionnée

5.1.3.1. Le Fonds CMU-C oriente le contrôle de l'assiette de la TSA, conduit conjointement avec les URSSAF

■ Un rôle inscrit dans un cadre juridique précis

L'article L.862-7 du code de la sécurité sociale dispose que « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

L'article L. 862-5 précise : « *Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* » (article L.862-5 du code de la sécurité sociale).

Le contrôle des éléments déclaratifs, dont l'assiette de la TSA, est exercé conjointement avec les URSSAF. Toutefois, le Fonds CMU-C intervient en amont sur la base de constats opérés lors de ses contrôles de vraisemblance menés à chaque échéance déclarative.

Son action de contrôle sur place permet ensuite d'orienter le contrôle sur place des URSSAF, effectués par des agents agréés et assermentés en situation de pouvoir procéder à des redressements, ce qui n'est pas le cas du Fonds CMU-C du fait de ses faibles effectifs.

■ La logique retenue

En application des procédures prévues par le contrôle interne, dès réception des déclarations, le Fonds CMU-C réalise une analyse statistique des données déclarées par les OC et interroge systématiquement les organismes en évolution anormale (négative ou positive). Au-delà, le Fonds s'attache à ce que les OC représentant les enjeux les plus importants soient régulièrement vérifiés. La très forte concentration de l'assiette est une donnée dont le contrôle doit tenir compte.

Le contrôle, s'il permet de mettre en évidence d'éventuelles erreurs ou des situations d'optimisations non autorisées par les textes, permet également de recueillir une information précieuse sur ce qui sous-tend les évolutions du marché de la complémentaire santé. C'est particulièrement le cas sur l'échéance du quatrième trimestre, qui permet d'établir un bilan de l'année écoulée. À cette occasion, les OC de taille importante peuvent être interrogés, en dehors du constat d'évolutions anormales.

L'impact de l'ANI sur les évolutions à la baisse récemment constatées a déjà été évoqué. La question est de savoir si au-delà de situations particulières, des tendances de fond émergent du marché. Leur prise en compte est alors indispensable à la fiabilité des prévisions.

Le contrôle porte également sur la recherche de l'exhaustivité de la liste des redevables, réalisé sur la base de deux sources :

- l'exploitation des informations contenues dans les journaux officiels (JO) : créations d'OC, transferts de portefeuilles, etc. ;
- le croisement des informations avec celles détenues par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACP-R).

■ Un contrôle qui s'inscrit dans un contexte d'évolution permanente du monde de la complémentaire santé

De nombreuses disparitions d'OC sont constatées chaque année, le plus souvent suite à des fusions/absorptions. Certains OC qui disparaissent sont de taille importante et représentent de fait un enjeu financier majeur pour le contrôle. Après avoir identifié l'ensemble des OC disparus au cours d'une année, le contrôle consiste à identifier la destination des montants concernés et si l'évolution constatée sur l'organisme « absorbant » est cohérente avec cette intégration. Cette démarche s'applique également aux transferts de portefeuilles qui sont identifiés.

5.1.3.2. Des résultats significatifs

■ Des résultats significatifs au regard de la taille du Fonds CMU-C

Sur l'année 2015, plus de 50 OC ont été questionnés par le Fonds CMU-C (60 en 2014, 51 OC en 2013 et 50 OC en 2012). 28 contrôles ont été diligentés sur le seul quatrième trimestre 2015, compte tenu de la baisse constatée.

Deux contrôles ont permis de récupérer 1,6 millions d'euros de taxe. À ce jour, un litige est encore en cours qui représente un enjeu financier de 3,7 millions d'euros de taxe.

À l'issue de l'année 2015, près de 40 OC ont disparu dont 8 avaient déclaré une assiette de 571 millions d'euros en 2014 correspondant à un enjeu financier de 36 millions d'euros en termes de taxe (dont 285 millions d'euros d'assiette et un enjeu financier de 18 millions d'euros pour le plus gros d'entre eux). L'ensemble des situations de disparition ont été expertisées¹⁵² et 5 OC ont été interrogés.

En 2016, 22 contrôles ont d'ores et déjà été conduits au premier semestre. Sur le premier trimestre, un contrôle a permis de récupérer 570 000 euros de taxe.

Ce bilan démontre le rôle central joué par le Fonds dont la présence active en termes de contrôle permet non seulement de recouvrer la TSA due, mais aussi d'assurer un rôle préventif.

En effet, les contrôles du Fonds ont notamment permis d'identifier deux sujets clefs qui ont été précisés par la circulaire DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015 relative à la fusion de la TSA et la TSCA au 1^{er} janvier 2016. Les deux points concernés étaient : les modalités de déclarations des montants de primes des contrats confiés en délégation de gestion et celles relatives aux contrats collectifs.

Dans le cas des délégations de gestion, l'organisme complémentaire doit déclarer les montants dès que le délégataire a encaissé les sommes ou émis les créances. À défaut d'information au moment voulu, le déclarant doit procéder à des déclarations calculées sur la base du montant des primes ou cotisations provisionnelles, appelées au titre de la période de garantie, le solde étant régularisé dès la connaissance de l'émission complémentaire ou à défaut de son encaissement. Le recours à la gestion externalisée, qui est un choix de l'entreprise, ne saurait en effet avoir pour conséquence pour les assureurs de repousser le versement de la taxe due, en référence au fait générateur, qui est l'échéance principale du contrat.

Dans le cas des contrats collectifs, pour lesquels le montant de la prime est généralement connu et encaissé au cours du trimestre suivant la période d'effet de la garantie, l'encaissement emporte exigibilité de la taxe. Les contrats collectifs doivent faire l'objet d'une déclaration au titre des encaissements du trimestre, sur une base provisionnelle, et sont régularisés avec le montant de l'assiette déclarée au titre du trimestre suivant.

■ Une exhaustivité de la liste des redevables recherchée en lien avec l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Une opération de rapprochement a été conduite en 2015. L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a transmis au Fonds CMU-C la liste des OC agréés en branche 2 (agrément pour pouvoir intervenir dans le domaine de la santé) ainsi qu'une information sur les organismes substitués. Le Fonds a croisé ces informations avec sa propre base. Le but du rapprochement était d'identifier les OC susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé et qui ne déposent pas de déclaration auprès de l'URSSAF. Un courrier a été adressé à 78 OC. Cette opération a surtout eu un rôle de sensibilisation auprès des OC ayant reçu le courrier d'information.

■ Une présence relayée par les URSSAF sur le terrain

Les URSSAF ont effectué 24 contrôles en 2015 (procès-verbaux de contrôles déposés en 2015), qui ont conduit à 2,2 M€ de redressements positifs et 0,18 M€ de redressements négatifs : 2,05 M€ ont ainsi été récupérés en faveur du Fonds. 166 jours/agents ont été mobilisés pour ces contrôles.

Le plan de contrôle des URSSAF sur la TSA a deux origines :

- les contrôles réalisés à la demande du Fonds CMU-C ;

¹⁵² L'évolution constatée sur l'OC ayant absorbé l'ancienne structure a été appréciée en tenant compte de cette intégration

- les contrôles menés dans le cadre des contrôles classiques d'assiette des cotisations sociales puisqu'en amont du lancement de chaque contrôle, les inspecteurs sont informés si l'OC concerné entre dans le champ de la TSA. Le contrôle d'assiette de la TSA est alors systématiquement lancé en parallèle de celui du champ d'intervention habituel des inspecteurs.

La coordination entre les deux organismes est assurée dans le cadre de réunions régulières dont une réunion annuelle au cours de laquelle les bilans respectifs sont présentés et la liste des contrôles proposés par le Fonds CMU-C à la branche du recouvrement est validée.

Les résultats des contrôles URSSAF conduisent à deux constats :

- une forte concentration des enjeux sur un faible nombre d'OC. Il est donc important de maintenir une approche aléatoire dans la définition du plan de contrôle ;
- un enjeu qui porte principalement sur l'assiette : elle a représenté 66 % des motifs des redressements positifs sur les contrôles clôturés en 2015. Cet enjeu a toujours dépassé le seuil des 90 % sur les exercices précédents, ce qui est pris en considération dans la définition du ciblage.

Pour 2017, 6 contrôles ont été demandés par le Fonds aux URSSAF mais 23 contrôles restaient à lancer ou étaient en cours au titre des demandes sur les exercices précédents.

5.1.3.3. Un nouveau contexte qui consolide le rôle central du Fonds CMU-C sur le champ du contrôle de l'assiette de la TSA

■ La TSA fusionnée conduit à une rationalisation des circuits

Le traitement des échéances des deux premiers trimestres de l'année 2016 s'est avéré délicat dans le contexte de mise en œuvre de la TSA fusionnée et de la télé déclaration auprès de la branche du recouvrement. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les organismes complémentaires télé déclarent leur assiette auprès de l'Urssaf d'Ile-de-France alors qu'ils effectuaient auparavant cette déclaration au format papier auprès de deux interlocuteurs : l'Urssaf et le Fonds CMU-C. Les informations sont ensuite transmises par l'Urssaf et l'Acoss au Fonds CMU-C sous forme de flux dématérialisés afin de lui permettre d'assurer ses missions de suivi et de contrôle.

Le premier transfert d'informations a eu lieu le 31 août 2016. Il concernait à la fois les données relatives au T1 et au T2 2016.

Malgré quelques difficultés inhérentes à la mutation en cours, on ne peut que se féliciter du progrès qui en découle : la double saisie des mêmes informations par deux entités distinctes impliquant ensuite des rapprochements coûteux en temps a été abandonnée au profit d'une saisie unique à la source par les OC. Les calculs sont effectués automatiquement par le système limitant ainsi les risques d'erreurs. Le système est beaucoup plus lisible pour le redevable qui ne dispose plus que d'un seul interlocuteur pour sa déclaration.

■ Un enjeu financier rattaché au contrôle plus que doublé

Suite à la mise en place de la TSA fusionnée qui regroupe les anciennes TSA et TSCA, la compétence du Fonds sur le contrôle de l'assiette s'étend au champ de l'ancienne TSCA pour la fraction portant sur les contrats de complémentaire santé. Avant 2016, le contrôle de la TSCA relevait de la compétence de la DGFIP.

Sur la base des données déclaratives du premier semestre 2016, on constate une augmentation de 116 % de l'enjeu financier du contrôle. On notera que cet élargissement porte sur des montants qui ne financent pas le Fonds CMU-C mais sont affectés à la CNAMTS et à la CNAF. Il s'agit donc d'une nouvelle responsabilité dévolue au Fonds dans la mesure où celui-ci est désormais réalisé pour partie pour le compte de tiers.

Cependant, cette extension conduit en réalité à une rationalisation du contrôle : 96 % de l'assiette de la TSA fusionnée entrainait déjà dans le cadre du contrôle de vraisemblance conduit par le Fonds ainsi que dans le champ du contrôle des URSSAF. L'enjeu financier augmente mécaniquement par l'application de taux de taxe plus importants sur une assiette qui faisait déjà partie de la cible du contrôle : de 6,27 % à 13,27 % dans le cas des garanties santé responsables qui à elles seules représentent 89 % du rendement total de la taxe.

Dans le cadre de l'exercice de ses nouvelles attributions de contrôle des montants qui entraient auparavant dans le champ de la TSCA, le Fonds souhaitait pouvoir disposer d'un historique des déclarations déposées auprès de la DGFIP afin d'opérer un rapprochement des données déclarées à partir de 2016 avec les données de 2015. En effet, une analyse approfondie de l'évolution de l'assiette de l'ancienne TSCA, qui permet de repérer les situations atypiques, ne peut être conduite que sur la base des informations détaillées OC par OC. Cependant, les informations déclaratives de la TSCA de l'année 2015 n'ont pas été conservées dans le système d'information de la DGFIP (MEDOC).

Il reste que pour l'ensemble de l'assiette, qui est disponible sur les deux premiers trimestres 2016, les montants globaux sont cohérents avec ceux du premier semestre 2015, avec évolution similaire à celle de la TSA.

● *Tableau 78 – Assiette et rendement de la TSA fusionnée au 1^{er} semestre 2016 : un nouvel enjeu financier du contrôle pris en charge par le Fonds et les URSSAF*

Assiette Intitulés	Assiette Montants	"Ancienne" TSA Rendement	Taux	"Ancienne" TSCA Rendement	Taux	Total Rendement	Part dans rendement	
Garanties santé responsables	16 353 259 305	1 025 349 358	6,27%	1 144 728 151	7,00%	2 170 077 510	88,9%	
Garanties santé non responsables	661 343 187	41 466 218	6,27%	92 588 046	14,00%	134 054 264	5,5%	
Contrats 998 code général des impôts	271 341 313	17 013 100	6,27%	NC	NC	17 013 100	0,7%	
Contrats agricoles responsables	760 899 067	47 708 372	6,27%	NC	NC	47 708 372	2,0%	
Contrats agricoles non responsables	6 873 718	430 982	6,27%	962 321	14,00%	1 393 303	0,1%	
Contrats 1 Euro	28 176 057	NC	NC	3 944 648	14,00%	3 944 648	0,2%	
Garanties indemnités journalières responsables	400 882 334	NC	NC	28 061 763	7,00%	28 061 763	1,2%	
Garanties indemnités journalières non responsables	270 457 159	NC	NC	37 864 002	14,00%	37 864 002	1,6%	
						Total	2 440 116 962	100,0%

Source : télédéclarations à la TSA des OC sur les premier et deuxième trimestres 2016

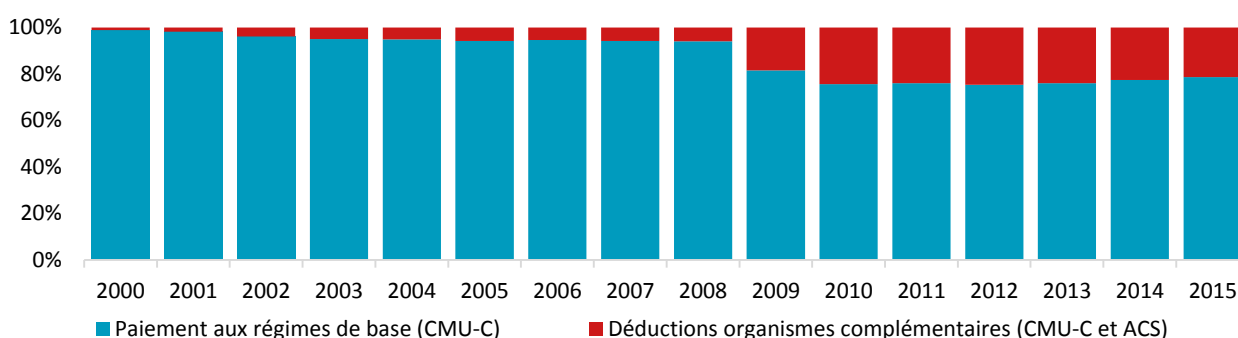
Nota : NC=non concerné

5.2. LES CHARGES DU FONDS CMU-C S'ÉLEVENT À PLUS DE 2,4 MILLIARDS D'EUROS

Les charges techniques du Fonds CMU-C sont composées à hauteur de 88 % du remboursement des dépenses de santé au titre de la CMU-C aux organismes gestionnaires de cette prestation (organismes complémentaires et régimes de base de la sécurité sociale) ; le reste correspond aux dépenses des organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de l'ACS. Pour les organismes complémentaires, les prestations sont prises en charge au moyen d'une déduction sur le montant dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle.

En 2015, le Fonds CMU-C a financé plus de 2,4 Md€ de prestations de complémentaire santé pour les ménages en situation de pauvreté ; ses charges ont progressé de 30 % depuis 2012 (+ 17 % depuis 2013).

Figure 52 – Évolution de la structure des charges du Fonds CMU-C depuis sa création



Source : Comptes du Fonds CMU-C

Note : les charges présentées ici correspondent aux charges techniques du Fonds CMU-C. Elles ne comprennent pas les charges de gestion administrative du Fonds CMU-C qui représentent 1 M€, soit 0,04% du total des charges, et les dotations aux provisions pour risque.

5.2.1. Les dépenses de CMU-C, financées « au réel », représentent 2,1 Md€

En 2015, le Fonds a financé près de 2,1 Md€ de prestations au titre de la CMU-C, dont 1,9 Md€ pour les régimes de base et 0,23 Md€ pour les organismes complémentaires.

L'article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 a modifié les modalités de financement des dépenses de CMU-C. Depuis le 1^{er} janvier 2013, le Fonds CMU-C rembourse les dépenses de CMU-C prises en charge par les organismes qui en ont la gestion (régimes de base ou organismes complémentaires) sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un montant forfaitaire annuel par bénéficiaire, égal à 412 € pour l'année 2016 (408 € en 2015). Ce forfait est fixé chaque année par arrêté et revalorisé en fonction de l'inflation. Avant 2013, le remboursement s'effectuait sur une seule base forfaitaire sans prise en compte des dépenses réelles ; les organismes gestionnaires prenaient en charge un éventuel surcoût ou bénéficiaient d'un gain lorsque leurs dépenses étaient inférieures au forfait.

L'article 22 de la LFSS pour 2013 a par ailleurs prévu, compte tenu du niveau important des dépenses de CMU-C de la branche maladie du régime général, un remboursement complémentaire au-delà du plafond de remboursement forfaitaire.

« Le remboursement est effectué, [...] sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année [...].

Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du deuxième alinéa du présent est majoré, dans la même limite, d'un versement du Fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6. »

En pratique, la prise en charge par le Fonds CMU-C des dépenses de CMU-C s'effectue au moyen du versement d'acomptes aux régimes de base. Ces acomptes sont versés trimestriellement aux trois plus grands régimes (régime général, RSI, CCMSA). Le montant de l'acompte trimestriel est calculé sur la base des effectifs estimés transmis par les régimes et des 9/10^{ième} du quart du forfait annuel (soit 92,70 € par bénéficiaire en 2016). Il fait ensuite l'objet de régularisations, afin de tenir compte des effectifs définitifs (facturation encore provisoire au 31 janvier de l'année suivante et définitive au 30 juin).

Pour les autres régimes de base (régime des mines, régime des marins, SNCF, RATP, CRPCEN, etc.), l'acompte est versé annuellement et fait également l'objet de deux régularisations l'année suivante.

En ce qui concerne les organismes complémentaires, la prise en charge des prestations au titre de la CMU-C ne donne concrètement pas lieu à un versement par le Fonds CMU-C, les charges correspondantes sont déduites par les OC des montants dus au titre de la taxe de solidarité additionnelle chaque trimestre. La « déduction » au titre de la CMU-C est calculée comme pour les régimes sur la base des 9/10^{ième} du quart du forfait annuel.

5.2.2. Près de 300 M€ de déductions aux organismes complémentaires au titre des dépenses d'ACS

Les dépenses du Fonds CMU-C au titre de la prise en charge des frais de complémentaire santé des bénéficiaires de l'ACS se sont élevées à 287 M€ en 2015, en hausse de 4,4 % par rapport à 2014, ce qui correspond à la couverture de 970 000 personnes en moyenne sur l'année.

Avec la montée en charge du nouveau dispositif ACS, la dépense consacrée à l'ACS dépasse désormais celle relative à la CMU-C gérée par les OC (233 M€ en 2015 pour 700 000 bénéficiaires en moyenne).

Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'est établi à 309 € en 2015, soit une dépense moyenne par bénéficiaire inférieure à celle prise en charge par les organismes complémentaires au titre de la CMU-C, estimée autour de 375 €. En effet, alors que la CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire de l'ensemble des dépenses de santé, les bénéficiaires de l'ACS subissent un reste à charge sur le prix de leur contrat de complémentaire santé ainsi que sur leurs prestations de santé (alors que la couverture prévue par la CMU-C est totale¹⁵³).

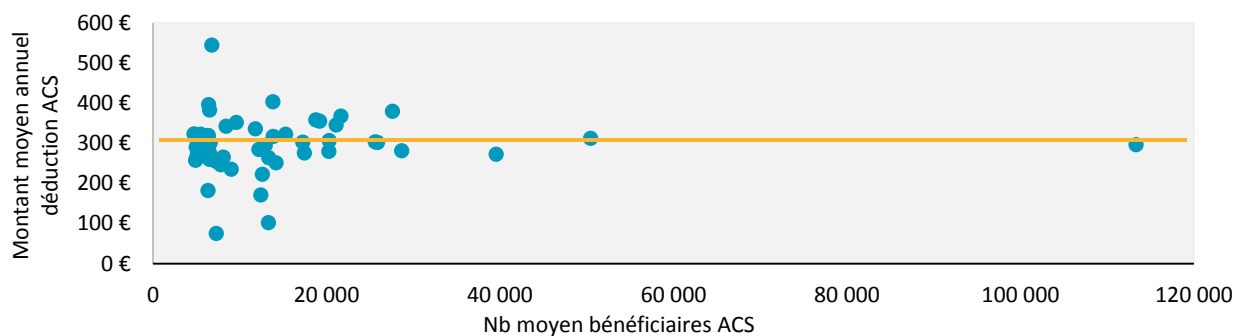
En 2015, le reste à charge sur le prix de son contrat ACS a cependant fortement diminué dans le sillage de la réforme des contrats ACS de juillet 2015¹⁵⁴ (cf. supra partie 3) : il représente moins de 40 % du prix de la complémentaire santé, alors qu'il en représentait entre 40 % et 50 % en 2014.

On constate une certaine dispersion du montant moyen de déduction par OC autour de la moyenne (309 €) comme en atteste la figure ci-dessous reprenant la situation des 50 OC couvrant le plus grand nombre de bénéficiaires. Toutefois, plus le nombre de personnes couvertes est important, plus la moyenne de l'OC converge vers la moyenne générale.

¹⁵³ Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, et la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge des dépassements pour les soins dentaires, l'optique et les prothèses auditives (forfait CMU-C)

¹⁵⁴ Cf. supra, partie 3 et le rapport sur

Figure 53 — Déductions moyennes ACS en 2015 par OC (50 OC protégeant le plus grand nombre de bénéficiaires)



5.2.3. Les remboursements aux organismes complémentaires créditeurs relèvent désormais de l'URSSAF

Les organismes qui participent à la CMU-C et ceux qui proposent des contrats éligibles à l'ACS déduisent du montant dû de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), le montant de l'acompte par bénéficiaire, ainsi que le crédit d'impôt lié à l'aide ACS. Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, lorsque le montant des déductions était supérieur au montant de la TSA, le Fonds prenait en charge le remboursement aux organismes complémentaires.

Pour l'exercice 2015 le Fonds a effectué :

- 131 remboursements pour une somme totale de 25 M€ au titre des quatre principales échéances déclaratives ;
- 158 remboursements au titre du tableau récapitulatif 2014 à hauteur de 11 M€.

Cependant, depuis le 1^{er} janvier 2016, le Fonds CMU-C ne procède plus à ces remboursements qui relèvent désormais de l'Urssaf.

En effet, l'article 22 de la loi n°2014-1554 de financement de la sécurité sociale est venu simplifier les modalités de déclaration de TSA à compter de l'échéance déclarative du premier trimestre 2016. Les organismes complémentaires ne sont plus tenus d'effectuer une double déclaration papier auprès de l'Urssaf d'Ile-de-France et du Fonds CMU-C. Ils effectuent leur déclaration en ligne sur un portail dématérialisé. À compter de cette échéance, l'Urssaf est devenue la seule interlocutrice des organismes complémentaires en ce qui concerne la déclaration, le recouvrement et le remboursement des sommes lorsque l'organisme est créancier¹⁵⁵.

Le traitement des bordereaux trimestriels créditeurs était géré jusqu'ici par le Fonds CMU-C qui procédait au remboursement directement aux organismes complémentaires, tandis que l'URSSAF assurait l'encaissement des sommes dues par les OC. Le fonds intervient désormais uniquement dans le cadre des contrôles liés à ses prérogatives.

Le contrôle des déductions, programmé après l'échéance du tableau récapitulatif, est fait essentiellement à partir des listes des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Ils portent sur :

- le nombre de bénéficiaires par rapport à celui déclaré, pour s'assurer de l'absence de doublons (les contrôles portent sur le nom, prénom et date de naissance) ;
- la cohérence des dates d'entrée et de sortie par rapport à la date de référence ;
- la cohérence du montant de la déduction en fonction de l'âge du bénéficiaire (uniquement pour les déductions ACS).

¹⁵⁵ Cette évolution répond à l'une des recommandations faites par la Cour des comptes dans son rapport de 2015 : « faire prendre en charge par l'Urssaf l'ensemble des fonctions de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU ».

Dans le cadre des déclarations définitives correspondant à l'exercice 2015 (tableau récapitulatif transmis par les OC en juin 2016), le Fonds CMU-C a effectué pour le compte de l'Urssaf d'Île-de-France un contrôle de liste pour chaque organisme dont le montant de remboursement sur l'échéance du tableau récapitulatif 2015 était supérieur à 50 000€.

Au total, 43 organismes complémentaires ont ainsi fait l'objet d'un contrôle de listes. Le taux d'erreur est très faible (moins de 0,5 %).

En plus des contrôles de listes, le Fonds CMU-C réalise des contrôles approfondis. Le contrôle approfondi consiste à examiner des copies d'attestations de droits demandées aux OC ; il est réalisé de façon annuelle suite à un contrôle de liste des bénéficiaires. Trois contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2015, deux organismes complémentaires et une SLM. Un contrôle sur un organisme complémentaire a été interrompu pour laisser la place à un contrôle Urssaf, qui prévoit, outre le contrôle approfondi des listes de bénéficiaires sur plusieurs exercices, le contrôle de l'assiette de la TSA.

5.3. UN EQUILIBRE FINANCIER ASSURÉ À COURT TERME

5.3.1. L'équilibre financier du Fonds CMU-C serait assuré en 2017 et 2018

Le Fonds CMU-C prend intégralement à sa charge les dépenses de prestations de la branche maladie du régime général au titre de la CMU-C (cf. *supra*) ; une partie de ses excédents annuels est consacrée au remboursement du reste à charge de la CNAMTS (dépenses au-delà du forfait CMU-C). Lorsque son montant est supérieur au résultat annuel, les capitaux propres du Fonds CMU-C sont mobilisés. Ce versement ne peut toutefois avoir pour effet de rendre négatif le résultat cumulé du fonds¹⁵⁶.

Selon les dernières projections financières réalisées pour la période 2017 à 2020, le Fonds CMU-C serait en mesure de financer les restes à charge de la CNAMTS à court terme : le financement du fonds serait assuré en 2017 et 2018, et des besoins de financement pourraient éventuellement être constatés à partir de 2019-2020.

En 2016, les projections financières du Fonds CMU-C associées aux travaux préparatoires de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (LFSS 2017) avaient mis en évidence la fragilité de l'équilibre financier du fonds, déjà pointée en 2015 par la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C. La LFSS pour 2017 a ainsi prévu un apport supplémentaire de recettes pour le Fonds CMU-C de 140 M€ (cf. *infra*).

Selon les prévisions les plus récentes, l'équilibre financier du fonds serait ainsi assuré en 2017 et 2018, en raison d'une part de l'apport supplémentaire de recettes et d'autre part de la dynamique du coût moyen CMU-C, qui, en légère diminution en 2015 (-0,4 %), a reculé de 1,1% en 2016. La clôture des comptes 2016, intervenue postérieurement à la phase de rédaction initiale du présent rapport aboutit à un résultat annuel net de +28 M€ pour l'exercice 2016.

¹⁵⁶ Article 22 loi n°2012-1404 : « Lorsque, pour une année civile donnée, le montant des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 effectivement prises en charge par cette caisse [la CNAMTS] excède le produit du nombre de personnes ayant bénéficié de cette prise en charge et du montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1, le Fonds mentionné à l'article L. 862-1 verse à la caisse un montant complémentaire égal à cette différence. Toutefois, ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le report à nouveau du Fonds. Dans cette hypothèse, le versement est réduit à due concurrence ».

Tableau 79 – Récapitulatif des comptes du Fonds CMU-C depuis 2005

	en millions d'euros											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits												
Dotation de l'État	695	346	109	47	0	0	0	0	-	-	-	-
Taxe alcool	386	404	480	349	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxe tabac		217	411	372	0	0	0	42	352	354	360	354
Contribution ACS	13	40	65	87	0	0	0	0	0	0	0	0
Contribution des organismes	302	492	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119	2 185
Reprises sur provisions	22	25	35	28	79	93	10	11	16	9	20	20
Total Produits	1 418	1 524	1 595	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493	2 499	2 558
Charges												
Paiement aux régimes de base	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581	1 895	1 925	1 981
Organismes complémentaires	78	81	88	80	323	464	431	458	498	553	521	546
Annulation Produits												
Dotation aux provisions	25	35	28	79	98	12	11	17	17	19	6	2
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 374	1 555	1 559	1 423	1 851	1 921	1 814	1 879	2 097	2 468	2 453	2 530
Résultat de l'année (1)	44	-31	36	29	19	28	126	205	0	25	46	28
Résultat cumulé	48	17	53	83	101	129	153	205	205	210	257	285

(1) À compter de 2013, les excédents dégagés en N sont reversés à la CNAMTS, dans la limite des dépenses CMU-C réellement engagées, et sont comptabilisés en charge au titre de l'exercice N

(2) Un changement dans la méthode d'estimation des provisions par l'ACOSS a conduit le Fonds CMU-C à diminuer son report à nouveau 2014 de 20 M€ en 2015

Source : Fonds CMU-C

5.3.2. L'affectation d'une part plus importante de TSA au Fonds CMU-C en 2017

■ La suppression de l'affectation de droits tabacs au Fonds CMU-C et l'affectation d'une part plus importante de TSA rapporteraient, en net, environ 140 M€ en 2017

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 procède à une rationalisation de l'affectation d'un certain nombre de recettes entre branches du régime général de la sécurité sociale, qui contribuent au financement de la sécurité sociale. Dans ce cadre, la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance maladie complémentaire, auparavant partagée entre la branche maladie du régime général, la branche famille et le Fonds CMU-C est réorientée vers la CNAMTS et le Fonds CMU-C, en cohérence avec l'assiette de cette contribution. Cette rationalisation s'accompagne de la suppression de l'affectation de droits tabacs au Fonds CMU-C (dont le rendement est réaffecté à la CNAMTS). En net, ces deux mesures se traduiront par un gain de recettes pour le Fonds CMU-C estimé à environ 140 M€ en 2017.

Au-delà de la rationalisation de l'affectation des recettes, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 permet ainsi une hausse du total des recettes attribuées au Fonds CMU-C.

En pratique, le montant de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats complémentaires que le Fonds reçoit sera majoré : au-delà de la part correspondant au taux de 6,27 % déjà perçue par le Fonds CMU-C, une fraction du solde (20,18 %) sera attribuée au Fonds, afin à la fois de compenser la perte des droits tabacs et d'assurer l'équilibre financier du Fonds en 2017¹⁵⁷.

Dans ce cadre, l'assiette de la taxe attribuée au Fonds CMU-C est élargie à trois types de contrats :

¹⁵⁷ Article 34 de la LFSS pour 2017 : « IV. - Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 % ainsi qu'au 1° du même II bis, est affecté au Fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18% et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82%.

- les contrats dits « au 1^{er} euro », qui couvrent les frais de santé des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (contrats au 1^{er} euro, travailleurs frontaliers affiliés à un régime de base à l'étranger) ;
- les contrats qui proposent des garanties de versement d'indemnités journalières en complément des indemnités versées par la sécurité sociale (contrats responsables et non responsables).

■ Le champ de l'assiette de la TSA affectée au Fonds CMU-C est aussi élargi

Outre qu'elle constitue un apport de recettes pour le Fonds CMU-C d'environ 130 M€ en 2017, cette mesure rationalise les missions du Fonds : elle permet d'harmoniser pour partie le périmètre des recettes qui financent le Fonds avec celui du contrôle.

Comme on l'a vu précédemment (cf. partie 5.1.3.3), la fusion de la TSA et de la TSCA au 1^{er} janvier 2016 s'est traduite par un élargissement du champ de contrôle du Fonds CMU-C correspondant à un rendement de 1,3 Md€ pour le seul premier semestre 2016, alors même que ces montants financent des organismes tiers. Au global, cette extension conduit à plus que doubler l'enjeu financier des contrôles du Fonds CMU-C. Les missions du Fonds ont notamment été élargies au contrôle de l'assiette déclarée des contrats au 1^{er} euro et des garanties de versement d'indemnités journalières qui relevait auparavant de la compétence de la DGFIP et dont le rendement est partagé entre la CNAF et la CNAMTS en 2016.

À compter de 2017, le Fonds CMU-C sera attributaire d'une fraction du rendement de la TSA de l'ensemble des contrats (IJ et contrats au 1^{er} euro compris), qui entrent d'ores et déjà tous dans le champ de ses missions de contrôle. En termes de masses financières, une partie du contrôle continuera à être effectué pour le compte de tiers (la CNAMTS).

► **Tableau 80 – Part de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C avant et après mesures de la LFSS pour 2017**

Contrats	Taux de la nouvelle TSA	Part affectée au Fonds (1)	Part restante (2)	Part supplémentaire affectée au Fonds CMU (20,18%*(2)) (3)	Part totale affectée au Fonds après mesure (1) +(3)
Contrats classiques responsables	13,27%	6,27%	7%	1,41%	7,68%
Contrats classiques non responsables	20,27%	6,27%	14%	2,83%	9,10%
Contrats 1 ^o art.998 CGI	6,27%	6,27%	0%	0,00%	6,27%
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0%	0,00%	6,27%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	6,27%	14%	2,83%	9,10%
Contrats au 1er euro	14,00%	0,00%	14%	2,83%	2,83%
Contrats IJ responsables*	7,00%	0,00%	7%	1,41%	1,41%
Contrats IJ non responsables*	14,00%	0,00%	14%	2,83%	2,83%

* les contrats IJ rattachés à des "contrats 1^o art. 998 CGI" ou à des "contrats agriculteurs" sont exonérés de TSA

5.3.3. Un certain nombre de facteurs pourraient influencer significativement la trajectoire des comptes du fonds

Les perspectives financières du Fonds CMU-C sont établies par le fonds à législation constante. Elles ne tiennent notamment pas compte du coût à venir des mesures prévues par les conventions tarifaires de l'assurance maladie avec les professionnels de santé (convention des médecins, des chirurgiens-dentistes, etc.).

Mais surtout, un certain nombre de facteurs, qui pourront influencer significativement la trajectoire des comptes du Fonds CMU-C à court-moyen terme ne sont pas pris en compte faute d'éléments disponibles pour permettre au Fonds d'en mesurer l'incidence :

- l'effet de la généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés au 1^{er} janvier 2016, en application de la loi sur la sécurisation de l'emploi de 2013 (qui a traduit les dispositions de l'accord national interprofessionnel (ANI)). Les premiers retours des organismes complémentaires sur ce point auprès du Fonds CMU-C suggèrent que la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés se traduirait d'ores et déjà par une baisse globale du prix moyen des contrats, en raison de la nouvelle pression concurrentielle exercée sur le marché par les entreprises et branches qui négocient les nouveaux contrats collectifs. Cependant, aucune donnée (ou évaluation) concrète ne permet de corroborer cette hypothèse, ni de mesurer si l'accroissement du volume des contrats attendu de l'ANI compenserait ou non cette baisse de prix supposée. Par ailleurs, les contrôles d'assiette réalisés par le fonds CMUC tendent plutôt à montrer que les variations d'assiette de la TSA sont attribuables à des situations particulières d'organismes complémentaires indépendantes de l'ANI. Aucun effet global net de l'ANI n'est ainsi objectivable à ce stade ;
- l'effet de la lutte contre la fraude. En ce qui concerne le déploiement par le régime général du plan national de lutte contre les fraudes à la CMU-C, le Fonds CMU-C reste en attente d'une évaluation de l'éventuelle incidence financière de ce plan.

Il reste que les projections financières du Fonds CMU-C ne tiennent pas compte d'une éventuelle hausse des taux de recours à la CMU-C et à l'ACS. Cette question, soulevée par la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C de 2015, est celle des engagements financiers pris à travers l'élargissement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, dans un contexte où les taux de recours à la CMU-C et à l'ACS restent encore très modérés. D'après la dernière évaluation de la DREES, le taux de recours s'établit dans une fourchette de 64 % à 76 % pour la CMU-C et de 31 % à 45 % pour l'ACS en 2015.

Sur la base de l'hypothèse conventionnelle de 100 % de recours pour les deux dispositifs, la Cour des comptes évalue à une fourchette de 1,2 Md€ à 2,2 Md€ les ressources supplémentaires qui seraient nécessaires pour financer la CMU-C et l'ACS. La Cour note que « toutes choses égales par ailleurs, le taux de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie affectée au Fonds CMU-C (6,27% depuis 2011) devrait alors être relevé de 3,8 à 6,6 points afin de compenser ce surcroît de charges ».

Cependant, l'évolution des taux de recours sur la période récente montre que ce risque financier lié à une éventuelle réalisation des engagements financiers reste limité, compte tenu des évolutions très mesurées des taux de recours d'une année sur l'autre et considérant qu'un point de taux de recours supplémentaire représente, pour les deux dispositifs, de l'ordre de 50 M€ de dépenses supplémentaires.

Le taux de recours à la CMU-C est en effet plutôt stable depuis 2013 ; celui de l'ACS a progressé entre 2 et 4 points en 2015, probablement sous l'effet de la réforme des contrats intervenue au 1^{er} juillet 2015 et des campagnes de communication qui ont alors été déployées.

Conclusion

Disposer d'un contrat de complémentaire santé constitue un prérequis nécessaire pour accéder aux soins et réduire les inégalités de santé. Mises en place au début des années 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), puis l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), ont contribué à la généralisation d'une couverture complémentaire parmi les plus pauvres et permis de réduire significativement la part des personnes non couvertes (de 10 % en 2000 à 5 % en 2012 selon les données de l'enquête santé protection sociale de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)).

En 2004, face à l'effet de seuil produit par la CMU-C, qui se traduisait par une « trappe de non couverture » pour les assurés dont les ressources dépassaient de 1 € le plafond de la CMU-C et qui ne disposaient pas d'une couverture d'entreprise, le choix a été fait de construire un second étage au dispositif, *via* la création de l'ACS, « chèque » de subvention à l'acquisition d'un contrat privé de complémentaire santé auprès d'un assureur (mutuelle, entreprise d'assurance ou institution de prévoyance).

La mise en place de l'ACS, si elle a permis de « solvabiliser » pour partie l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé pour des populations non couvertes par la CMU-C, n'a pas totalement supprimé l'effet de seuil, compte tenu des avantages comparatifs de la CMU-C par rapport à l'ACS. Les nombreux diagnostics du Fonds CMU-C sur le coût et la qualité des garanties souscrites dans le cadre de l'ACS ont montré que les bénéficiaires de l'ACS étaient confrontés à des restes à charge conséquents (sur l'acquisition du contrat et sur les prestations).

Pour des considérations de coût pour les finances publiques, l'option d'élargir la couverture gratuite de la CMU-C, en relevant son plafond de ressources, n'a pas été retenue, pas plus que celle de la création d'une CMU-C payante avec le versement d'une cotisation au-delà du seuil de ressources de la CMU-C et en dessous du seuil d'exclusion de l'ACS.

En 2015, le législateur a décidé de définir des contrats types, garantissant une couverture minimale de qualité, et d'élargir à l'ACS les avantages connexes déjà associés à la CMU-C : dispense totale d'avance de frais

lors des consultations, exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 €. Un processus de mise en concurrence des organismes complémentaires a permis de sélectionner les meilleures offres pour trois types de contrats garantissant un socle de prise en charge similaire à celui de la CMU-C (financement du ticket modérateur à 100%, financement du forfait hospitalier sans limite de durée) ainsi que la prise en charge, variable d'un type de contrat à l'autre, d'une partie des soins coûteux (optique, prothèses dentaires, audioprothèses)¹⁵⁸.

Le bilan de cette réforme, réalisé par le Fonds CMU-C en lien avec les groupements chargés de gérer les offres retenues, montre que la sélection des contrats éligibles à l'ACS a eu les effets escomptés, à savoir une nette amélioration de la qualité des contrats avec conjointement une baisse de prix. L'ACS finance après réforme 62 % du prix d'acquisition du contrat, contre 55 % avant réforme. Cette réforme semble également avoir eu un premier effet positif sur le recours au dispositif, le taux de non recours à l'ACS en 2015 ayant diminué de quelques points par rapport à 2014, selon les dernières évaluations de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales (DREES). L'incidence positive sur le recours au dispositif reste toutefois encore à venir, compte tenu du caractère récent de cette réforme.

Si le recours aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS est resté relativement stable ces dernières années, le nombre de bénéficiaires a fortement progressé, sous l'effet de l'élargissement à une population croissante, *via* des relèvements successifs des plafonds de ressources des dispositifs. En particulier, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le seuil de ressources a fait l'objet d'un relèvement exceptionnel en juillet 2013 (de 7 % au-delà de l'indexation sur l'inflation), afin de porter ce seuil au niveau du seuil de pauvreté et de permettre ainsi aux personnes pauvres de bénéficier d'une couverture complémentaire, prenant en charge tout ou

¹⁵⁸ Cette prise en charge reste moins avantageuse que celle procurée par le panier CMU-C qui, pour une partie de ces soins, prend en charge des dépassements d'honoraires dans la limite de plafonds opposables.

partie de leurs dépenses de santé. En 2014, le plafond de l'ACS atteint près de 100 % du seuil de pauvreté. Pour autant, l'objectif de couverture de la population pauvre n'est pas atteint, ce qui s'explique par des phénomènes de non recours au droit.

Il reste que cette mesure a mis fin au décrochage entre les seuils d'éligibilité aux dispositifs revalorisés en fonction des prix et le seuil de pauvreté dont l'évolution suit celle du revenu médian ; elle a permis à près de 1 million de personnes d'accéder à des dispositifs qui ne leur auraient pas été ouverts sinon.

S'agissant du non recours, la principale explication commune à la CMU-C et à l'ACS est toujours la complexité administrative des démarches. Pour les personnes les plus précaires, le non recours à la CMU-C, dispositif de mieux en mieux connu, est principalement attribuable à une non demande, y compris pour des personnes en ayant déjà bénéficié. Cela renvoie à la complexité des démarches lors de l'ouverture du droit mais également lors du renouvellement de la demande, ainsi qu'à l'accompagnement dans ces démarches par les acteurs locaux.

En ce sens, l'automatisation de l'accès aux dispositifs pour les bénéficiaires de minima sociaux, dont les ressources sont connues par les caisses, constitue une voie d'amélioration (sur le modèle de ce qui a été mis en place pour l'accès à la CMU-C des bénéficiaires du RSA ou pour le renouvellement automatique de l'ACS des retraités qui perçoivent l'ASPA).

De même, la simplification de l'évaluation des ressources lors de l'instruction des demandes, qui demeure complexe pour les caisses comme pour le demandeur, s'inscrit dans une démarche générale de simplification. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 met en place une mesure visant à simplifier l'examen des revenus issus du patrimoine, qui seront désormais ceux correspondant à la déclaration fiscale de l'année antérieure, transmise par la DGFIP à la CNAMTS.

Cette évolution réglementaire ne revient toutefois pas sur le principe d'évaluation des autres ressources du foyer au cours des douze derniers mois. Une autre évolution, qui consisterait à se fonder sur les déclarations fiscales de l'année antérieure pour l'évaluation de l'ensemble des ressources, plus simple sur le plan de l'instruction des droits, aboutirait à déconnecter dans le temps la perception des aides de la situation économique et sociale réelle des demandeurs.

Enfin, dans le cadre des réflexions structurelles actuelles (allocation sociale unique, partage entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, etc.) et des réformes qui pourraient en découler, la place des dispositifs d'aide à la complémentaire santé devra faire l'objet d'une réflexion, sans que soit occulté leur rôle majeur dans l'accès aux soins des plus pauvres et la réduction des inégalités d'accès aux soins.

.

Propositions

Proposition 1 – Concentrer les aides extralégales versées par les caisses d'assurance maladie, sur les bénéficiaires de l'ACS qui, malgré la réforme de 2015, conservent les plus gros reste à payer sur leur contrat (ex : personnes âgées) ainsi que sur les personnes modestes dont les ressources les excluent de peu du dispositif (effet de seuil résultant du plafond de ressources, inchangé avec la réforme de 2015).	38
Proposition 2 – Étendre le suivi statistique des bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA à l'ensemble des régimes de base.	49
Proposition 3 – Fournir annuellement au Fonds CMU-C des données récentes de consommation de soins par consommant et par poste de soins et développer des études ad-hoc sur l'état de santé et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, RSI et CCMSA).	60
Proposition 4 – Créer un observatoire d'analyse de la dépense CMU-C en s'appuyant sur des CPAM (Fonds CMU-C)	84
Proposition 5 – Élargir à plusieurs départements l'étude effectuée sur la dépense du poste forfait hospitalier, afin de mieux connaître le poids de la CMU-C dans le financement des maisons d'accueil spécialisées.	85
Proposition 6 – Dans le cadre de la transposition des tarifs opposables des soins prothétiques dentaires aux bénéficiaires de l'ACS, mettre en place un suivi de l'effectivité de l'application des tarifs opposables (CNAMTS).	93
Proposition 7 – Étudier les besoins de prise en charge relatifs à la LPP des personnes en situation de handicap, dans le cadre du panier de soins CMU-C et des contrats ACS.	93
Proposition 8 – Mettre en œuvre des indicateurs de suivi de la bonne application de l'article 38.3 de la convention médicale du 25 août 2016 concernant l'opposabilité des tarifs aux bénéficiaires de l'ACS (par exemple nombre d'avertissements envoyés par les caisses d'assurance maladie dans le cadre de la procédure de sanction).	112
Proposition 9 – Mener une réflexion avec la DREES sur les modalités d'estimation des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS dans les départements d'outre-mer. – Proposition Cour des comptes, rapport juin 2015.	115
Proposition 10 – Favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi et en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA. – Proposition Cour des comptes, rapport juin 2015.	115
Proposition 11 – Poursuivre la simplification des documents adressés aux bénéficiaires lors de la notification d'attribution de l'ACS en tenant compte du niveau de compréhension du dispositif.	130

Proposition 12 – Sur la base de l’exploitation des listes des bénéficiaires potentiels issus des fichiers de la CNAF et de la CNAVTS, destinataires d’un courrier de sensibilisation à l’ACS, réaliser une étude sur le profil des populations « recourantes » et « non recourantes » (CNAMTS).	132
Proposition 13 – Réaliser une opération d’envoi de courriers au « stock » des populations identifiées comme éligibles à l’ACS et non recourantes, les courriers actuels ne concernant que les flux entrants. .	133
Proposition 14 – Étendre aux associations locales œuvrant dans la lutte contre l’exclusion, l’accès à la Ligne Urgence Précarité mise en place par les CPAM, qui permet de disposer d’un interlocuteur pour la gestion des situations d’urgences médico-administratives.....	135
Proposition 15 – Refondre la page dédiée à la santé du site www.jeunes.gouv.fr afin d’apporter aux jeunes une réponse synthétique prenant en compte leur niveau d’information.	138
Proposition 16 – Rendre obligatoire l’usage de @RSA dans la branche famille et l’usage du module santé de @RSA pour la pré instruction des droits à la CMU-C.....	145
Proposition 17 – Développer des outils homogènes au sein des CAF afin d’évaluer l’effectivité des droits ouverts à la suite des rendez-vous des droits, en particulier pour la pré instruction des droits à la CMU-C des allocataires du RSA	145
Proposition 18 – Évaluer l’utilisation de l’outil @RSA et son module santé dédié à la pré instruction de la CMU-C au sein des conseils départementaux.	145
Proposition 19 – Simplifier le formulaire de demande et alléger les pièces justificatives à produire lors de l’instruction et plus encore lors du renouvellement des droits à la CMU-C et à l’ACS.	150
Proposition 20 – Étudier l’opportunité et la faisabilité d’une procédure d’octroi et de renouvellement automatique de l’ACS pour les bénéficiaires de l’AAH éligibles.	150
Proposition 21 – Après une première attribution de la CMU-C, permettre une continuité des droits à la CMU-C des allocataires du RSA en mettant en place des échanges automatisés entre les CAF et les caisses d’assurance maladie.....	150
Proposition 22 – Évaluer le préjudice financier induit par les anomalies et les fraudes constatées par les régimes d’assurance maladie.	154
Proposition 23 – Associer le Fonds CMU-C aux actions de suivi relatives à la fraude à la CMU-C et à l’ACS.	154
Proposition 24 – Dans le cadre de la commission sur le refus de soins, définir précisément le refus de soins dans toutes ses formes (refus de dispense d’avance des frais, dépassements d’honoraires non autorisés, rendez-vous tardifs, etc.). Etudier la faisabilité de renforcer les outils juridiques de lutte contre le refus de soins	163

Pistes de travail

Piste de travail 1 – Réaliser une étude sur le recours des bénéficiaires du RSA à la CMU-C à partir des données d'un échantillon de caisses locales.	49
Piste de travail 2 – Procéder à une étude approfondie des besoins de prise en charge des soins parodontiques, en vue d'un éventuel élargissement du périmètre du panier de soins dentaires de la CMU-C.	93
Piste de travail 3 – Proposer des actions de communication ciblées sur les dispositifs d'assurance maladie y compris la CMU-C, en particulier vis-à-vis des jeunes.....	123
Piste de travail 4 – Mener une étude sur les causes de non renouvellement CMU-C	123
Piste de travail 5 – Renforcer les partenariats locaux pour détecter des situations de non-recours aux soins et aux droits (sur le modèle de PFIDASS, plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé élaborée à titre expérimental par la CPAM du Gard)	125
Piste de travail 6 – Solliciter la CNAMTS pour qu'elle lance une étude sur la caractérisation des refus (mesure du niveau des dépassements) découlant des courriers en distinguant leur origine (courriers CNAF / courriers CNAVTS). Cette étude pourrait être réalisée auprès de deux CPAM volontaires.	132
Piste de travail 7 – Étendre l'action d'accompagnement et de lutte contre le non recours de la CNAMTS (PLANIR), à destination des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, aux directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse.	136
Piste de travail 8 – À l'image de ce qui est fait par la MSA et prévu par la CNAMTS (télé services), généraliser la mise en place d'outils permettant la demande en ligne de la CMU-C et de l'ACS.....	151
Piste de travail 9 – Établir un bilan annuel pour chacun des motifs de fraudes : résidence, identité, ressources.....	154
Piste de travail 10 – Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux sujets d'inégalités sociales de santé et de précarité tout au long du cursus de formation.	163
Piste de travail 11 – Dans le cadre de la mise en place de la commission prévue par le décret n°2016-1009 en application de la loi de modernisation de notre système de santé, actualiser le taux des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS par la réalisation de nouvelles études.	163

Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ANI	Accord national interprofessionnel
BO	Bulletin officiel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Dom	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EN3S	Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Institution de prévoyance
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances

OC	Organisme complémentaire
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PUMA	Protection universelle maladie
RAC	Reste à charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SLM	Section locale mutualiste
TR	Tableau récapitulatif
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, « Taxe CMU »
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Annexes

ANNEXE 1. LETTRE DE MISSION



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales et de la santé

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
SD2A
Sarah CHAMPENOIS
☎ : 01.40.58.70.18
sarah.champenois@sante.gouv.fr
N° D-2016-1488

Paris, le - 4 MAI 2016

Madame la Directrice,

Le Fonds CMU, compte tenu de sa position centrale au cœur des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, a été chargé, depuis l'origine, d'élaborer au nom du Gouvernement, l'ensemble des rapports bisannuels d'évaluation de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), prévus par son article 34, dont le dernier a été remis en 2014.

Un nouveau rapport doit donc être remis au Parlement cette année et j'ai souhaité à nouveau vous en confier la rédaction. Vous voudrez bien, à cette fin, 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 conviendrait, conformément à l'objectif du rapport prévu par la loi, d'informer le Parlement sur la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), et plus précisément sur les bénéficiaires de ces dispositifs et les dépenses afférentes.

Une attention particulière sera portée à l'analyse des actions mises en œuvre pour développer le recours à ces aides parmi lesquelles la revalorisation exceptionnelle du plafond de la CMU-c intervenue en juillet 2013, la mise en concurrence des contrats susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice de l'ACS au 1^{er} juillet 2015 et l'application du tiers payant intégral.

De même, les pratiques de refus de soins dont sont notamment victimes les bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS seront également analysées à la lumière des études disponibles sur le sujet.

Madame Marianne CORNU-PAUCHET,
Directrice du Fonds CMU
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 PARIS

Dans une approche prospective, il conviendrait par ailleurs d'analyser l'adéquation du contenu du panier de soins dentaire applicable aux bénéficiaires de la CMU-c aux besoins de ces assurés en formulant, le cas échéant, des propositions d'amélioration sur les prestations comprises dans ce panier ou sur leur niveau de prise en charge et ce en s'appuyant sur l'ensemble des études pouvant être produites notamment par la CNAMTS.

Je souhaite qu'une première version de votre rapport puisse m'être remise avant la fin du mois de septembre 2016 et que sa partie relative au panier de soins dentaires me soit communiquée avant la fin du premier semestre 2016.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur (a.) Sécurité Sociale



Thomas FATOME

ANNEXE 2. LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES DE 2014 À 2016

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Loi n°2016-1827	23/12/2016	24/12/2016	01/01/2017		
De financement de la sécurité sociale pour 2017 L'article 31 proroge la participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte. L'article 34 supprime, à compter du 1er janvier 2017, la fraction des droits tabacs (3,5 %) affectée au Fonds CMU. La partie de la TSA antérieurement affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS est désormais affectée exclusivement au Fonds CMU et à la CNAMTS. 20,18 % sont affectés au Fonds CMU, le reste étant attribué à la CNAMTS. L'article 61 prévoit de préciser par décret en Conseil d'État les modalités spécifiques de prise en compte du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci.				JORF n° 0299	Parlement
Arrêté	14/12/2016	17/12/2016	01/01/2017		
Fixant pour 2017 la part forfaitaire du remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses au titre de la couverture universelle maladie complémentaire (fixé à 415 €)				JORF n° 0293	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	20/10/2016	23/10/2016	01/01/2017		
Portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016				JORF n° 0248	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	10/11/2016	18/11/2016	19/11/2016		
Fixant le montant du versement complémentaire pour 2015 mentionné à l'article D. 862-6 du code de la sécurité sociale				JORF n° 0268	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-1009	21/07/2016	23/07/2016	24/07/2016		
Relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins				JORF n° 0170	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-979	19/07/2016	21/07/2016	22/07/2016		
Relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale				JORF n° 0168	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-509	25/04/2016	27/04/2016	28/04/2016		
Relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de soixante-cinq ans et plus				JORF n°0099	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	18/03/2016	24/03/2016	01/04/2016		
Fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0071	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-272	04/03/2016	06/03/2016	07/03/2016		
Relatif aux modalités de déclaration et de recouvrement applicables à la taxe de solidarité additionnelle				JORF n°0056	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-7	05/01/2016	07/01/2016	08/01/2016		
Relatif aux exceptions à l'application du principe « silence vaut rejet » sur le fondement du 3° du I de l'article 21 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations				JORF n°0005	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Arrêté	05/02/2016	10/02/2015	01/01/2016		
Fixant pour 2016 le montant du forfait annuel défini au deuxième alinéa du a de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale (412 euros)				JORF n°0034	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n°2016-41	26/01/2016	27/01/2016	28/01/2016		
De modernisation de notre système de santé L'article 85 confie aux ordres professionnels l'évaluation des refus de soins. L'article 86 prévoit l'encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'ACS.				JORF n°0022	Parlement
Décision	08/01/2016	15/02/2016	01/01/2016		
Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2016				BO Santé Protection sociale Solidarité Solidarités n°1	Fonds CMU
Décret n°2015-1883	30/12/2015	31/12/2015	01/01/2016		
Pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016				JORF n°0303	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n°2015-1776	28/12/2015	29/12/2015	01/01/2016		
Relative à l'adaptation de la société au vieillissement L'article 40 prévoit le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.				JORF n°0301	Parlement
Loi n°2015-1702	21/12/2015	22/12/2015	01/01/2016		
De financement de la Sécurité sociale pour 2016 L'article 27 prévoit le passage de 7 % à 14 % du taux de la TSA applicable aux contrats concernant les personnes non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie. L'article 33 prévoit la labellisation de contrats de complémentaire santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus. L'article 34 prévoit la création d'une aide individuelle versée par l'employeur aux salariés en CDD, en contrat de mission ou à temps partiel, destinée au financement d'une complémentaire santé. L'article 34 instaure également une dispense d'adhésion de plein droit à un contrat collectif obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. L'article 36 prolonge d'un an la contribution des organismes complémentaires au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins. L'article 59 met en place la protection universelle maladie L'article 61 met en place des modalités de résiliation dérogatoires des contrats de complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS. L'article 89 fixe au 1er avril la date de revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS et met en place un bouclier garantissant le maintien des plafonds à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative.				JORF n°0296	Parlement
Arrêté	21/07/2015	29/07/2015	30/07/2015		
Fixant le modèle du formulaire unique "Demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'aide pour une complémentaire santé (ACS)				JORF n°0173	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Arrêté	29/06/2015	30/06/2015	01/07/2015		
Relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS				JORF n°0149	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Décret n° 2015-770	29/06/2015	30/06/2015	01/07/2015		
Relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé				JORF n°0149	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes



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

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS
Tél. : 01 58 10 11 90 / Fax. : 01 58 10 11 99
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

www.cmu.fr