

Rapport d'évaluation de la CMU

Décembre 2003

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

Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS

☎ 01.58.10.11.90 📠 01.58.10.11.99

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1. LES BENEFICIAIRES DE LA LOI DU 27 JUILLET 1999.....	5
1.1. La CMU de base.....	5
1.1.1. <i>Historique.....</i>	5
1.1.1.1. <i>L'assurance personnelle.....</i>	5
1.1.1.2. <i>L'assurance maladie universelle.....</i>	5
1.1.1.3. <i>La couverture maladie universelle.....</i>	6
1.1.1.4. <i>Le financement de la couverture maladie universelle de base.....</i>	7
1.1.2. <i>Les catégories de bénéficiaires visés par de la couverture de base.....</i>	7
1.1.3. <i>La répartition géographique.....</i>	8
1.1.4. <i>Des lieux de domiciliation insuffisants.....</i>	8
1.1.5. <i>Bilan de l'affiliation au titre de la résidence.....</i>	10
1.2. La CMU complémentaire.....	11
1.2.1. <i>Léger retour en arrière.....</i>	11
1.2.2. <i>Le nombre de bénéficiaires.....</i>	12
1.2.3. <i>Répartition géographique.....</i>	14
1.2.4. <i>Les départements d'outre-mer.....</i>	17
1.2.5. <i>La répartition par sexe et par âge des bénéficiaires.....</i>	17
1.2.6. <i>Ecart aux prévisions initiales, non recours et qualité des données.....</i>	18
1.3. La CMU et l'aide médicale de l'Etat.....	19
1.3.1. <i>Les caractéristiques du dispositif de l'aide médicale de l'Etat.....</i>	19
1.3.1.1. <i>Définition de l'aide médicale.....</i>	19
1.3.1.2. <i>Les soins pris en charge.....</i>	20
1.3.1.3. <i>Des cas particuliers.....</i>	21
1.3.2. <i>Les bénéficiaires de l'aide médicale.....</i>	21
1.3.3. <i>Les dépenses des bénéficiaires de l'aide médicale.....</i>	23
1.3.4. <i>La nécessité d'une gestion plus rigoureuse.....</i>	24
2. ACCES AU DROIT ET AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS.....	25
2.1. L'examen de l'ouverture des droits.....	25
2.1.1. <i>Les éléments constitutifs du dossier.....</i>	25
2.1.1.1. <i>Le foyer CMU.....</i>	25
2.1.1.2. <i>Notion de ressources.....</i>	25
2.1.2. <i>La procédure d'examen de la demande.....</i>	27
2.1.2.1. <i>Un lieu unique : la caisse.....</i>	27
2.1.2.2. <i>La constitution du dossier.....</i>	27
2.1.2.3. <i>Le contrôle du dossier.....</i>	30
2.1.2.4. <i>L'ouverture du droit.....</i>	31
2.1.2.5. <i>Le renouvellement du droit.....</i>	32
2.1.3. <i>Les difficultés d'application.....</i>	32
2.1.4. <i>La fraude à la CMU-C.....</i>	34
2.1.5. <i>Le contentieux.....</i>	36
2.2. L'accès aux soins des plus démunis.....	38
2.2.1. <i>La perception des acteurs.....</i>	38
2.2.2. <i>Les prestations prises en charge par la CMU.....</i>	39

2.2.3. <i>Les difficultés relevées</i>	40
2.3. Structure et niveau des dépenses	42
2.3.1. <i>Les dépenses CMU-C à la CNAMTS</i>	42
2.3.1.1. Le coût moyen des caisses d'assurance maladie du régime général.....	42
2.3.1.2. Les variations départementales et régionales.....	43
2.3.2. <i>Les dépenses des autres régimes</i>	47
2.3.2.1. Les dépenses des ressortissants de la CCMSA	47
2.3.2.2. Les dépenses des ressortissants de la CANAM	48
2.3.3. <i>La consommation totale de soins des bénéficiaires de la CMU-C</i>	50
2.3.3.1. Un état de santé précaire des bénéficiaires de la CMU-C	50
2.3.3.2. Un accès particulier aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C....	52
2.3.3.3. Une dépense « moyenne » plus importante.....	54
2.4. Les professionnels de santé et la loi CMU	56
2.4.1. <i>L'attitude des professionnels de santé face aux bénéficiaires de la CMU</i>	56
2.4.1.1. Le refus de soins	56
2.4.1.2. Le dispositif juridique applicable en cas de blocage.....	57
2.4.1.3. Les autres causes de problèmes	57
2.4.1.4. Le bénéficiaire pose parfois des difficultés au professionnel de santé	58
2.4.2. <i>Une situation différente selon les professions de santé</i>	58
2.4.2.1. Les dentistes et la CMU	58
2.4.2.2. Les autres professions et prestataires de santé.....	59
2.4.3. <i>Appréciation générale positive</i>	60
3. LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES DANS LE DISPOSITIF CMU-C	61
3.1. Données statistiques commentées	61
3.1.1. <i>Evolution du nombre de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif</i>	61
3.1.2. <i>Répartition des bénéficiaires au sein des organismes complémentaires</i>	61
3.1.3. <i>Répartition des bénéficiaires rattachés à des OC entre régimes d'attribution</i>	62
3.1.4. <i>Répartition sur le territoire du choix d'option</i>	63
3.1.5. <i>Répartition par sexe et par âge des bénéficiaires</i>	64
3.2. La liste des organismes volontaires à la gestion de contrats CMU-C	64
3.2.1. <i>La liste 2002 : des régularisations administratives</i>	65
3.2.2. <i>La liste 2003 : des retraits volontaires consécutifs à la charge financière</i>	65
3.2.3. <i>Une mise à jour exceptionnelle</i>	65
3.2.4. <i>La liste 2004 : poursuite des retraits</i>	66
3.3. Les relations régimes de base / organismes complémentaires	67
3.3.1. <i>Les conditions d'exercice du droit d'option</i>	67
3.3.2. <i>Les procédures télématiques prévues pour assurer le tiers payant coordonné</i>	67
3.3.2.1. Définitions et conditions de mise en oeuvre	67
3.3.2.2. Difficultés rencontrées et solutions envisagées	68
3.4. Le coût moyen dans les organismes complémentaires	70
3.4.1. <i>Les organismes complémentaires</i>	70
3.4.2. <i>Les dépenses 2001 des organismes complémentaires</i>	71
3.4.3. <i>Les dépenses 2002</i>	72
3.4.4. <i>Evolution des dépenses par nature sur trois ans</i>	75
3.4.5. <i>Comparaison des dépenses par nature en 2002, selon les familles d'OC</i>	77
3.4.6. <i>Les organismes complémentaires et le forfait</i>	79
4. ELEMENTS FINANCIERS CONCERNANT LA CMU-C	80
4.1. Les recettes du Fonds CMU	80

4.1.1. La dotation budgétaire de l'Etat.....	80
4.1.2. La contribution des organismes complémentaires.....	80
4.2. Les dépenses du Fonds CMU	82
4.2.1. Les remboursements aux régimes obligatoires	82
4.2.2. Les versements aux organismes complémentaires.....	83
4.3. Les comptes du Fonds CMU	83
4.3.1. Présentation comptable des comptes du Fonds.....	83
4.3.2. Présentation économique des comptes du Fonds	84
4.4. Le coût global de la CMU-C et celui pour l'Etat.....	84
5. LE TRAVAIL DU FONDS CMU	87
5.1. Taxe et paiement	87
5.1.1. Le recouvrement de la taxe par les URSSAF.....	87
5.1.2. Le contrôle des déductions réalisé par le Fonds	89
5.1.3. Les versements du Fonds aux organismes complémentaires.....	90
5.2. Les autres missions du fonds.....	91
5.2.1. Le conseil de surveillance du Fonds CMU	91
5.2.2. Le suivi de la CMU-C.....	92
5.2.3. Circulation de l'information.....	93
6. LES AIDES A LA SORTIE DU DISPOSITIF CMU-C.....	94
6.1. L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire	95
6.1.1. Un principe repris par les trois grands régimes et par l'Etat.....	95
6.1.1.1. Le régime général.....	95
6.1.1.1.1. Du soutien initial aux dispositifs locaux.....	95
6.1.1.1.2. ... Vers la convergence nationale.....	96
6.1.1.2. Le régime des travailleurs indépendants	98
6.1.1.3. Le régime agricole	100
6.1.2. Résultats.....	100
6.1.2.1. Le régime général.....	100
6.1.2.1.1. Dispositifs locaux.....	100
6.1.2.1.2. Dispositif national	102
6.1.2.1.3. Premières impressions : le constat d'un échec	104
6.1.2.2. Le régime des travailleurs indépendants	105
6.1.2.3. Le régime agricole	106
6.1.3. Les contrats à tarif préférentiel	106
6.1.4. L'échec des aides pour une couverture complémentaire.....	107
CONCLUSION	109

INTRODUCTION

L'article 34 de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) dispose que « le Gouvernement présentera au Parlement tous les deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi. »

Le premier rapport d'évaluation de la loi a été rédigé en décembre 2001 par Monsieur Yves Carcenac et Madame Evelyne Liouville, membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

Le second rapport d'évaluation doit donc être présenté en décembre 2003. Il a été confié au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées par une lettre en date du 1^{er} septembre 2003 (cf. annexe 1).

Ce rapport, s'il reprend le schéma de présentation du premier rapport d'évaluation, en diffère cependant de façon sensible sur la nature des informations qu'il a rassemblées et des observations qui ont pu être faites.

En effet, le premier rapport se devait avant tout de montrer et d'analyser comment la loi s'était effectivement appliquée à compter du 1^{er} janvier 2000.

Le second rapport, s'il fait référence par construction aux observations de la période 2000/2001 décrites dans le premier rapport d'évaluation, s'attache essentiellement à la période 2002/2003, période au cours de laquelle la CMU a atteint son régime de croisière.

Les difficultés rencontrées au début de la mise en œuvre du dispositif ont été pour la plupart résolues.

Ceci ne veut pas dire qu'il n'existe pas encore des améliorations du dispositif à mettre en œuvre ; mais le sentiment général positif qui se dégageait du premier rapport d'évaluation peut être légitimement conforté.

La CMU est entrée dans les mœurs et les habitudes de la plupart des acteurs concernés.

Reste cependant en particulier la question de l'atténuation de l'effet de seuil du plafond CMU-C qui demeure sans solution satisfaisante jusqu'à présent.

1. LES BENEFICIAIRES DE LA LOI DU 27 JUILLET 1999

1.1. La CMU de base

L'article 1 de la loi du 27 juillet 1999 a créé une « couverture maladie universelle » qui garantit une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie à toutes les personnes résidentes en métropole et dans les départements d'outre mer. La CMU de base ne concerne que les personnes qui ne sont pas affiliées à un autre titre, ou comme ayant droit d'un assuré social. Cette couverture est une modalité particulière d'affiliation au régime général mais ne constitue pas un régime particulier. Ces dispositions abrogent les dispositions antérieures concernant le régime de l'assurance personnelle.

1.1.1. Historique

1.1.1.1. L'assurance personnelle

Le principe de l'affiliation de tous les résidents à l'assurance maladie avait été posé par la loi relative à la généralisation de la sécurité sociale du 2 janvier 1978, qui avait créé le régime subsidiaire de l'assurance personnelle. L'assurance personnelle avait pour but de couvrir la petite partie de la population encore dépourvue d'assurance maladie (environ 3 % de la population).

L'assuré personnel était tenu soit de cotiser sur ses revenus (avec une cotisation plancher dont le montant serait aujourd'hui d'environ 2 250 €), soit de faire prendre en charge sa cotisation par un tiers (CAF pour certaines familles allocataires, Service de l'allocation spéciale vieillesse - SASV - géré par la Caisse des dépôts et consignations pour certains des allocataires du minimum vieillesse, Conseils généraux pour les bénéficiaires de l'aide médicale, Etat pour les personnes sans résidence stable).

Ce dispositif, par nature complexe, engendrait de nombreux conflits de compétences : les personnes les plus démunies se retrouvaient avec des droits non mis à jour, les collectivités publiques se plaignaient de payer des cotisations indues. Les nombreuses tentatives pour améliorer le fonctionnement de l'assurance personnelle (loi de 1988 instaurant le RMI, loi de 1992 réformant l'aide médicale) ne sont pas parvenues à corriger les difficultés d'accès aux droits.

1.1.1.2. L'assurance maladie universelle

Le plan de réforme de la sécurité sociale annoncé le 15 novembre 1995, dit plan Juppé, avait envisagé une réforme radicale de l'assurance maladie, pour prendre acte du fait que la totalité de la population était de facto couverte par l'assurance maladie. Le droit à l'assurance maladie universelle (AMU) aurait été un droit individuel, fondé sur la résidence, et non sur le rattachement à une activité professionnelle. Les nombreux régimes de sécurité sociale, tout en conservant la gestion des prestations, auraient ainsi perdu leur identité. Les règles complexes permettant l'ouverture des droits auraient pu être simplifiées. Le projet n'a pas abouti en raison des oppositions qu'il avait suscitées et du changement de gouvernement.

1.1.1.3. La couverture maladie universelle

La réforme introduite par la couverture maladie universelle est moins ambitieuse que celle de l'assurance maladie universelle. Elle a une visée essentiellement pragmatique, en reprenant les dispositions de l'assurance personnelle, pour en corriger les principaux dysfonctionnements.

L'affirmation du caractère obligatoire et immédiat de l'assurance maladie sur critère de résidence (L. 161-2-1) oblige le régime général à ouvrir le droit puis à vérifier ultérieurement à quel titre les personnes peuvent être assurées : cette inversion de la charge de la preuve est importante pour réduire le nombre de personnes ayant des droits potentiels, mais qui ne parviennent pas à les faire valoir.

L'unification du financement, qui ne relève plus que de ressources affectées à l'assurance maladie, permet de sortir des conflits de compétence entre les financeurs tiers au titre de l'aide médicale.

L'attribution d'une carte autonome (L. 161-14-1) aux ayants droit simplifie l'accès aux soins pour des personnes dont la situation sociale et familiale est complexe (enfants mineurs de plus de 16 ans, enfants de l'Aide sociale à l'enfance, conjoints, concubins, etc.). Cette disposition permet à ceux-ci d'être remboursés sur leur propre compte des dépenses de soins qu'ils ont engagées. Pour la mise en œuvre de cette mesure, il n'est pas nécessaire de disposer d'une carte électronique car une simple attestation papier de cette qualité suffit.

Les conditions d'accès à la CMU de base, en terme de stabilité et de régularité de la résidence sont définies par l'article R. 380-1 du code de la sécurité sociale (décret n° 99-1005 du 1^{er} décembre 1999). Pour avoir accès à la CMU de base, les demandeurs doivent justifier qu'ils résident en France ou dans un département d'outre-mer, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Certains demandeurs sont exonérés de ce délai de résidence (bénéficiaires du RMI, demandeurs d'asile, par exemple). La stabilité de la résidence est établie par tout moyen (trois quittances successives de loyer, deux factures successives d'électricité, etc.).

En outre, la régularité de la résidence pour les étrangers s'apprécie au moyen de la production par le ressortissant de nationalité étrangère d'un titre ou de tout document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. A défaut de la production d'une carte de séjour (carte de résident, carte de séjour temporaire), dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, rendez-vous ou convocation en préfecture, etc.) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour à la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de la résidence définie à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale.

1.1.1.4. Le financement de la couverture maladie universelle de base

La CMU de base a pris la suite de l'assurance personnelle, et donc de ses financements.

Les personnes sont assujetties à une cotisation au delà du seuil d'exonération, fixé à 6 721 € par an à compter du 1^{er} octobre 2003. Cette cotisation est fixée à 8 % des revenus dépassant le plafond¹, ce qui est plus favorable pour les revenus modestes que l'assurance personnelle où il y avait une cotisation forfaitaire minimale. Ce plafond diffère légèrement de celui de la CMU-C. Les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire sont par définition exonérées de la cotisation.

Les crédits des Conseils généraux au titre de l'assurance personnelle dans le cadre de l'aide médicale ont été centralisés au niveau de l'Etat (diminution à concurrence de la dotation globale de décentralisation).

La CNAMTS a été attributaire de divers crédits budgétaires (antérieurement affectés à la CNAF ou au FSV) pour compenser la perte de recette des cotisations. Le rapport d'évaluation de 2001 a montré que l'opération était globalement neutre pour la CNAMTS. L'étude d'impact associée au vote de la loi prévoyait 1,18 milliards d'euros de recettes nouvelles pour 2000. Le rendement réel s'est élevé à 1,13 milliards d'euros.

Ces mécanismes de financement sont désormais internes au régime général et ne sont pas isolés comptablement.

1.1.2. Les catégories de bénéficiaires visés par de la couverture de base

Il y avait environ un million de personnes couvertes par l'assurance personnelle au moment de la mise en œuvre de la loi CMU le 1^{er} janvier 2000. Il y a environ 1,4 million de personnes couvertes au titre de la résidence en décembre 2002. La croissance par rapport à décembre 2001 est de 15%.

CMU de base (assurés et ayants droit)	Métropole déc-00	Dom déc-00	France entière déc-00	Métropole déc-01	Dom déc-01	France entière déc-01	Métropole déc-02	Dom déc-02	France entière déc-02
Critère de résidence avec cotisation	45 411	1 716	47 127	42 261	1 801	44 062	40 572	1 786	42 358
Critère de résidence sans cotisation	210 634	51 325	261 959	287 374	58 431	345 805	371 160	60 405	431 565
Critère de résidence sans cotisation assuré RMI	625 840	171 555	797 395	630 362	186 191	816 553	723 302	199 109	922 411
Autre	5 456	122	5 578	5 635	285	5 920	6 506	322	6 828
TOTAL	887 341	224 718	1 112 059	965 632	246 708	1 212 340	1 141 540	261 622	1 403 162

Source : CNAMTS

Ce dispositif est subsidiaire par rapport aux conditions habituelles d'affiliation : il a un rôle de dispositif balai de l'assurance maladie, ce qui explique le caractère hétéroclite des bénéficiaires. Par référence au tableau ci-dessus, il peut concerner :

- Des personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie à un autre titre, mais qui ont des revenus qui justifient un appel de cotisation. Il s'agit principalement de personnes vivant uniquement de leurs rentes (3 % des bénéficiaires sont des cotisants, et le nombre net a tendance à décroître lentement). La CMU peut dans certains cas concerner des

¹ Les plafonds de ressources pour l'accès à la CMU de base et à la CMU complémentaire sont très proches, mais non identiques. Pour la CMU de base, il s'agit des revenus fiscaux perçus au cours de l'année précédente. Pour la CMU-C, l'ensemble des revenus des 12 mois précédant la demande est pris en compte.

résidents en France travaillant en Suisse², lorsqu'ils n'ont pas d'assurance maladie professionnelle.

- Des bénéficiaires du RMI (près des deux tiers des bénéficiaires de la CMU de base). Il peut s'agir de personnes qui auraient des droits ouverts au titre de leur activité professionnelle, mais dont l'examen de la situation est renvoyé à plus tard : l'affiliation au titre de la résidence est sans conséquence (pas de cotisation). Cette dernière remarque indique que les chiffres concernant l'affiliation au titre de la résidence sont à interpréter avec précaution : cette procédure a pour fonction de donner un cadre de gestion aux situations en instance, ne reflétant pas toujours la situation réelle des assurés. Les chiffres globaux sont donc probablement sensiblement surévalués.
- Des personnes dépourvues d'assurance maladie en raison d'un changement de situation : jeunes adultes entrant sur le marché du travail sans droits acquis, étrangers ou nationaux s'installant en France, personnes en fin de périodes de maintien de droits (divorcés ou séparés, travailleurs indépendants ayant cessé leur activité), sortants de prison. L'affiliation au titre de la résidence est le plus souvent temporaire.

96 % des bénéficiaires de la CMU de base ont également droit à la CMU complémentaire.

19 % des bénéficiaires de la CMU de base résident dans les DOM. Ce pourcentage élevé tient pour partie aux conditions particulières d'emploi dans les DOM (les « jobeurs »³).

1.1.3. La répartition géographique

15 % de la population des DOM est affiliée au titre de la résidence, contre 1,9 % en métropole. Le taux des DOM peut éventuellement être mis en relation avec le taux de chômage.

Les départements qui ont un taux double de la moyenne métropolitaine (supérieur à 3,8 %) sont, d'une part la Corse, d'autre part, Paris, la Seine-Saint-Denis et les Bouches-du-Rhône. Ces derniers départements ont des caractéristiques communes : très grandes métropoles, intensité de la pauvreté, population d'origine étrangère importante. Le suivi des droits est aussi probablement un peu plus difficile dans des caisses très importantes, qui peuvent avoir des difficultés à rester en contact avec leurs assurés.

Les départements aux taux élevés entre 3 et 3,8 % sont globalement ceux de la région Languedoc-Roussillon (sauf la Lozère) et le Vaucluse. Là encore on pourrait trouver des caractéristiques communes entre ces départements de la zone méditerranéenne.

1.1.4. Des lieux de domiciliation insuffisants

Une procédure de domiciliation a été instaurée pour la couverture maladie universelle et l'aide médicale de l'Etat. Elle permet aux personnes sans domicile fixe, en habitat mobile ou en habitat très précaire, d'avoir une adresse administrative pour faire valoir leurs droits sociaux et pour remplir leurs obligations. Les articles L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale et L. 252-2 du code de la

² La Suisse est le seul pays frontalier ne faisant pas partie de la CEE, et ayant une réglementation propre en matière d'assurance maladie. Cette situation particulièrement complexe a justifié de nombreuses circulaires : 24 juillet 2000, 2 août 2002, 25 juillet 2003...

³ Le terme de « jobeurs » désigne dans les DOM les personnes vivant de nombreux petits emplois précaires non déclarés (des jobs), dans un contexte particulièrement difficile en matière d'emploi.

famille et de l'aide sociale mentionnent le rôle des organismes agréés par le préfet et des centres communaux d'action sociale (qui n'ont pas besoin d'être agréés) dans le domaine de la domiciliation.

Un décret prévoyant les modalités d'agrément des associations habilitées à domicilier les demandeurs de CMU de base, prévu par la loi, n'est pas paru à ce jour. Afin de rendre effectif ce dispositif, une circulaire de la DSS renvoie aux modalités prévues pour l'AME.

Le premier rapport d'évaluation mentionnait déjà le retrait des CCAS et leur faible implication dans l'offre de domiciliation, mettant les associations dans une situation difficile.

Deux ans plus tard, la situation ne s'est pas améliorée. D'après un rapport de Médecins du monde : « Quand les CCAS acceptent de domicilier des personnes, celles-ci doivent souvent remplir certaines conditions, notamment au regard de leur situation administrative. Ce qui laisse en marge une partie importante de la population précaire. » Ce rapport cite entre autres critères de sélection : avoir un courrier de l'organisme instructeur qui précise que cette domiciliation est en vue d'une obtention d'un droit à la CMU ou à l'AME, bénéficiaire du RMI, avoir une demande écrite d'un travailleur social. Certains CCAS refuseraient toute domiciliation, sauf en cas d'hospitalisation.

Ces critères dépendent de la volonté du CCAS et sont donc très hétérogènes. L'activité de domiciliation est reportée sur des associations qui n'ont pas toujours la structure nécessaire pour accueillir tout le monde et se retrouvent donc devant la nécessité de sélectionner les personnes qu'elles domicilient.

Sur la région Ile-de-France, l'offre de domiciliation est insuffisamment développée, et elle est concentrée sur Paris. Il y a alors une distorsion entre le lieu de vie réel de l'individu et son lieu de domiciliation. Mais si la carte Vitale et l'attestation d'affiliation ont vocation à permettre le recours aux soins sur le territoire national, on peut tout de même observer une réticence de la part de certains professionnels à prendre en charge des personnes domiciliées en dehors du département où ils pratiquent, compte tenu des problèmes administratifs posés par leurs remboursements.

Quatre ans après la mise en place de la loi CMU, il n'y a toujours pas en pratique de réel service public de domiciliation alors que celui-ci est prévu par la loi. Ceci constitue une réelle difficulté à l'accès au droit.

Le régime des travailleurs indépendants souligne des difficultés particulières pour les personnes non sédentaires.

1.1.5. Bilan de l'affiliation au titre de la résidence

Il a été indiqué précédemment que les chiffres devaient être interprétés avec prudence, car l'affiliation au titre de la résidence est largement une catégorie de gestion, ne reflétant que partiellement la réalité de la situation des intéressés.

Les cotisants ne représentent qu'une très faible partie des bénéficiaires, et peu de données ont été réunies sur le sujet. On peut noter toutefois que deux problèmes ont été signalés :

- L'absence de plafond de cotisation pour des revenus patrimoniaux très élevés peut poser des difficultés (même si leur nombre est très limité). Certains conseils juridiques invitent ces personnes à faire jouer la procédure de taxation d'office (assiette limitée dans ce cas à 5 fois le plafond de la sécurité sociale, article R. 380-5).
- L'exclusion des personnels diplomatiques et consulaires et de leurs familles de l'affiliation au titre de la résidence peut poser certaines difficultés, notamment lorsqu'ils proviennent de zones de conflit et d'Etats insolvables.

La simplification de l'accès aux droits des personnes en situation incertaine quant aux droits est incontestable : la loi indique très clairement que la charge de la preuve appartient aux caisses d'assurance maladie et que l'affiliation est immédiate.

A l'épreuve des faits, il semble qu'il faut à la fois souligner les progrès accomplis par rapport à la situation antérieure, et les difficultés persistantes en matière d'immatriculation et d'ouverture des droits sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Par ailleurs, la diffusion de la carte d'ayant droit autonome accuse un retard important.

Les difficultés ne relèvent donc pas du droit, mais de problèmes administratifs ou de retards dans la mise en œuvre de fichiers informatiques de grande ampleur (immatriculation, carte Vitale).

1.2. La CMU complémentaire

La CMU complémentaire (CMU-C) est accordée aux personnes remplissant les conditions de résidence en France et dont les revenus sont inférieurs à compter de juillet 2003 à un seuil de 6 798 € par an (soit 566,50 € par mois) pour une personne seule (à l'exception destitulaires du RMI et des membres de leur foyer qui y ont accès de droit). Depuis le 1^{er} septembre 2003, le seuil est majoré dans les DOM : 7 532,18 € par an soit (627,68 € par mois).

Un « forfait logement » est ajouté aux ressources propres du ménage. Ce forfait est représentatif des aides au logement ou de l'avantage procuré par la gratuité du logement. Le forfait est en général plus favorable aux bénéficiaires de la CMU que si l'on prenait le montant réel des aides au logement mais il donne lieu à une certaine incompréhension, source de contentieux (cf. infra). Les prestations familiales sont prises en compte dans les ressources. Les autres catégories de ressources retenues ainsi que la majoration familiale du plafond sont inspirées des règles du RMI.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont droit à une prise en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait hospitalier sans limitation de durée ainsi que, dans les limites fixées par arrêté, des dépassements de tarifs pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, pour l'optique et certains biens médicaux (audioprothèses, appareillages) dont les prix sont libres. Ils bénéficient de la dispense d'avance de frais (tiers payant). Il est interdit par ailleurs aux médecins pratiquant des honoraires libres de leur facturer des dépassements des tarifs de sécurité sociale (sauf exigence particulière du patient).

La gestion de la CMU-C peut s'exercer, au choix du bénéficiaire, auprès de sa caisse d'assurance maladie ou d'un organisme complémentaire volontaire.

1.2.1. Léger retour en arrière

La CMU-C a été mise en œuvre le 1^{er} janvier 2000. Les premiers bénéficiaires de la CMU complémentaire ont été les titulaires au 31 décembre 1999 de l'aide médicale accordée pour l'essentiel par les départements. Une opération de « bascule » des fichiers informatiques des services des Conseils généraux vers les caisses d'assurance maladie a ainsi constitué le stock initial de bénéficiaires.

Au 31 décembre 1999, 3 millions de personnes ont fait l'objet de cette opération de bascule, dont 2,8 pour le régime général. Cette opération n'a toutefois pas permis de récupérer les noms de l'ensemble des titulaires du droit à l'aide médicale. En effet, certains fichiers étaient de mauvaise qualité ou des admissions postérieures à la « bascule » n'avaient pas été prises en compte : environ 300 000 personnes ont ainsi été retrouvées après coup.

Initialement, l'article 28 de la loi avait prévu que ces bénéficiaires verraient leur droit à la CMU maintenu jusqu'à l'expiration de la période d'admission à l'aide médicale et, en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000. Selon l'article 72, à leur demande, ces personnes pouvaient demander le maintien de leur droit jusqu'en juin 2000.

Cette échéance a été repoussée par le gouvernement à plusieurs reprises : tous les anciens bénéficiaires de l'aide médicale ont été maintenus jusqu'à juin 2000, puis à octobre 2000 et encore à juin 2001. Pour cette échéance et compte tenu de l'effet coupeur du seuil non encore compensé par des mesures d'action sociale, le gouvernement a décidé le maintien dans leur droit jusqu'au 31 décembre 2001 des bénéficiaires dont les ressources ne dépassaient pas 48 000 F pour une personne

seule (soit à peu près 10 % au dessus du seuil de la CMU). Ces reports multiples n'ont pas été sans soulever des difficultés dans les caisses.

Ce n'est donc qu'en janvier 2002 que ces derniers bénéficiaires « maintenus » sont sortis du dispositif. L'année 2002 est donc la première année qui a vu l'ensemble des bénéficiaires de la CMU complémentaire soumis aux règles d'attribution prévues par la loi, en particulier pour ce qui est de l'étude de leurs ressources : pour les allocataires du RMI, celle-ci est réalisée par les CAF dans le cadre de l'attribution du RMI ; pour les autres bénéficiaires de la CMU-C, ce sont les caisses de sécurité sociale qui étudient les ressources.

1.2.2. Le nombre de bénéficiaires

Stock de bénéficiaires	Métropole	DOM	Total	Dont organismes complémentaires
Janvier 2000 (estimation)	2 750 000	550 000	3 300 000	
Décembre 2000	4 443 555	616 280	5 059 835	389 085
Décembre 2001	4 098 873	617 128	4 716 001	630 426
Mars 2002	4 051 559	599 746	4 651 305	636 927
Juin 2002	4 102 335	595 501	4 697 836	647 714
Septembre 2002	3 890 337	587 319	4 477 656	651 957
Décembre 2002	3 978 298	590 696	4 568 994	668 086
Mars 2003 *	4 106 000	603 000	4 709 000	671 000
Juin 2003 *	4 102 000	610 000	4 712 000	665 000

Source : tous régimes d'attribution

* Données estimées (cf. annexe 2)

En décembre 2000, 5 millions de personnes étaient protégées par la CMU complémentaire, dont 600 000 dans les DOM. 390 000 avaient fait le choix d'exercer leur droit par l'intermédiaire d'un organisme complémentaire.

En 2001, des mouvements importants ont affecté le nombre de bénéficiaires, pour des raisons administratives (prolongation pour les personnes dont les droits avaient été ouverts au titre de l'aide médicale). Au 31 décembre 2001, il y a 4 716 000 bénéficiaires, dont 617 000 dans les DOM. 630 000 ont choisi un organisme complémentaire. Par rapport à décembre 2000, le nombre de bénéficiaires baisse de 285 000 en métropole du fait du réexamen des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale. Il est stationnaire dans les DOM. Deux fois plus de personnes ont effectué le choix d'un organisme complémentaire : ce choix n'a en effet été offert aux anciens bénéficiaires de l'aide médicale qu'à l'occasion du renouvellement de leur droit.

L'année 2002 est la première où le dispositif CMU a atteint son régime de croisière. Elle donne une indication sur la situation de la prestation, à environnement constant (en termes de conditions du droit).

Après la sortie en janvier 2002 des personnes dont les droits avaient été maintenus à titre exceptionnel, les effectifs de bénéficiaires ont eu tendance à se stabiliser. Au cours du troisième

trimestre 2002, le réexamen du gros contingent de droits renouvelés 12 mois auparavant fait baisser sensiblement le niveau moyen des effectifs (- 235 000). La part des personnes ayant choisi un organisme complémentaire continue sa progression lente mais régulière.

Pour les 6 premiers mois de 2003, on observe une stabilité des effectifs (4 700 000). Du fait de la sortie de nombreux organismes complémentaires de la gestion de la CMU-C (cf. infra), la progression du nombre de bénéficiaires dans les OC est stoppée.

Tous les droits ont été révisés au cours de l'année 2002, ce qui a provoqué des mouvements importants : un suivi statistique spécifique de la CNAMTS, synthétisé dans le tableau suivant, montre qu'en 2002, 65 % des droits des bénéficiaires du 31 décembre 2001 ont été renouvelés. 35 % sont sortis du dispositif. 30 % des bénéficiaires du 31 décembre 2002 sont des nouveaux entrants (France entière). Une part non chiffrable des nouveaux entrants est toutefois constituée de personnes renouvelant tardivement leurs droits.

Flux	Dossiers gérés par les CPAM			Dossiers gérés par les organismes complémentaires		
	Nouveaux bénéficiaires	Bénéf. renouvelés	Sortants	Nouveaux bénéficiaires	Bénéf. renouvelés	Sortants
Année 2001	884 065	2 820 424	1 197 336	205 549	373 151	100 085
Année 2002	1053 663	2 456 843	1 224 194	216 452	369 240	182 578

Source : CNAMTS

Le tableau qui suit retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires relevant de la CNAMTS, de la CCMSA et de la CANAM (hors SLM et régimes spéciaux pour lesquels on ne dispose pas des données mensuelles, soit environ 37 000 bénéficiaires). L'annexe 3 présente la situation précise de la CCMSA.

Stock de bénéficiaires	Caisses d'attribution du droit		
	CNAMTS	CCMSA	CANAM
Mars 2002	4 344 742	165 774	117 739
Juin 2002	4 384 408	164 635	122 227
Septembre 2002	4 166 979	162 377	121 734
Décembre 2002	4 243 223	160 239	128 335
Mars 2003	4 389 000 *	157 313	124 175
Juin 2003	4 383 000 *	157 144	129 706

Source : trois grands régimes d'attribution

* Données estimées

Au 30 juin 2003, les bénéficiaires se répartissent comme suit.

Régime d'attribution	Gestion par le régime de base	Gestion par les organismes complémentaires	Total
Régime général	3 789 000	594 000	4 383 000
Régime agricole (CCMSA)	132 159	24 985	157 144
Dont salariés	94 341	14 897	109 238
Dont exploitants	37 818	10 088	47 906
Régime des travailleurs indépendants	93 764	35 942	129 706
SLM*	23 000	9 000	27 000
GAMEX (Agriculteurs)	2 318	942	3 260
CNMSS (Militaires)	2 245	81	2 326
ENIM (Marins)	1 938	185	2 123
CAVIMAC (Cultes)	1 136	201	1 337
CANSSM (Mines)	685	46	731
Régime SNCF	550	101	651
Régime RATP	33	70	103
CRPCEN (Notaires)	63	32	95

Source : régimes d'attribution

* Données estimées, probablement sous évaluées

Le choix d'un organisme complémentaire est plus important parmi les bénéficiaires des régimes des travailleurs indépendants et des agriculteurs exploitants. Il est plus faible dans les régimes salariés.

1.2.3. Répartition géographique

En moyenne, 7,4 % de la population est protégée par la CMU complémentaire en décembre 2002. Le tableau de la page suivante indique la densité régionale des bénéficiaires de la CMU-C.

	Population estimée 1/1/2001	CMU 31/12/2002	RMI 31/12/2002	Ratio CMU/ Population	Ratio RMI/ Population	Ratio RMI/ CMU
Alsace	1 768 079	68 755	36 254	3,89%	2,05%	52,73%
Aquitaine	2 966 556	186 397	92 070	6,28%	3,10%	49,39%
Auvergne	1 312 954	70 091	33 173	5,34%	2,53%	47,33%
Basse-Normandie	1 432 409	84 801	36 186	5,92%	2,53%	42,67%
Bourgogne	1 608 447	86 410	34 401	5,37%	2,14%	39,81%
Bretagne	2 959 497	120 189	53 298	4,06%	1,80%	44,35%
Centre	2 457 516	130 160	60 802	5,30%	2,47%	46,71%
Champagne-Ardenne	1 338 500	97 854	41 543	7,31%	3,10%	42,45%
Corse	264 448	20 252	11 220	7,66%	4,24%	55,40%
Franche-Comté	1 125 980	55 784	22 806	4,95%	2,03%	40,88%
Haute-Normandie	1 787 269	129 798	60 395	7,26%	3,38%	46,53%
Île-de-France	11 078 266	742 008	311 179	6,70%	2,81%	41,94%
Languedoc-Roussillon	2 375 615	274 571	138 105	11,56%	5,81%	50,30%
Limousin	709 747	41 358	16 693	5,83%	2,35%	40,36%
Lorraine	2 316 936	121 832	58 991	5,26%	2,55%	48,42%
Midi-Pyrénées	2 612 707	178 444	87 973	6,83%	3,37%	49,30%
Nord - Pas-de-Calais	4 017 414	419 920	213 133	10,45%	5,31%	50,76%
Pays de la Loire	3 289 811	146 821	72 570	4,46%	2,21%	49,43%
Picardie	1 866 428	136 782	57 030	7,33%	3,06%	41,69%
Poitou-Charentes	1 660 788	103 198	51 835	6,21%	3,12%	50,23%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	4 625 512	428 444	229 466	9,26%	4,96%	53,56%
Rhône-Alpes	5 767 242	298 583	127 043	5,18%	2,20%	42,55%
METROPOLE	59 342 121	3 942 452	1 846 166	6,64%	3,11%	46,83%
DOM	1 737 000	589 159	326 433	33,92%	18,79%	55,41%
TOTAL	61 079 121	4 531 611	2 172 599	7,42%	3,56%	47,94%

Sources : 3 grands régimes d'attribution, CNAF, INSEE

Le tableau présente de fortes variations régionales qui sont cohérentes avec les autres indicateurs de pauvreté :

- Les régions à forte densité de bénéficiaires (plus de 9 %) : zone méditerranéenne et Nord-Pas-de-Calais.
- Les régions à très faible densité (moins de 5 %) : Alsace, Franche-Comté, Bretagne, Pays-de-la-Loire) sont caractérisées par leur fort dynamisme économique.
- La région Ile-de-France, qui représente à elle seule 16 % des bénéficiaires, a des évolutions internes contrastées : la Seine-Saint-Denis et Paris dans une moindre mesure, se trouvent dans la situation des régions à forte densité.

Les bénéficiaires du RMI constituent environ la moitié des effectifs de la CMU. L'écart par rapport à la moyenne du taux RMI / taux CMU-C est un indicateur de l'intensité de la pauvreté : pour s'en tenir aux grandes régions, l'écart est important entre PACA, avec 54 % de bénéficiaires de la CMU percevant le RMI (concentration de « pauvres très pauvres ») et l'Ile-de-France (42 %). Au niveau départemental, les écarts sont encore plus nets.

		Effectifs "Dec99" *	Effectifs "juin00"	Effectifs "Dec00"	Effectifs "juin01"	Effectifs "Dec01"	Effectifs "juin02"	Effectifs "dec-02"	Effectifs "juin03" *
RMI	METROPOLE	1 984 155	1 951 820	1 891 815	1 858 407	1 832 245	1 832 466	1 846 166	1 866 082
	DOM	272 802	283 523	285 265	304 267	303 325	320 319	326 433	331 233
	TOTAL	2 256 957	2 235 343	2 177 080	2 162 674	2 135 570	2 152 785	2 172 599	2 197 315
CMU	METROPOLE	2 750 000	3 930 936	4 443 555	4 655 301	4 098 873	4 102 335	3 978 298	4 102 000
	DOM	550 000	552 849	616 280	661 241	617 128	595 501	590 696	610 000
	TOTAL	3 300 000	4 483 785	5 059 835	5 316 542	4 716 001	4 697 836	4 568 994	4 712 000
RMI/ CMU	METROPOLE	71%	50%	43%	40%	45%	45%	46%	46%
	DOM	55%	51%	46%	46%	49%	54%	55%	54%
	TOTAL	68%	50%	43%	41%	45%	46%	48%	47%

Source : CNAF, Fonds CMU

* Données estimées

On constate qu'en décembre 1999, le RMI représente 71 % des bénéficiaires de l'aide médicale. Ce taux va baisser jusqu'à 40 % en juin 2001, période où se fait sentir le plus fortement l'effet de la prolongation des droits ouverts avant le 1^{er} janvier 2000. Depuis, le taux se stabilise autour de 46 % (métropole) et 55 % dans les DOM.

Le droit au RMI est réexaminé trimestriellement, à travers la DTR (déclaration trimestrielle de ressources). Le droit à la CMU est révisé annuellement. Le RMI est donc plus sensible à la conjoncture que la CMU.

1.2.4. Les départements d'outre-mer

La situation des DOM est très particulière : 3 % de la population française mais 13 % des effectifs des bénéficiaires de la CMU y résident.

Régions	Population totale (estimation au 31 décembre 2002)	Bénéficiaires CMU Décembre 2001	Bénéficiaires CMU Décembre 2002	Ratio Décembre 2001	Ratio Décembre 2002
Guadeloupe	430 000	103 549	123 959	24,1 %	30,2 %
Martinique	386 000	100 958	98 411	26,1 %	25,9 %
Guyane	167 000	37 787	44 000	22,6 %	26,3 %
Réunion	754 000	375 280	320 000	49,8 %	42,4 %
TOTAL DOM	1 737 000	617 574	594 000	35,5 %	34,2 %

Source : régimes d'attribution (hors SLM), INSEE

Entre 25 et 30 % de la population des départements des Caraïbes bénéficie de la CMU-C en décembre 2002.

La Réunion a une situation particulière, due à la situation économique et à l'héritage de son système de protection sociale : plus de la moitié de la population bénéficiait, sous une forme même partielle, de l'aide médicale. A la Réunion, le taux de la population couverte baisse sensiblement (cf. annexe 4).

La différence de taux de bénéficiaires de la CMU-C entre les Caraïbes et la Réunion se rapproche de celle du RMI (15 et 22 %).

L'augmentation du plafond dans les DOM du 1^{er} septembre 2003 devrait permettre, selon les prévisions ministérielles, à 166 000 personnes de bénéficier de la CMU-C. Le nombre de bénéficiaires supplémentaires dans les DOM ne devrait cependant pas atteindre ce chiffre car en Guadeloupe au moins, les droits des bénéficiaires ont été renouvelés sans étude du dossier.

1.2.5. La répartition par sexe et par âge des bénéficiaires

La caractéristique majeure de la population des bénéficiaires de la CMU est connue : la prestation concerne une population jeune, avec un grand nombre d'enfants (44 % de moins de 20 ans contre 25,5 % en population générale).

Le tableau ci-dessous compare la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C du régime général (dont le dossier est géré par une CPAM ou un organisme complémentaire pour la France entière) et de la population française. Il montre la part importante de jeunes et d'enfants dans les

bénéficiaires de la CMU-C. La part importante des jeunes femmes de 20 à 39 ans est également à noter.

Ages	Population française au 01/01/03			Bénéficiaires CMU au 31/12/2002 – Caisses d'attribution : CPAM		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 à 19 ans	13,0 %	12,4 %	25,4 %	22,6 %	21,9 %	44,4 %
20 à 29 ans	6,5 %	6,4 %	12,9 %	6,3 %	9,1 %	15,4 %
30 à 39 ans	7,2 %	7,3 %	14,5 %	6,7 %	9,2 %	16,0 %
40 à 49 ans	7,0 %	7,2 %	14,2 %	5,2 %	6,9 %	12,1 %
50 à 59 ans	6,2 %	6,4 %	12,6 %	4,0 %	4,4 %	8,3 %
60 à 69 ans	4,1 %	4,5 %	8,6 %	1,4 %	1,3 %	2,7 %
70 ans et +	4,6 %	7,2 %	11,8 %	0,4 %	0,7 %	1,1 %
TOTAL	48,6 %	51,4 %	100,0 %	46,6 %	53,4 %	100,0 %

Source : CNAMTS, INSEE

1.2.6. Ecart aux prévisions initiales, non recours et qualité des données

➤ Les prévisions initiales

Il a semblé important de revenir ici sur l'écart entre l'estimation du nombre de bénéficiaires réalisée au moment du vote de la loi (6 millions) et le nombre de bénéficiaires atteint aujourd'hui, une fois la montée en charge du dispositif réalisée (aux alentours de 4,7 millions).

En premier lieu, en 1999, les données ont été extrapolées à partir du panel européen des ménages de 1994 rectifié par des études ciblées plus récentes (cf. premier rapport d'évaluation). De surcroît, l'écart provient des prévisions réalisées par la CCMSA et la CANAM (90 000). La raison principale en revient à une mauvaise appréciation des ressources des bénéficiaires potentiels, en raison notamment des questions de cumul des revenus non-salariés et salariés. Enfin, il y a une forte concentration de population située autour du plafond de la CMU-C (estimation de 3, 5 millions entre + 10 % et - 10 % du plafond).

Une autre explication de l'écart tient au fait que la CMU-C, prestation en nature, n'est, par construction, utile que lorsqu'un besoin de remboursement de soins se présente. On peut donc penser que les démarches ne sont effectuées par un certain nombre de bénéficiaires potentiels que lorsque le besoin apparaît (constat effectué par les caisses pour les renouvellements de droit).

Par ailleurs, une partie des bénéficiaires du RMI n'accède au mieux qu'avec retard à la CMU-C (cf. infra).

➤ Le non recours

Le phénomène du non recours est quant à lui difficile à mesurer. En dehors des populations les plus précarisées qui, comme pour les autres aides et compte tenu des difficultés d'insertion dans la « machine » administrative, ne font pas valoir leur droit, on peut penser que, à l'autre extrémité de cette tranche de population, les familles proches du SMIC n'ont pas toujours connaissance de leur droit potentiel.

Le tableau ci-dessous indique la proximité entre le plafond de ressources « familial » pour bénéficiaire de la CMU-C et les ressources d'une famille bénéficiaire d'un SMIC (net pour 169 heures). Le droit est couvert dans cette configuration lorsque la famille compte au moins deux enfants.

Montant arrondis à l'euro

	SMIC mensuel + allocations familiales + forfait logement	Plafond mensuel CMU	Ecart au plafond
Famille de 3 personnes	958 + 0 + 104 = 1 162 (1 enfant)	1 020	+ 62
Famille de 4 personnes	958 + 111 + 104 = 1 173 (2 enfants)	1 190 €	- 17
Famille de 5 personnes	958 + 253 + 104 = 1 315 (3 enfants)	1 416 €	- 99

La peur de la stigmatisation et la mauvaise lisibilité des dispositifs due à l'éventail des propositions (CMU-C, contrats aidés, etc.) peuvent expliquer également une partie de ce non recours.

➤ La qualité des données

La précision des données en terme de nombre de bénéficiaires est à prendre avec précaution.

Pour les données concernant les effectifs, la CNAMTS effectue des corrections sur 6 mois de ses premières données mensuelles. Ces corrections majorent de plusieurs dizaines de milliers les premiers nombres de bénéficiaires (cf. annexe 2). Quelques imprécisions ont également été relevées. Par exemple, certaines CPAM recensent les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire sous le même code que les bénéficiaires de CMU-C.

La CCMSA et la CANAM se contentent des premières données mensuelles sans correction ultérieure. Cette façon de procéder sous estime probablement légèrement les effectifs.

Les chiffres concernant les SLM sont imprécis (notamment pour les régimes étudiants).

Le faible poids de ces différentes imprécisions ne modifie cependant pas les tendances générales. L'unité de lecture du nombre de bénéficiaire doit cependant être le millier. Dans l'ensemble du rapport, un chiffre à l'unité près indique que celui-ci est définitif (ce qui ne veut pas dire exact). Un chiffre arrondi au millier signifie une estimation à partir de données provisoires.

1.3. La CMU et l'aide médicale de l'Etat

1.3.1. Les caractéristiques du dispositif de l'aide médicale de l'Etat

1.3.1.1. Définition de l'aide médicale

Le titre III de la loi CMU porte sur l'aide médicale de l'Etat, relevant du code de l'action sociale et des familles. L'aide médicale concerne les étrangers ne remplissant pas la condition de résidence de la CMU. Il s'agit des étrangers résidents en France ne pouvant être assurés sociaux, soit parce qu'ils n'ont pas acquis une durée de résidence suffisante pour être assurés, soit parce qu'ils ne sont pas, ou plus, en situation régulière (absence de titre de séjour, perte de la condition de régularité).

Les dispositions du titre III reprennent pour l'essentiel celles de la loi de 1992 réformant l'aide médicale. Le périmètre des publics concernés par l'aide médicale de l'Etat change totalement avec la réforme : avant janvier 2000, il s'agissait principalement des personnes sans résidence stable, et notamment des gens du voyage. Ces derniers sont désormais traités dans le droit commun de la CMU, sous réserve d'une domiciliation auprès d'un centre communal d'aide sociale (CCAS) ou d'une association. Après janvier 2000, l'aide médicale permet l'accès aux soins des personnes ne pouvant rentrer dans le droit commun de la couverture maladie universelle.

Les conditions d'accès à l'aide médicale en matière de foyer et de revenus sont voisines de celles de la CMU-C. La gestion de l'aide médicale est déléguée par l'Etat à la CNAMTS. Cette délégitation de gestion est logique, dans la mesure où l'aide médicale est subsidiaire par rapport à l'assurance maladie, et que dans un certain nombre de cas, seul l'examen du dossier permet de définir de quel dispositif relève le demandeur.

La particularité de la loi CMU par rapport à la législation antérieure régissant l'aide médicale réside principalement dans la faculté offerte de prendre en charge des dépenses d'étrangers non résidents (opérations programmées, situations humanitaires, personnes malades sous visa touristique). Cette faculté marginale est toutefois strictement encadrée car elle est prise sur décision explicite du ministre compétent.

L'aide médicale est un dispositif qui se veut pragmatique prenant en compte des situations de fait, puisque par nature les personnes sont dans une position atypique par rapport au droit : certaines personnes résident en France sans titre de séjour, parfois sur de longues durées, en ayant fondé une famille, d'autres sont malades et nécessitent des soins, etc. Pour des raisons aussi bien de respect de la personne humaine que de santé publique, il n'est pas envisageable de ne pas les soigner.

1.3.1.2. Les soins pris en charge

Les soins pris en charge sont ceux qui sont reconnus par la sécurité sociale, ainsi que le forfait hospitalier. En revanche, les dépassements ne sont pas couverts. Les dépenses sont en tiers payant. Le recours sur les obligés alimentaires de l'utilisateur est possible.

Jusqu'en décembre 2002, les personnes résidant sur le territoire depuis moins de 3 ans ne pouvaient avoir accès qu'aux soins distribués par l'hôpital ; cette restriction était levée au delà de trois ans de résidence. La distinction relative à la durée de résidence a été supprimée dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2002 : cette disposition était en partie tombée en désuétude à Paris et en Seine-Saint-Denis et contribuait à la surcharge des consultations externes des services hospitaliers.

L'article 57 de la loi de finances rectificative pour 2002 a introduit par ailleurs des dispositions visant à laisser à la charge des bénéficiaires tout ou partie du forfait hospitalier et du ticket modérateur, sauf pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes reconnues en affection de longue durée ou d'autres cas de pathologie grave.

D'une mise en œuvre techniquement complexe, ces dispositions n'ont pas fait l'objet de décrets d'application jusqu'à présent. Il est à noter qu'elles ont suscité de vives protestations du monde associatif, notamment des associations médicales (Médecins du monde, Médecins sans frontières).

L'ensemble de la dépense est pris en charge par l'Etat, puisqu'il n'y a pas d'intervention de l'assurance maladie au titre du régime obligatoire. Le coût unitaire est plus élevé que pour les assurés sociaux car il s'agit le plus souvent d'hospitalisations.

1.3.1.3. Des cas particuliers

L'AME est subsidiaire par rapport à la CMU : les ordres de grandeur entre nombre de bénéficiaires ne sont pas les mêmes, mais certaines situations peuvent présenter des difficultés d'interprétation et de gestion. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'il s'agit de cas en nombre réduit.

La condition de durée de résidence pour la CMU n'est acquise pour les étrangers réguliers qu'au bout de trois mois, afin de se démarquer clairement des situations couvertes par les visas touristiques. L'AME peut ainsi être ouverte, mais le droit doit être révisé à la demande de CMU des intéressés. Dans la pratique, sauf situation de nécessité médicale, certaines caisses semblent avoir tendance à ralentir le dossier pour ouvrir le droit directement la CMU.

Des étrangers souffrant de pathologies graves ne pouvant être soignées dans leur pays d'origine devraient avoir un titre de séjour, et donc la CMU. Lorsque ce titre ne leur est pas délivré, ils leur est accordé le droit à l'aide médicale de façon indue.

Il est possible de trouver des situations dans lesquelles le titulaire est assuré social ou bénéficiaire de la CMU, et son conjoint en situation irrégulière. L'AME peut être ouverte de façon autonome.

Pour mémoire, on peut signaler la situation des français expatriés qui n'ont pas de maintien de droits pendant la période requise pour acquérir la condition de durée de résidence. Les cas restent toutefois très rares, car ces situations entrent le plus souvent dans les cas prévus d'exonération de la condition de durée de résidence préalable.

1.3.2. Les bénéficiaires de l'aide médicale

Par nature, ces publics sont peu connus : leur situation les invite à la discrétion, et ils n'étaient pas identifiés dans l'aide médicale antérieure. Leur nombre était évalué aux alentours de 100 000 lors de la préparation du projet de loi. Fin 2002, leur nombre est d'environ 150 000.

➤ Age et sexe

L'âge moyen est d'environ 30 ans, soit un peu plus que dans le cas de la CMU-C. La différence provient principalement d'une moindre présence d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans : 17,6 % pour l'aide médicale contre 45 % pour la CMU. Le nombre d'hommes et de femmes est pratiquement identique. Il s'agit à 60 % de jeunes adultes entre 20 et 40 ans. Les ayants droit sont peu nombreux : 23 % du total.

Les chiffres ci-après concernent la France métropolitaine, mais le profil intégrant les DOM n'est pas différent.

Tranches d'âge	Bénéficiaires de l'AME Juin 2003		TOTAL
	Hommes	Femmes	
0/20 ans	13 210	12 277	25 487
20/40 ans	43 824	42 262	86 086
40/60 ans	13 685	13 209	26 894
60 à plus	2 161	4 441	6 602
TOTAL	72 880	72 189	145 069
0/20 ans	18,1%	17,0%	17,6%
20/40 ans	60,1%	58,5%	59,3%
40/60 ans	18,8%	18,3%	18,5%
60 à plus	3,0%	6,2%	4,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

➤ La répartition géographique

La répartition géographique montre un déséquilibre surprenant entre l'Ile-de-France, qui représente 75 % du total, et le reste. Seules trois régions ont un nombre significatif de bénéficiaires : PACA, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes. Ceci peut s'expliquer soit par leur position méditerranéenne soit par leur rôle de zone de passage (Rhône-Alpes). Dans les DOM, la Guyane représente l'essentiel des effectifs (6 500), en raison de sa situation particulière (échanges avec les zones indiennes du fleuve).

Effectifs AME au 30/6/2003	Population estimée 1/1/02 Insee	Aide médicale Etat			Part de la région
		Titulaires	Ayants droit	TOTAL	
Alsace	1 768 079	1 094	277	1 371	0,90%
Aquitaine	2 966 556	1 666	442	2 141	1,41%
Auvergne	1 312 954	157	74	231	0,15%
Basse-Normandie	1 432 409	190	67	257	0,17%
Bourgogne	1 608 447	580	73	711	0,47%
Bretagne	2 959 497	284	117	401	0,26%
Centre	2 457 516	911	260	1 209	0,80%
Champagne-Ardenne	1 338 500	202	121	370	0,24%
Corse	264 448	271	25	471	0,31%
Franche-Comté	1 125 980	350	165	555	0,37%
Haute-Normandie	1 787 269	944	226	1 170	0,77%
Ile-de-France	11 078 266	87 492	26 794	114 286	75,19%
Languedoc-Roussillon	2 375 615	3 314	731	4 045	2,66%
Limousin	709 747	241	84	399	0,26%
Lorraine	2 316 936	370	198	647	0,43%
Midi-Pyrénées	2 612 707	1 626	236	1 897	1,25%
Nord - Pas-de-Calais	4 017 414	728	264	992	0,65%
Pays-de-la-Loire	3 289 811	903	402	1 336	0,88%
Picardie	1 866 428	434	152	614	0,40%
Poitou-Charentes	1 660 788	500	283	783	0,52%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	4 625 512	5 780	1 327	7 122	4,69%
Rhône-Alpes	5 767 242	3 148	895	4 043	2,66%
METROPOLE	59 038 459	111 185	33 213	145 051	95,44%
DOM	1 737 000	4 533	2 405	6 938	4,56%
TOTAL *	60 762 759	115 718	35 618	151 989	100,00%

Source : CNAMTS, INSEE

* Le total titulaires + ayants droit n'est pas exactement égal à la somme totale : des informations n'ont pu être renseignées en raison d'effectifs trop faibles.

➤ L'Ile-de-France

La situation de l'Ile-de-France est elle-même très contrastée : Paris représente 42 % du total national, la Seine-Saint-Denis 14 %, et à un moindre degré les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne ont un taux de bénéficiaires important. Les autres départements ont des taux beaucoup plus faibles. L'importance de la population étrangère dans ces départements ne suffit pas à expliquer de tels déséquilibres : des modalités de gestion de la prestation, voire des problèmes statistiques peuvent influencer sur les résultats. C'est ainsi que la présence d'organismes permettant la domiciliation peut attirer une partie de la demande sur Paris.

Il est aussi vrai que les bénéficiaires de l'AME ne font une demande qu'en cas de besoin impératif de soins : il est probable que la concentration du parc hospitalier sur Paris et la proche couronne attire les demandes.

Effectifs AME Au 30/6/2003	Population estimée 1/1/02 Insee	Aide médicale Etat			Part du département / France
		RO Assurés	RO Ayants droit	CPAM TOTAL	
Paris	2 145 844	49 833	13 683	63 516	41,79%
Seine-et-Marne	1 219 175	1 752	556	2 308	1,52%
Yvelines	1 364 538	2 823	596	3 419	2,25%
Essonne	1 145 147	2 393	738	3 131	2,06%
Hauts-de-Seine	1 463 107	7 264	2 429	9 693	6,38%
Seine-Saint-Denis	1 389 294	15 180	6 116	21 296	14,01%
Val-de-Marne	1 236 136	5 233	1 695	6 928	4,56%
Val-d'Oise	1 115 025	3 014	981	3 995	2,63%
Total Île-de-France	11 078 266	87 492	26 794	114 286	75,19%

Source : CNAMTS, INSEE

1.3.3. Les dépenses des bénéficiaires de l'aide médicale

Les publics visés par l'AME existaient avant la loi CMU et recevaient déjà des soins. Une partie des dépenses se trouvait prise en charge par l'aide médicale, une autre générait des créances hospitalières irrécouvrables, que les caisses d'assurance maladie finissaient par payer aux hôpitaux dans le cadre des protocoles budgétaires. La loi instaurant la CMU a permis d'améliorer considérablement les délais d'accès aux soins de ces publics ainsi que les délais de règlement des prestataires de soins. Elle a donné une visibilité aux circuits de paiement et aux dépenses engagées pour leurs soins.

L'évaluation des dépenses d'aide médicale présente un certain nombre de difficultés spécifiques. Il s'agit de dépenses qui concernent un public marginal pour les caisses d'assurance maladie (équivalant à 0,25 % des assurés sociaux), qui ne peuvent être suivies par les filières habituelles de traitement automatisé (pas de numéro de sécurité sociale).

Pour établir un montant moyen de la dépense, il y a un risque permanent de confondre des données de trésorerie (qui sont constatées au moment du paiement) et celles établies en fonction des règles du droit constaté. La forte part des dépenses hospitalières de la région parisienne comptabilisées avec énormément de retard renforce cette difficulté.

De plus, les données relatives aux effectifs peuvent être considérées comme évaluatives. Par ailleurs une part des dépenses ne relève pas à proprement parler de l'AME (évacuations sanitaires de Mayotte, prise en charge de dépenses de soins de non résidents).

La loi de finances rectificative pour 2002 a dû intervenir massivement (445 millions d'euros, pour compléter la dotation initiale de 61 millions) pour remettre à niveau le financement de l'aide médicale, et une inspection a été demandée par le gouvernement pour avoir plus de visibilité sur l'évolution de la prestation. Les dépenses d'aide médicale ont fait l'objet d'un rapport d'inspection de l'IGAS remis en février 2003.

Plusieurs facteurs administratifs ont contribué en premier lieu à produire cette situation d'insuffisance budgétaire :

- Les dettes antérieures à 2000. Depuis plus de 10 ans, les dotations de l'aide médicale ont été inférieures aux besoins : une dette importante s'est accumulée. 134 millions ont été consacrés à combler en partie ce retard qui concerne un tout autre public.
- La montée en charge a été lente en 2000, à la suite du transfert des bénéficiaires de l'aide médicale (AME souvent confondue avec CMU). Les effectifs réels ont été sous évalués ce qui a conduit à une sous budgétisation en LFI 2001 et 2002.
- Certaines caisses d'Ile-de-France ont pris un important retard dans le traitement des factures de l'APHP, en l'absence de procédure de télétransmission. Un nombre important de factures a ainsi été mis en paiement au 3^o trimestre 2002. Or l'essentiel des dépenses d'aide médicale concerne l'hôpital.

La seconde difficulté pour apprécier le montant des dépenses au titre de l'AME tient au fait qu'il s'agit de dépenses qui ne transitent pas par les filières habituelles de liquidation des dépenses maladie, et donc s'intègrent difficilement dans le plan comptable des caisses (identification de la nature des soins et de la date de soins). Ce point concerne notamment l'hospitalisation, qui n'est pas réglée dans le cadre du budget global (qui ne concerne que les assurés sociaux), mais par une procédure de valorisation des prix de journée.

La troisième caractéristique tient à la situation des publics : en situation administrative difficile, ils ne font la demande d'aide médicale qu'en cas de problèmes de santé majeurs, nécessitant le plus souvent un recours à l'hôpital : près de 80 % des dépenses d'aide médicale concernent l'hôpital. Il est dès lors difficile d'établir un coût moyen, en l'absence de population de référence comparable.

L'IGAS estime sous toutes réserves un coût moyen de 2 995 € en 2001, contre 1 953 € pour un bénéficiaire de la CMU, et 1 504 € pour les autres assurés sociaux. Cette première estimation mérite des travaux complémentaires, notamment pour étudier la distribution des dépenses de santé : le travail de la CNAMTS sur l'échantillon permanent des assurés sociaux a ainsi montré qu'en matière de CMU-C, 11 % des bénéficiaires engageaient 72 % des dépenses de soins. Le dispositif de l'AME se concentre sur des populations, résidant en Ile-de-France, qui ont très majoritairement recours à l'hospitalisation, ce qui peut expliquer que le coût moyen constaté soit élevé.

1.3.4. La nécessité d'une gestion plus rigoureuse

Le rapport de l'IGAS, qui vient à la suite du premier rapport d'évaluation de la loi CMU a apporté un début de clarification sur le problème complexe de l'aide médicale. Des travaux complémentaires seront nécessaires pour aboutir à une meilleure connaissance de l'aide médicale, et à la situer dans son contexte.

L'aide médicale concerne des populations en situation irrégulière, qui sont particulièrement vulnérables. Il existe une tension permanente, et pour une part inévitable, entre les objectifs assignés par la loi (permettre l'accès effectif aux soins des publics démunis résidant en France) et la nécessité d'un cadrage administratif pour éviter les dérives qui ont pu être constatées. La question des éléments déclaratifs dans l'instruction des dossiers, et celle de la vérification de la condition de résidence effective font partie des points particulièrement difficiles à traiter.

Une large part des dérives, comme en atteste le rapport de l'IGAS, provient d'insuffisances de gestion qui ont pu se comprendre dans une période de mise en place, dans des conditions parfois très difficiles et précipitées, d'une nouvelle réglementation. Il est nécessaire, au moins dans un certain nombre de départements, d'être plus vigilant sur la gestion de l'AME, et notamment sur la résidence, pour maintenir l'aide dans son objectif.

2. ACCES AU DROIT ET AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS

2.1. L'examen de l'ouverture des droits

Le droit à la CMU-C est attribué par les caisses d'assurance maladie.

2.1.1. Les éléments constitutifs du dossier

2.1.1.1. Le foyer CMU

Un décret en Conseil d'Etat définit la composition du foyer CMU (article R. 861-2). Le foyer se compose de l'auteur de la demande, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint (ou de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS) et des enfants / personnes à charge (de moins de 25 ans et non autonomes fiscalement, financièrement et géographiquement).

Le foyer tel qu'il est défini pour l'attribution de la CMU-C est inspiré des bases applicables au foyer RMI.

La difficulté qui revient le plus souvent dans la compréhension de la notion de foyer par les bénéficiaires reste la prise en compte des jeunes de 18 à 25 ans, en particulier lorsque ceux-ci commencent leur parcours professionnel par des emplois précaires. Tout en n'ayant pas une réelle autonomie financière qui leur permettrait de sortir du foyer, ils apportent des ressources supplémentaires et peuvent faire sortir le foyer du barème de la CMU-C.

2.1.1.2. Notion de ressources

La loi du 27 juillet 1999 attribue une couverture complémentaire gratuite aux « personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. » (article L. 861-1 du code de la sécurité sociale).

Le décret n° 99-1004 du 1^{er} décembre 1999 a fixé les majorations de plafond en fonction de la taille du foyer :

- 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer ;
- 30 % au titre de la troisième et de la quatrième ;
- 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Ces majorations sont conformes à l'échelle des unités de consommation du RMI (pas de majoration différente cependant selon que les membres sont des adultes ou des enfants).

Ces ressources, calculées sur les douze mois civils précédant la demande, comprennent, notamment, une estimation forfaitaire des avantages logement : avantages en nature procurés par un logement occupé, soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer du demandeur (art R. 861-5), ou aides personnelles au logement (art R. 861-7). Ces avantages sont inclus dans les ressources du foyer, à concurrence d'un forfait mensuel égal à 12 % du RMI pour une personne isolée et à 14 % du RMI correspondant lorsque le foyer comprend plusieurs personnes. Lorsque le foyer comprend plus de trois personnes, le taux appliqué est de 14 % du RMI fixé pour trois personnes. Le forfait est calculé sur la base du montant

du RMI applicable au cours des douze derniers mois (article R.861-5 et décision de la CCAS n° 0001116). Dans la pratique, les caisses calculent le forfait logement sur la base du montant du RMI de l'année précédente.

En revanche, ne sont pas prises en compte 17 « prestations à objet spécialisé » (par exemple l'allocation d'éducation spéciale) énumérées à l'article R. 861-10 (cf. annexe 5).

Les bénéficiaires du RMI ont accès de plein droit à la CMU-C (article L. 821-2).

➤ le plafond de ressources

L'article L. 861-1 indique que le plafond de ressources est « révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix ». La loi de finances pour 2003 a précisé le moment de la réévaluation du plafond, ainsi que le calcul du taux d'évolution : « Cette révision prend effet chaque année au 1^{er} juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. »

Pour une personne seule	Plafond CMU annuel	Plafond CMU mensuel	Evolution du plafond CMU
1 ^{er} janvier 2000	6 402,86	533,57	
9 janvier 2001	6 525,80	548,82	2,78 %
15 février 2002	6 744,00	562,00	2,34 %
1 ^{er} juillet 2003	6 798,00	566,50	0,79 %

➤ Un plafond rehaussé pour les personnes résidant dans les départements d'outre mer

Un décret, daté du 26 août 2003, introduit une distinction pour les personnes résidant dans les départements d'outre mer. A partir du 1^{er} septembre 2003, le plafond s'appliquant aux personnes résidant dans les DOM est, pour une personne seule, de 627,68 euros par mois (c'est à dire une majoration de 10,8 % par rapport à la métropole).

➤ La période de référence : entre les 12 mois glissants et l'année civile

La loi de finances pour 2003 prévoyait de nouvelles possibilités de contrôle des ressources des demandeurs, en permettant le rapprochement avec l'administration des impôts et les organismes de sécurité sociale. Pour rendre opérante cette disposition, un décret en Conseil d'Etat doit modifier la période de prise en compte des ressources. L'examen porterait alors sur les ressources de l'année civile précédente et non plus sur les douze mois qui précèdent la demande. Ce texte n'est pas paru à ce jour.

Dans l'esprit de la loi, la période de référence choisie (les douze mois glissants) permettait de prendre en compte les fluctuations de revenus des personnes potentiellement concernées par ce droit. Le passage à l'année civile comme période de référence poserait alors la question des personnes dont la situation se dégraderait brutalement au niveau financier.

➤ des difficultés spécifiques pour les demandeurs non-salariés

L'article R. 861-12 du code de la sécurité sociale prévoit un examen d'office des droits pour les personnes assujetties au régime de la micro-entreprise. Pour les autres, les CMR et les CMSA notifient aux personnes concernées la nécessité pour elles de saisir le préfet afin que leurs ressources puissent être étudiées. Ce dispositif est mal compris par les demandeurs dans la mesure où leurs ressources sont inférieures au plafond réglementaire. De plus, la demande au Préfet reçoit systématiquement une réponse favorable.

La CANAM a écrit à la Direction de la sécurité sociale pour permettre la suppression de la demande au préfet, qui allègerait largement l'activité des caisses et des préfets. De plus, cette disposition peut amener des bénéficiaires potentiels à ne pas faire valoir leur droit.

2.1.2. La procédure d'examen de la demande

2.1.2.1. Un lieu unique : la caisse

La demande d'attribution de la protection complémentaire est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur (article L. 861-5). La loi institue donc un lieu unique pour l'examen et l'attribution du droit. Cet élément constitue un atout majeur de la loi CMU, souligné par différents acteurs : le lieu de la demande est facilement identifiable par les bénéficiaires ainsi que par toutes les personnes pouvant les accompagner dans leurs démarches.

2.1.2.2. La constitution du dossier

La demande de CMU-C se fait au travers de deux documents :

- le formulaire de demande de CMU-C (Cosa n° 11720*03)
- le formulaire de choix de l'organisme chargé de sa protection complémentaire en matière de santé (Cerfa n° 11421*01)

Le précédent rapport d'évaluation de la loi évoquait des problèmes liés au précédent formulaire de demande. Ceux-ci semblent avoir été résolus avec cette nouvelle version : aucune difficulté de compréhension du document n'a été particulièrement signalée depuis qu'il a été mis en place.

➤ L'accès à la CMU-C des bénéficiaires du RMI

- une déclaration automatique des bénéficiaires

La loi CMU a prévu que les bénéficiaires du RMI ont un accès de plein droit à la protection complémentaire en matière de santé, sans qu'il y ait besoin d'un examen des ressources. A ce titre, la CAF envoie mensuellement, par l'intermédiaire de flux informatiques, une liste de bénéficiaires du RMI aux CPAM.

Ces flux signalent les nouveaux entrants et les sortants du dispositif RMI mais leur qualité et leur fiabilité ont souvent été mises en cause en raison de l'absence fréquente de correspondance entre le NIR contenu dans le fichier des CAF (peu utilisé par les CAF car elles ont leur propre numéro d'allocataire) et le numéro d'immatriculation inclus dans la base de données des CPAM. Pour mettre fin à cette situation, la mise en place d'un contrôle automatique des identifiants est en cours.

- La nécessité d'exercer le droit d'option pour ouvrir le droit

La loi précise que les bénéficiaires de la CMU doivent faire le choix de l'organisme devant gérer cette protection complémentaire (article L. 861-4 du code de la sécurité sociale).

Il apparaît ici une difficulté : le bénéficiaire du RMI est admis de plein droit à la CMU, mais il doit exercer son choix d'option.

Le régime général et le régime des travailleurs indépendants n'ont pas la même interprétation des textes et donc une pratique différente.

Le régime des travailleurs indépendants ouvre un droit à la CMU-C automatiquement aux bénéficiaires du RMI. La date d'ouverture de droit correspond à celle de l'attestation RMI. Il est demandé à la personne de faire un choix, mais en cas de non-réponse, l'organisme obligatoire est désigné comme gestionnaire.

Le régime général a une autre lecture du texte : normalement, le choix de l'organisme gestionnaire doit être effectué lors de la demande de CMU-C lorsqu'elle est concomitante avec celle du RMI. Lorsque ce n'est pas le cas, le titulaire du RMI est destinataire d'un courrier, envoyé dès que la CPAM a eu connaissance de l'entrée de l'intéressé dans le dispositif RMI. Ce courrier informe la personne de son droit à la CMU-C, et que, pour en bénéficier, elle doit faire le choix de l'organisme gestionnaire.

De même lorsque les droits à la CMU-C viennent à échéance et que la personne est toujours bénéficiaire du RMI, elle reçoit, environ deux mois avant la date d'expiration de ses droits un courrier de renouvellement à la CMU-C dans lequel il lui est demandé de procéder au choix de l'organisme afin de bénéficier de la CMU-C pendant une nouvelle année.

Tant que ces personnes ne se sont pas manifestées suite à ces courriers, leur droit ne peut être ouvert : en effet, pour la CNAMTS, les CPAM ne peuvent ouvrir un droit à la CMU-C en assurant d'office la gestion pour tout titulaire du RMI n'ayant pas exercé son choix : en l'absence d'un texte l'autorisant, une telle pratique serait illégale, en entravant la libre concurrence et pourrait engendrer des recours en contentieux de la part des organismes complémentaires.

La CNAMTS a saisi plusieurs fois la direction de la sécurité sociale sur ce sujet et n'a pas eu de réponse. Elle propose qu'au minimum, en cas de renouvellement de droit, le principe d'une tacite reconduction de l'organisme gestionnaire soit retenu. Pour régler entièrement le problème, elle propose l'attribution automatique du droit et la gestion par la caisse primaire avec édition d'un courrier rappelant au bénéficiaire qu'il peut toujours exercer son choix.

Ainsi, au niveau de la CNAMTS, un certain nombre de bénéficiaires du RMI n'ont pas accès à leur droit car ils n'ont pas fait valoir leur choix de l'organisme gestionnaire.

- Des bénéficiaires du RMI sans CMU-C

De nombreux bénéficiaires du RMI (sans doute plusieurs dizaines de milliers) n'ont pas leur droit ouvert à la CMU-C.

La « disparition » de ces bénéficiaires peut avoir plusieurs causes. La question du choix d'option détaillée dans le paragraphe précédent peut en constituer une bonne part. Il est également possible qu'il y ait un déficit d'information auprès des bénéficiaires du RMI qui ne savent pas, ou ne comprennent pas, qu'ils ont droit à la CMU-C et/ou les modalités pour mettre en œuvre ce droit. Certains courriers peuvent ne pas arriver chez des personnes en situation instable et dont les logements sont précaires.

- L'examen du droit pour les demandeurs non bénéficiaires du RMI

La demande de CMU-C doit être effectuée auprès de la caisse du régime d'affiliation de la personne.

Le premier rapport d'évaluation évoquait la situation difficile de la mise en place de la CMU avec des afflux de personnes, et la création d'accueils spécialisés pour l'attribution de la CMU-C. Ceux-ci semblent avoir pour la plupart disparu alors que la CMU-C est rentrée dans une période de gestion courante et subit moins d'à coups de gestion.

Certaines caisses ont passé des accords avec des hôpitaux et réalisent des permanences pour l'ouverture des droits.

Pour les caisses des travailleurs indépendants, la gestion de l'accueil est également entrée en période de croisière. Le nombre de personnes se déplaçant à la CMR ou entrant en contact par téléphone reste stable. Des supports d'information sont disponibles auprès des services sociaux (notamment CCAS et hôpitaux). Ils sont également joints au livret d'accueil des nouveaux cotisants.

➤ L'utilisation généralisée de la base ressources

La base ressources est le logiciel du régime général permettant, à partir des ressources et de la composition de la famille, d'attribuer ou non la CMU-C à un demandeur. La mise en oeuvre de ce logiciel a nécessité plusieurs versions. Il a été utilisé progressivement par les caisses. Son utilisation n'a été généralisée qu'à compter de l'été 2003. La base ressources n'est actuellement pas exploitable pour obtenir des statistiques nationales sur les ressources des personnes. A terme, elle devrait permettre d'améliorer la connaissance de la population bénéficiaire de la CMU-C, tant sur le niveau des ressources que sur leur nature.

➤ L'examen des ressources : une activité qui s'est rodée dans les caisses

Le précédent rapport évoquait également la « révolution culturelle » qu'a apportée la CMU-C à la branche maladie. « Elle a marqué une rupture par rapport au système de protection sociale fondé sur le versement de prestations, en contrepartie des cotisations prélevées à la source sur les revenus d'activité professionnelle. Elle a introduit dans la pratique des caisses, un mode d'ouverture des droits basé sur une déclaration des ressources annuelles, dont le niveau détermine soit la gratuité ou non des cotisations en CMU de base, soit l'accès au dispositif en CMU complémentaire. Elle a institué une présomption de droit, avec le principe d'immédiateté de l'affiliation dès le dépôt de la demande de CMU sur critère de résidence, et l'ouverture automatique du droit au demandeur et aux allocataires du RMI en CMU-C. »

Par ailleurs, le dispositif a prévu une certification sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur les formulaires, sous réserve de vérification par l'organisme d'assurance maladie compétent, ce qui constitue une nouveauté pour les caisses. Sur ce point, la circulaire de la DSS n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en place de la CMU précise : « Si la production de pièces justificatives, s'agissant des ressources, doit être encouragée, son défaut ne peut faire obstacle à l'attribution du droit. Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le formulaire et joint tous les éléments d'appréciation dont il dispose. »

Ce constat reste aujourd'hui d'actualité, même s'il semble que les problèmes évoqués à l'origine, liés aux douze mois glissants, ont pu être surmontés. Les caisses se sont habituées et les documents se sont avérés plus faciles à regrouper qu'il n'était prévu.

2.1.2.3. Le contrôle du dossier

Les caisses sont habilitées à demander tous renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer. Elles doivent également s'assurer que le demandeur et les membres de son foyer remplissent la condition de résidence de la CMU. Elles peuvent à ce titre demander des justificatifs : récépissés de demande de titre de séjour, copie des déclarations fiscales, etc.

Pour les bénéficiaires du RMI, le contrôle des ressources est effectué par les CAF dans le cadre de l'ouverture de droit de cette prestation.

Pour les autres demandeurs, les CPAM continuent de demander systématiquement les justificatifs et n'acceptent les déclarations sur l'honneur que lorsque l'intéressé indique être dans l'impossibilité de communiquer des documents. L'essentiel du contrôle est donc effectué a priori, au moment de l'ouverture du droit.

Une réticence persiste à propos des déclarations sur l'honneur. Les caisses montrent leur étonnement de voir des gens ne déclarer aucun revenu tout en procurant quittances de loyers, factures de téléphones, etc.

La réponse à cette présomption de droit se situe dans le contrôle a posteriori, d'ailleurs rappelée par la DSS. La CNAMTS recommande aux caisses de cibler leurs politiques de contrôle des ressources sur les personnes faisant des déclarations sur l'honneur. A ce titre, les caisses peuvent communiquer avec les organismes d'indemnisation du chômage depuis la mise en place du dispositif. Cette possibilité a été étendue par la loi de finances pour 2003 à l'administration des impôts et aux organismes de sécurité sociale (article L. 861-9 du code de la sécurité sociale et article L. 152 du code des procédures fiscales).

Dans la pratique, les caisses ont peu de moyen d'action. En dehors de CAFPRO (qui permet de connaître le montant des prestations familiales), aucune relation officielle et stable n'est institutionnalisée avec les autres organismes. Les contacts sont donc « empiriques » et reposent sur la qualité des échanges locaux (appels téléphoniques aux services fiscaux, aux organismes servant des pensions, etc.). Les contrôles a posteriori portent donc principalement sur les dossiers essentiellement constitués de déclarations sur l'honneur ainsi que sur les droits attribués immédiatement suite à une situation d'urgence. Il n'existe pas de plan de contrôle national. La pratique est donc variable selon les caisses, et n'est pas chiffrable en l'état actuel des choses.

Pour systématiser les échanges d'informations entre l'administration des impôts et les caisses d'assurance maladie pour tous les dossiers de demande, un décret doit être pris. Celui-ci nécessite au préalable des travaux approfondis portant sur la nature des revenus à contrôler, le rapprochement entre foyer fiscal et foyer CMU complémentaire, la périodicité des transmissions d'informations, etc.

Ces questions font l'objet de travaux entre la CNAMTS et la direction générale des impôts appelés à se poursuivre au cours de l'année 2004. Ce n'est que lorsqu'un dispositif sera opérationnel qu'un décret et éventuellement d'autres textes d'application pourront être pris.

Les droits des personnes admises à la CMU en urgence (article L. 861-5, 4^{ème} alinéa) sont examinés a posteriori. Le bénéfice de la CMU est interrompu si la vérification de la situation de la personne démontre qu'elle a des ressources supérieures au plafond.

Une CPAM décrit ainsi sa procédure de contrôle :

« La première étape de notre contrôle s'effectue à la constitution de la demande de CMU-C. En effet, 99,5 % des dossiers sont étudiés sur justificatifs. Le recours au déclaratif n'est effectif que dans les situations d'urgence ou marginales. Ces éléments sont ensuite vérifiés par l'agent enquêteur assermenté en cas de doute sur le déclaratif produit. Pour avoir une vue plus objective de l'intégralité des ressources légales d'un foyer, nous sommes de plus en plus amenés à demander le dernier avis d'imposition (revenu foncier et/ou mobilier).

La seconde étape réside dans notre partenariat actif et réciproque avec la CAF, que ce soit pour la vérification des ressources (RMI, AAH) comme pour la constitution du foyer (API). Nous avons sollicité et réalisé en sus, une formation des agents qui traitent les dossiers de CMU C sur les prestations CAF et leurs modalités d'accès, ceci afin de cerner plus facilement les incohérences des déclarations. Chaque cas suscitant des doutes sur la véracité des situations donnent automatiquement lieu, au minimum, à un signalement à la CAF voir à une enquête (CAF, CPAM ou CAF/CPAM).

La troisième étape se réalise a posteriori lors du contrôle « interne ». Celui ci est un contrôle de qualité de production interne au service CMU mais qui nous permet de revenir sur des dossiers dont les situations au moment du contrôle peuvent faire apparaître une fraude manifeste. Dans ce cas, nous procédons à la récupération du droit et des sommes lorsque nous sommes OC (signalement à OC privé dans cas contraire). »

2.1.2.4. L'ouverture du droit

La décision d'attribution du droit à la CMU-C doit être notifiée à l'intéressé dans les deux mois à compter de la réception du dossier complet par la caisse d'assurance maladie compétente. Passé ce délai, le droit est considéré comme attribué. Une attestation du droit doit être délivrée à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus. Cette attestation doit mentionner la période d'ouverture du droit et l'adresse de l'organisme qui en assure le service (article R.861-16). De manière générale, le droit est ouvert pour douze mois au premier jour du mois suivant l'attribution du droit. Si nécessaire, le droit peut être ouvert en urgence à compter du premier jour du mois du dépôt de la demande (articles L. 861-5 et L. 861-6). La loi prévoit alors une procédure d'admission immédiate pour les personnes présumées remplir les conditions de ressources et de résidence. Ces conditions sont examinées a posteriori. En cas de non-respect de l'une d'entre elle, le droit est interrompu. En cas d'hospitalisation, le droit est ouvert au premier jour du mois d'hospitalisation, dans la mesure où le dossier est envoyé dans les plus brefs délais à la caisse (dans la pratique dans la limite de deux mois).

L'indicateur de suivi de ce délai de deux mois est calculé, dans les CPAM, à partir du moment où le dossier est déposé complet. La moyenne est de 19 jours de traitement, mais de fortes disparités sont constatées sur le territoire (2 jours en Corse-du-Sud, 29 jours dans les Yvelines, 13 jours dans l'Essonne, 9 jours en Seine-Saint-Denis).

Les caisses de Guadeloupe et la Guyane semblent aujourd'hui encore incapables de répondre systématiquement dans un délai de deux mois et attribuent ainsi des droits sans examen du dossier.

Certaines associations mentionnent toutefois la question des délais pour la constitution des dossiers, délais non pris en compte dans les indicateurs cités ci-dessus. Les caisses se sont souvent organisées autour de la prise de rendez-vous pour la réception des demandes de dossiers. Si ce délai est court dans certaines caisses, il peut atteindre plusieurs semaines dans certains cas, retardant d'autant le délai d'attribution du droit.

Les associations soulignent qu'il est quasiment impossible de faire ouvrir un droit en urgence sans la présence d'un travailleur social avec le demandeur. Le critère d'immédiateté est d'ailleurs interprété

de façon différente sur le territoire : l'admission en urgence prendrait cinq jours incompressibles dans certaines caisses, alors que quelques heures suffisent dans d'autres selon une note de Médecins du monde.

2.1.2.5. Le renouvellement du droit

Un courrier est envoyé de façon automatique aux bénéficiaires deux mois avant la fin du droit, pour qu'ils fassent réexaminer leurs droits. La continuité du droit est assurée par les caisses si la personne fournit son dossier jusqu'à un mois après la fin du droit précédent. Pour les personnes bénéficiaires du RMI, un courrier est envoyé informant du maintien du droit à la CMU-C, et de la nécessité de choisir l'organisme gestionnaire.

Mais ces courriers remplissent insuffisamment leurs objectifs. Les caisses pointent un certain nombre de difficultés dans l'examen des renouvellement de droit : les personnes se déclarent tardivement et parfois ne comprennent pas l'utilité de renouveler la demande alors que leur situation n'a pas changé. Selon le collectif d'association Alerte, le courrier envoyé « n'est pas clair et signale principalement la fin de leurs droits et non pas la nécessité d'assurer leur prolongation, au risque de conduire les bénéficiaires à renoncer à faire valoir leurs droits. »

Si 65 % des bénéficiaires voient leur droit renouvelé dans la continuité du précédent, une grande partie des bénéficiaires renouvellent leurs droits au moment où ils en ont besoin, c'est à dire lorsqu'ils ont besoin d'avoir accès au système de soins.

La CNAMTS a lancé une nouvelle campagne d'information sur le renouvellement des droits à la fin du premier semestre 2003.

Passé un délai de deux mois après la fin du droit, ces personnes ne sont plus identifiées comme anciens bénéficiaires de la CMU-C par le service statistique de la CNAMTS et sont donc considérées comme de nouveaux entrants. Il est donc très difficile de chiffrer ce retard au renouvellement du droit.

2.1.3. Les difficultés d'application

Les principales difficultés identifiées sont des difficultés de mise en œuvre. Il apparaît ainsi que la loi n'a pas besoin d'être modifiée, mais les efforts doivent être maintenus pour améliorer son application.

➤ A la frontière entre l'AME et la CMU

L'attribution de la CMU ou de l'AME ne s'effectue pas toujours en conformité avec la réglementation applicable à chaque prestation. Ainsi, certaines personnes qui relèvent de la CMU sont en fait inscrites à l'AME :

- lors de l'instruction des dossiers de demande de CMU, les délais de délivrance des documents permettant d'attester d'une demande de titre en préfecture étant parfois longs, les caisses inscrivent à l'AME les demandeurs étrangers lorsqu'ils ont besoin de soins ;
- lors de l'instruction des demandes de CMU des demandeurs d'asile, certains centres de sécurité sociale ne reconnaissent pas la convocation en préfecture ou la notice d'asile permettant d'attester que l'intéressé a effectué une demande de titre de séjour à la préfecture ;

- certains centres de sécurité sociale exigent des personnes qui demandent la CMU des pièces justificatives non prévues par la réglementation et sont également inscrites à tort à l'AME.

Ces personnes sont donc inscrites à l'AME à tort. En outre, certaines caisses n'appliquent pas la réglementation qui exonère les demandeurs d'asile du délai de résidence préalable prévu à l'article R. 380-1 du code de la sécurité sociale et inscrivent d'office les intéressés à l'AME alors qu'ils relèvent de la CMU de base et de la CMU complémentaire.

S'agissant des demandeurs d'asile déboutés, l'articulation entre la CMU de base ou complémentaire et AME est rendue complexe par la différence de régime applicable aux demandeurs d'asile, selon qu'ils bénéficient ou non de l'allocation d'insertion. Lorsqu'ils en bénéficient, les demandeurs d'asile sont rattachés à ce titre au régime général. S'ils sont déboutés, ils bénéficient d'un maintien de leur droit au régime général pendant 4 ans. Relevant du régime général, ils ne sont pas éligibles à l'AME mais en pratique peuvent bénéficier d'une AME partielle pour la part complémentaire. Lorsqu'ils ne bénéficient pas de l'allocation d'insertion, ils sont affiliés à la CMU de base. S'ils sont déboutés ils peuvent bénéficier de l'AME.

Enfin, l'absence de document standard pour la demande d'asile rend le traitement difficile par les caisses : en particulier, les ayants droit ne sont pas mentionnés sur le titre et certaines préfectures délivrent des rendez-vous sans notifier l'objet. La caisse a alors des difficultés à décider de la régularité de la résidence de la personne.

- L'obstacle à l'immédiateté du droit : la nécessité de la carte Vitale pour l'accès au système de soins

La loi affirme le principe d'une affiliation « sans délai » (article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale). Dans les faits, l'affiliation et l'immatriculation, qui concernent la CMU de base et par répercussion la CMU complémentaire, sont retardées pour des raisons d'ordre technique.

Tout d'abord, pour attribuer une affiliation et un numéro définitif pour les personnes d'origine étrangère, les caisses exigent souvent une preuve de la filiation. Or, il est souvent malaisé pour les personnes concernées de fournir cette pièce, en raison des conditions difficiles dans lesquelles elles ont quitté leur pays. De plus, si l'identité doit être prouvée, la filiation n'est pas un principe requis par la loi. En demandant des pièces qui proviennent des services d'état civil des pays étrangers, les caisses contraignent les personnes à un régime provisoire d'affiliation à la CMU, sans disposer d'une carte Vitale.

En effet, sans numéro définitif d'immatriculation, une attestation papier peut être délivrée, mais pas une carte Vitale. Or, le passage systématique de l'ensemble des assurés sociaux à la carte Vitale créé un nouveau cas de difficulté. Jusqu'en 2001, il était possible d'obtenir des attestations écrites des droits ouverts à la sécurité sociale et d'avoir accès au système de soins. Médecins sans frontières recense ainsi plusieurs publics touchés :

- Des jeunes sans travail et sans ressources, n'ayant pas droit au RMI, qui reçoivent une attestation de CMU complémentaire où il est écrit qu'elle n'est valable qu'avec la carte Vitale ;
- Des jeunes qui ont un premier emploi avec un faible salaire qui devront faire l'avance des frais pour leurs soins ;
- Des conjoints séparés, bénéficiaires ou non de la CMU, qui ne peuvent présenter la carte Vitale.

Depuis la généralisation de la carte Vitale, il est moins facile aux professionnels de santé, qui ne sont plus habitués aux attestations papiers, d'accorder la dispense d'avance de frais. Les professionnels ont de plus des délais de remboursement plus longs dans ces cas.

Les délais d'obtention de la carte Vitale sont, selon les caisses, très longs (de trois à six mois en Ile-de-France).

2.1.4. La fraude à la CMU-C

La fraude à la CMU existe, comme pour toutes les prestations. Aucun élément ne permet cependant d'affirmer qu'elle atteint des niveaux significatifs : le nombre des bénéficiaires reste largement inférieur aux prévisions initiales, le niveau moyen de dépenses est cohérent avec ce qu'on pouvait attendre et aucun signalement particulier n'est observé (caisses, etc.).

En toute logique, s'agissant d'une prestation en nature, elle est moins « attractive » qu'une prestation en espèce. Les bénéfices éventuels des fraudeurs sont limités : un soin ne peut pas être remboursé deux fois. De plus, se soigner relève de la nécessité plus que du confort ou du plaisir, ce qui limite, là aussi les tentations.

Par ailleurs, le risque moyen pour la collectivité est relativement faible : 300 € par an, contre 3 600 € pour le RMI par exemple qui est une prestation en espèce. Cependant pour une personne visant des soins coûteux mais non vitaux, notamment en dentaire ou optique, la fraude peut présenter un intérêt.

Trois domaines permettant les fraudes peuvent être distingués.

➤ la fraude à la déclaration de ressources

Pour les bénéficiaires du RMI (soit la moitié des bénéficiaires de la CMU-C), le dossier de ressources est de fait instruit par les CAF : les procédures de contrôle sont largement développées dans ce cadre. Les conditions, notamment en matière de séjour des étrangers et de situation familiale (isolé ou couple) sont plus strictes que pour la CMU-C, et sont donc une garantie contre la fraude éventuelle.

Pour les demandeurs non bénéficiaires du RMI, les ressources sont examinées par les organismes d'assurance maladie. La fraude peut prendre plusieurs cas de figure :

- Les déclarations sur l'honneur : les ressources déclaratives concernent le plus souvent des personnes très marginalisées, qui relèvent dans tous les cas de figure de la prestation. Pour les autres, le déclaratif sert le plus souvent à remplacer une pièce manquante. Il semble difficile d'envisager de supprimer cette possibilité qui permet de clore des dossiers dont l'instruction s'éterniserait. Les dossiers comportant des déclarations sur l'honneur sont d'ailleurs ciblés par les plans de contrôle des caisses d'assurance maladie (cf. supra).
- Les revenus officieux (travail au noir) doivent être déclarés dans les ressources des demandeurs. Ces ressources sont par nature difficiles à cerner. Les échanges d'information avec les URSSAF sont rendus possibles par l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale. Les fraudes importantes et organisées proviennent plus d'une recherche de couverture maladie que de la couverture complémentaire. Les affiliations à l'assurance maladie au titre de la résidence constituent une cible des contrôles, dès lors qu'elles semblent difficiles à justifier.

- Les revenus des travailleurs indépendants sont difficiles à estimer. On peut néanmoins penser que le faible nombre d'exploitants agricoles et de travailleurs indépendants parmi les bénéficiaires de la prestation indique l'absence de dérives.

➤ la fraude à la carte Vitale

L'utilisation abusive de la carte Vitale d'un assuré CMU par un tiers est en pratique possible, tout comme pour n'importe quel autre assuré. Ce genre de possibilité n'est d'ailleurs pas lié uniquement à l'existence de la carte Vitale et existait déjà avec les feuilles de remboursement.

Cette fraude, qui demande la participation active du titulaire de la carte et une certaine bonne volonté des professionnels de santé, peut être détectée par les caisses lorsqu'elle a un caractère répété : le montant des sommes remboursées à un assuré et l'incohérence des prescriptions permet de déclencher un contrôle médical.

➤ La fraude à la consommation

Deux cas de figure peuvent apparaître : soit le fraudeur est le bénéficiaire, soit le fraudeur est le professionnel de santé. Dans ces deux cas, un contrôle par les caisses, soit des gros consommateurs de soins, soit de l'activité des professionnels de santé permet de faire apparaître les cas avérés de dérives et donc de les traiter. La réponse se trouve dans l'activité de contrôle médical des caisses, qui peut être mieux développée.

- Dans le premier cas, les consommations abusives de produits pharmaceutiques posent l'essentiel du problème. On peut alors soit être face à un cas de surconsommation (allant jusqu'à poser des problèmes de santé), soit c'est un cas de trafic. Certains médicaments peuvent inciter à des trafics. Ceux-ci ne sont pas spécifiques à la CMU, mais la dispense d'avance de frais les facilite. Le Subutex pose un problème spécifique de santé publique, qui dépasse le cadre de la CMU. Des travaux sont en cours, notamment dans la Loi de santé publique, pour trouver de meilleures conditions de distribution de ces traitements.
- Dans le second cas, le tiers payant peut créer des tentations pour des professionnels de santé qui multiplient la facturation d'actes, sans raison médicale. Ces pratiques ont déjà été identifiées dans le cadre de l'aide médicale (antérieure à la CMU). Ce problème n'est pas spécifique à la CMU, mais concerne l'ensemble des actes prescrits par les professionnels de santé.

Les caisses ont une gamme importante d'outils de contrôle, qui pourraient être mieux mobilisés. Les entrées du contrôle sont diverses, et chaque niveau de questionnement demande une approche spécifique. Afin de sortir de la répétition des mêmes constats, un plan de contrôle définissant des objectifs et des moyens pourrait être réalisé, avec des objectifs chiffrés, la définition de cibles de contrôle et une remontée nationale des résultats.

Le coût et la faisabilité des contrôles doit être pris en compte : il faut éviter de faire peser un soupçon sur tous les bénéficiaires de la CMU et il n'est pas envisageable de mobiliser des moyens disproportionnés des caisses sur des objectifs relativement mineurs part rapport aux enjeux financiers de l'assurance maladie.

2.1.5. Le contentieux

L'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le contentieux des décisions relatives au droit de la CMU-C relève des commissions départementales d'aide sociale (CDAS). Elles sont donc gérées au niveau des DDASS.

Les voies de recours sont, en principe, mentionnées sur chaque décision de caisse. La caractéristique essentielle des contentieux devant les juridictions d'aide sociale est leur facilité d'accès : le requérant est dispensé de tout frais de timbre et n'a pas l'obligation de faire assurer sa défense par un ministère d'avocat. De plus, les exposés des moyens, même très sommaires, sont en général acceptés par les CDAS sans autre formalité.

Cette souplesse explique en partie le caractère massif du contentieux, dès la première année de la mise en œuvre de la CMU-C, et son accroissement les années suivantes.

➤ L'activité du contentieux

Activité CDAS ⁴	Recours enregistrés	Jugements CDAS	Instances au 31 décembre
2000	37 354	24 703	12 347
2001	44 897	29 365	24 325
Evolution 2000/2001	+ 20,19 %	+ 18,87 %	+ 97,01 %
2002	45 597	42 297	28 321
Evolution 2002/2001	+ 1,56 %	+ 44,04 %	+ 16,43 %

Source : DDASS

De 2001 à 2002, le délai moyen du jugement est passé de cinq à six mois, avec de très fortes disparités : de moins de trois mois dans 23 départements, tous très peu peuplés à l'exception de la Loire, les délais en 2002 atteignent ou dépassent dix mois dans dix départements, en particulier ceux à forte densité de population, avec un maximum de 24 mois dans l'un d'entre eux.

Les décisions ont été les suivantes :

Type de décision	2001	2002
Incompétence	0,11 %	0,04 %
Irrecevabilité	1,02 %	0,84 %
Rejet	73,78 %	86,05 %
Acceptation du recours	7,12 %	8,65 %
Non lieu à statuer	17,97 %	4,42 %

Source : DDASS

⁴ Ces chiffres constituent une estimation à partir des données fournies par les DDASS. Dans les départements pour lesquels il n'a pas été possible d'obtenir des données fiables, une extrapolation a été établie en affectant un coefficient correspondant à l'évolution moyenne nationale obtenue à partir des données fournies par les autres DDASS.

D'après les données fournies par les DDASS, les appels devant la commission centrale d'aide sociale se répartissent de la manière suivante :

Appels en commission centrale d'aide sociale⁵	2001	2002
Formés par le demandeur	52,94 %	78,04 %
Formés par le préfet	15,26 %	2,73 %
Formés par les caisses	28,56 %	13,02 %
Formés par un tiers	3,23 %	6,21 %

Source : DDASS

L'administration centrale a formé des pourvois en cassation devant le Conseil d'Etat contre les décisions de la Commission centrale d'aide sociale qui paraissaient contraires à la règle de droit. Il s'agit de problèmes d'interprétation des règles concernant les ressources prises en compte. A ce titre, 7 pourvois ont été formés en 2001, 42 ont été formés en 2002.

Le régime des travailleurs indépendants mentionne une décision de la Commission centrale d'aide sociale qui vient de donner lieu à un pourvoi devant le Conseil d'Etat à l'initiative de la caisse à l'origine du refus. L'objet du litige porte sur la prise en compte dans les ressources des cotisations sociales facultatives.

➤ **Objet des recours**

La très grande majorité des recours formés porte sur une contestation du rejet de la demande sur critère de ressources. La comptabilisation du forfait logement dans les ressources est mal comprise par les demandeurs. Les caisses et les DRASS s'accordent pour dire qu'une très grande partie de ces recours en contentieux pourrait ainsi être réduits si les courriers de notification des refus étaient plus explicites.

⁵ Les chiffres fournis par les DDASS ne constituent qu'une indication. En effet, certains appels ont pu être formés directement devant la Commission centrale d'aide sociale sans transiter par la DDASS et n'ont pas été décomptés. Plusieurs appels peuvent avoir été formés par des personnes physiques ou morales différentes pour un même dossier.

2.2. L'accès aux soins des plus démunis

La CMU-C est une forme de protection sociale qui vise à faciliter l'accès aux soins des plus démunis : elle permet de lever les obstacles administratifs et économiques à l'accès aux soins en couvrant le ticket modérateur des soins de ville et hospitaliers, le forfait hospitalier et les dépassements tarifaires pour les principaux produits (LPP, ex-TIPS), ainsi que pour les prothèses dentaires et les lunettes. Ces dépenses sont en tiers payant et les professionnels de santé sont tenus de respecter les tarifs opposables. Le « panier de soins »⁶ est donc complet, et assure la prise en charge de tous les soins nécessaires. Les dépenses correspondant à des exigences particulières des patients sont à leur charge. La CMU-C permet de mettre ses bénéficiaires dans le droit commun de l'assurance maladie.

La CMU complémentaire assure ainsi une double sécurité⁷ à ses bénéficiaires.

La majorité, qui n'a pas de problèmes de santé majeur, est assurée d'une couverture complète si son état de santé venait à se dégrader. Ils peuvent ainsi consacrer leurs ressources, à d'autres postes : logement, éducation, insertion.

Pour leur part, les personnes ayant de fortes dépenses de santé en raison de leur état de santé ou de leur composition familiale, sont bien prises en charge. Elles sont aidées pour faire face à des charges qu'elles ne sont pas en état de soutenir.

2.2.1. La perception des acteurs

Les divers acteurs s'occupant des publics démunis, parmi les professionnels de santé, les intervenants sociaux et le monde associatif, s'accordent pour dire que la CMU constitue un progrès majeur en matière d'accès aux soins. Tous relèvent quelques dysfonctionnements ou des insuffisances qui ne remettent pas en cause le sentiment général positif.

Les intervenants sociaux indiquent que l'accès aux droits est consolidé par la présence d'un opérateur unique (les caisses d'assurance maladie) et qu'ils ont ainsi pu se désengager des procédures parfois très lourdes d'ouverture des droits à l'aide médicale d'avant 2000. Le relatif désinvestissement des services sociaux départementaux et des CCAS est ainsi pour partie à comprendre comme une conséquence de l'amélioration des procédures : ils se consacrent désormais à d'autres tâches.

Il faut cependant noter que la circulaire DSS-2A/DAS/DIRMI du 5 juillet 2000 qui définit les modalités de concours à la constitution des dossiers des personnes demandant à être affiliées à la CMU de base, et prévoit les modalités de concours apporté notamment par les CCAS aux demandeurs de la CMU de base ou complémentaire et rappelle que ces fonctions sont exercées à titre gratuit, a fait l'objet d'un recours par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale.

Dans sa décision du 11 mars 2002, le Conseil d'Etat a rejeté la requête de l'UNCCAS contre la circulaire du 5 juillet 2000 en considérant que les centres communaux d'action sociale constituent des services sociaux au sens des dispositions des articles L 161-2-1 et L 861-5 du code de la

⁶ Le terme de panier de soins n'est pas tout à fait adapté, même si il est souvent utilisé : les soins pris en charge sont ceux qui sont reconnus par la sécurité sociale.

⁷ Le Conseil économique et social, dans le rapport Wréziński, a défini la pauvreté comme un cumul de plusieurs insécurités, que les politiques sociales doivent s'attacher à réduire.

sécurité sociale. Il a également souligné que la circulaire était fondée à rappeler que les missions des CCASS sont exercées à titre gratuit. L'engagement des CCAS reste cependant très limité.

Le niveau du seuil d'accès à la prestation reste en revanche une préoccupation car une partie importante des personnes et des familles dont les revenus restent en tout état de cause très bas échappent à la prestation. Ce problème est souvent posé par les intervenants sociaux travaillant en milieu hospitalier.

Les professionnels de santé travaillant en milieu défavorisé ont dans leur grande majorité une appréciation très positive de la CMU : ils relèvent en particulier que la CMU n'est pas une innovation radicale en matière d'accès aux soins des personnes très malades, déjà possible avec l'aide médicale, mais constitue une amélioration de la continuité des soins, notamment en matière de soins de longue durée. La généralisation récente, et encore incomplète, de la carte Vitale est perçue très positivement, car elle facilite la gestion administrative du tiers payant. S'exprime en revanche une certaine incompréhension quant au niveau du barème d'admission à la CMU-C, qui exclut une part notable de leurs malades (familles, personnes âgées).

Les associations humanitaires interviennent sur des publics en situation de grande pauvreté et dans des situations d'exclusion majeure. Elles soulignent que la mise en œuvre de la loi leur a permis de réorganiser leur pratique : beaucoup ont fermé leurs centres de soins (Médecins sans frontières, Remède), toutes ont réorganisé leur accueil pour informer les publics et les aider à préparer leurs dossiers de demande de CMU ou d'aide médicale. Les associations qui ont gardé des centres de soins (Médecins du monde, Croix Rouge) se sont réorientées en direction des publics étrangers. Le rôle des associations reste important pour assurer une présence auprès des publics très marginalisés, qui ont des droits potentiels non mobilisés. Les associations sont par ailleurs des observateurs vigilants de la mise en œuvre de la loi.

Les usagers, telle que leur opinion est relayée par certaines associations comme ATD-Quart monde ou le Secours Catholique, ont aussi une appréciation positive des améliorations introduites par la loi CMU, notamment en matière de banalisation des dossiers dans les caisses et pour les professionnels de santé. Un certain nombre d'aspects administratifs restent mal compris (forfait logement, nécessité de choisir un organisme gestionnaire). Il y a parfois aussi un manque d'informations sur les soins couverts par la CMU, mais qui reflète la méconnaissance habituelle des assurés sociaux en la matière.

2.2.2. Les prestations prises en charge par la CMU

Une étude comparative du CREDES montre que le « panier de soins » de la CMU-C est complet et meilleur que celui de nombreux contrats d'assurance complémentaire⁸, notamment pour la prise en charge des forfaits hospitaliers et des dépassements en dentaire et optique.

Les prestations prises en charge par la CMU complémentaire sont, à l'exception des dépassements tarifaires pour la liste des produits et prestations (LPP, ex-TIPS), les mêmes que celle de l'aide médicale réformée par la loi de 1992. Par rapport à la situation antérieure, la CMU-C a principalement apporté un progrès en terme de sécurité de la prestation encadrée au niveau national.

Ceci explique qu'il n'y a pas eu une rupture entre la situation d'avant 2000 et celle d'après, mais une amélioration relative : les quelques études comparatives (CNAMTS, CREDES, DREES, Etudes locales PACA – cf. annexe 6 -, Rhône-Alpes) montrent que les anciens bénéficiaires de l'aide

⁸ La complémentaire maladie en France, qui bénéficie de quels remboursements ?, Bocognano, Coffinhal, Dumesnil, Grignon, CreDES 2000.

médicale ont eu une progression relativement faible de leurs consommations, alors que les nouveaux bénéficiaires ont eu, logiquement, une évolution beaucoup plus forte de leur consommation en accédant à la CMU-C.

Certains travaux essaient de cerner la notion de rattrapage en matière de soins. Cette réflexion n'est peut être pas très pertinente, car, mis à part les prothèses et appareillages, la plupart des soins n'ont d'intérêt que si ils sont délivrés au moment où ils sont nécessaires. En termes de santé publique, seule la notion de retard dans l'accès aux soins nécessaires a un sens, ainsi que celle de continuité des soins. Les soins adaptés donnés au bon moment sont ceux qui sont efficaces : ils sont évidemment impossibles à mesurer hors de la pratique médicale.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont des consommations de soins qui ont les caractéristiques de celles de leur milieu socio professionnel, avec notamment un recours privilégié à la médecine générale et aux consultations externes des hôpitaux. Une étude de la DREES⁹ montre ainsi que, à âge égal, les bénéficiaires de la CMU subissent plus fréquemment des risques vitaux ou des invalidités importantes. L'état de santé d'une partie d'entre eux détermine par ailleurs un recours important à l'hôpital. Ces diverses données sont désormais assez bien connues après les nombreux travaux qui ont eu lieu sur ce thème, et notamment le rapport de 1998 du Haut Comité en Santé Publique (« La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé »).

Depuis la mise en œuvre de la loi, le « panier de soins » n'a pas subi de modifications, sauf en dentaire : le plafond limitatif des soins délivrés sur 2 ans, sauf « impérieuse nécessité médicale » a été supprimé, suite aux observations de la mission d'expertise du Docteur Zeilig. Aucun accroissement des dépenses n'a été identifié, confirmant que cette disposition était sans objet. On peut noter par ailleurs que quelques soins (Inlay core) ont été intégrés à la nomenclature des soins remboursables à la demande des chirurgiens dentistes (valable pour tous les assurés sociaux).

En dehors de ces deux exemples, le panier de soins est resté inchangé : ni les tarifs des différents forfaits optiques ou dentaires, ni la nomenclature n'ont fait l'objet de mises à jour.

2.2.3. Les difficultés relevées

Dans la littérature consacrée à la CMU ou dans les réactions des intervenants, on ne trouve en fait que relativement peu de commentaires sur l'accès aux soins, ce qui tendrait à prouver que l'usage a eu tendance à se banaliser relativement rapidement. Les intervenants semblent en mesure de régler entre eux les difficultés inhérentes au recours au système de santé.

La question des refus de soins semble en fait limitée au secteur dentaire et à un certain nombre de spécialités qui travaillent en tarifs libres (cf. infra). Le terme de refus de soins semble d'ailleurs impropre, car il s'agit souvent plutôt d'incitation à s'adresser à un autre professionnel que d'un refus caractérisé. En dentaire, les patients sont souvent orientés sur les centres de santé : ces derniers regrettent de se retrouver ainsi spécialisés sur une clientèle sans avoir leur mot à dire. Cette dissuasion est parfois vécue comme une humiliation par les usagers.

Une autre difficulté en matière d'accès aux soins est la conséquence des problèmes techniques éprouvés par les professionnels pour se faire payer, notamment quand l'assuré n'a pas de carte Vitale à jour. Ces difficultés concernent notamment des pharmacies qui sont en télétransmission. Certains professionnels refusent les bénéficiaires à ce titre.

⁹ Denis Raynaud, l'impact de la CMU sur les consommations individuelle de soins "Etudes et résultats n° 229 – mars 2003".

La DSS, saisie sur la question du refus de certaines pharmacies d'accorder la dispense d'avance de frais en l'absence de carte vitale, a rappelé aux pharmaciens que celle-ci est un élément essentiel de la loi CMU et ne peut être refusée si le bénéficiaire n'a qu'une attestation papier : « La dispense d'avance de frais n'est pas nécessairement conditionnée à la transmission électronique de la feuille de soins par le pharmacien, car cela reviendrait à faire de la télétransmission une exigence exorbitante du droit commun ; alors même que l'accès des bénéficiaires de la CMU-C à cette prestation leur est reconnu de plein droit. Une telle interprétation serait au demeurant contraire à la volonté du législateur qui a entendu faciliter au maximum l'accès aux soins pour cette catégorie de bénéficiaires. »

La loi prévoit que les professionnels de santé doivent pratiquer, pour les bénéficiaires de la CMU-C, les tarifs de responsabilité ou des forfaits en matière dentaire et optique (dans ce seul cas, des dépassements peuvent être autorisés en cas de demande particulière de l'assuré). Aucun autre dépassement tarifaire ne devrait donc être constaté et les bénéficiaires de la CMU-C devrait ne rien dépenser pour leurs soins. Une enquête de la CNAMTS sur l'EPAS montre qu'une part des bénéficiaires de la CMU-C a dû payer une partie de ses soins :

- pour les soins dentaires, 6 % des patients ont eu un reste à charge moyen de 132 € ;
- parmi les personnes ayant consulté un généraliste, 8,7 % ont eu un reste à charge moyen de 15 € ;
- et 9,9 % des patients de spécialistes ont eu reste à charge moyen de 25 €.

Si peu de bénéficiaires de la CMU-C sont concernés, ce phénomène n'en est pas pour autant négligeable et constitue un vrai obstacle à la bonne application de la loi.

Pour une fraction des publics très marginalisés, certaines associations et services administratifs pensent qu'un accompagnement en matière de santé pourrait être utile pour les aider à formuler une demande. Pour un très petit nombre de personnes, une prise en charge spécialisée de l'ensemble des actes de la vie de ces personnes serait nécessaire : leur capacité à avoir recours aux services de droit commun, quels qu'ils soient, est manifestement réduite.

Une autre question récurrente est celle de personnes ayant des comportements inacceptables, violents, revendicatifs. Ce problème concerne l'ensemble des services et n'est pas spécifique aux bénéficiaires de la CMU, même si il est probable qu'il se pose avec plus d'acuité dans les quartiers en difficulté. Une réflexion plus générale existe, notamment dans le cadre de la politique de la ville, pour réorganiser les services de soins, aussi bien en médecine de ville que dans les services hospitaliers, pour faire face à ces incivilités.

Les abus de soins existent, mais relèvent des procédures habituelles de contrôle concernant tous les assurés sociaux : récemment, la limitation des recours aux visites à domicile en est un exemple. Le médecin a un rôle très important pour éduquer son patient à un recours raisonné aux soins.

2.3. Structure et niveau des dépenses

2.3.1. Les dépenses CMU-C à la CNAMTS

Les dépenses de soins prises en charge par la CMU-C sont celles correspondant au ticket modérateur, au forfait hospitalier et aux dépassements tarifaires. Elles ne donnent qu'un aperçu très indirect de l'état de santé des bénéficiaires, à la différence des données issues de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux) qui prend en compte l'ensemble des dépenses payées (base et complémentaire) par l'assurance maladie, ainsi que leur répartition par décile. Ces éléments descriptifs seront développés plus loin.

La part prise en charge par la CMU-C est néanmoins un élément comparatif nécessaire, pour évaluer la moyenne des risques financiers pris en charge par les caisses d'assurance maladie et par les organismes complémentaires. Les informations sont analysées sur la base d'un coût individuel moyen, et selon une nomenclature fixe.

2.3.1.1. Le coût moyen des caisses d'assurance maladie du régime général

Le tableau suivant présente l'évolution des dépenses sur trois ans, uniquement pour la métropole : l'augmentation est de 12 % après la première année, de 6,6 % la seconde, ce qui, après la situation exceptionnelle de mise en œuvre de la loi, correspond à la croissance moyenne des dépenses de santé.

En euros

CNAMTS Métropole	2000	2 001	2002
Total des dépenses	246,9	277,4	295,6
dont ticket modérateur Ville	180,5	192,6	202,3
dont hôpital (TM+Forfait)	56,0	59,4	65,2
dont dépassements	10,4	25,4	28,1
Total des dépenses	100,0%	100,0%	100,0%
dont ticket modérateur Ville	73,1%	69,4%	68,4%
dont hôpital (TM+Forfait)	22,7%	21,4%	22,1%
dont dépassements	4,2%	9,2%	9,5%

Source : CNAMTS

Il convient de signaler quelques facteurs venant perturber les données :

- En 2000, les circuits d'information ne sont pas complètement mis en place. Les comptes analytiques sont imprécis.
- Les procédures pour les dépassements ne sont opérationnelles qu'à la fin du premier semestre 2000 : la croissance des dépassements représente 36 % de la croissance des dépenses sur 2 ans.
- Par ailleurs le traitement des données provenant de l'APHP n'est opérationnel qu'à la fin 2002, ce qui donne une certaine marge d'imprécision : la dépense 2000 est très probablement un peu sous évaluée, et la dépense 2002 surévaluée.
- Pour 2002, les dépenses intègrent les dépenses payées au titre de 2002 jusqu'en septembre 2003.

CNAMTS Métropole	Coût unitaire 2000	Coût unitaire 2001	Coût unitaire 2002
Effectifs moyens	3 532 220	3 598 372	3 189 470
Montant total des prestations servies	246,8 €	277,4€	295,6 €
1° Ticket modérateur :	224,4 €	237,2 €	238,6 €
a) les honoraires médicaux	70,9 €	50,9 €	55,4 €
a1) généralistes		33,1 €	36,3 €
a2) spécialistes		17,8 €	19,1 €
b) les honoraires dentaires		15,6 €	16,1 €
c) les honoraires des auxiliaires médicaux	11,1 €	11,9 €	12,2 €
d) les honoraires du secteur public	2,9 €	9,5 €	8,6 €
e) les médicaments et dispositifs médicaux	82,2 €	91,8 €	94,8 €
e1) médicaments	81,9 €	86,9 €	89,2 €
e2) dispositifs médicaux	0,4 €	4,9 €	5,7 €
f) les frais d'analyse et de biologie médicale	9,5 €	10,3 €	11,7 €
g) les frais de transport	2,1 €	2,6 €	2,8 €
h) les prestations hospitalières	43,9 €	44,6 €	36,2 €
i) les autres prestations (cures thermales...)	0,1 €	0,0 €	0,7 €
2° Du forfait journalier	12,1 €	14,8 €	29,0 €
3° Des forfaits de dépassements :	10,4 €	25,4 €	28,1 €
a) pour les soins dentaires prothétiques,	9,3 €	18,1 €	20,2 €
b) pour les soins d'orthopédie faciale	0,3 €	2,3 €	2,8 €
c) pour l'optique	0,7 €	4,7 €	4,8 €
d) pour l'audioprothèse	0,0 €	0,3 €	0,3 €
e) pour les autres soins	0,0 €	0,0 €	0,0 €
4° Des autres prestations	0,0 €	0,0 €	0,0 €

Source : CNAMTS

- Les honoraires médicaux confondaient en 2000, généralistes, spécialistes et dentaire. Il faut comparer les cumuls de dépenses.
- Les honoraires du secteur public comprennent notamment les consultations externes des hôpitaux.
- Pour les prestations hospitalières, il faut faire le cumul avec le forfait journalier. Elles représentent environ 22 % du total.
- Les forfaits de dépassement prennent leur régime normal à partir de 2001. Ils représentent 9,5 % du total des dépenses de CMU-C. Ces forfaits concernent principalement le dentaire, suivi de l'optique.

2.3.1.2. Les variations départementales et régionales

Les tableaux suivants présentent les évolutions régionales et départementales des coûts unitaires. Pour neutraliser un certain nombre de variations techniques, dues à des traitements locaux¹⁰, l'analyse des variations régionales et départementales s'appuie sur la moyenne sur trois ans. Les petites variations sur les totaux métropole sont inhérentes à ce type de données, qui varient un peu des données comptables nationales.

¹⁰ Notamment les dépenses de l'APHP pour certains départements de l'Ile-de-France.

CPAM	2 000	2 001	2 002	Moyenne sur 3 ans	Ecart au coût National
Alsace	170,7	195,2	215,4	193,8	72%
Aquitaine	254,5	282,1	306,5	281,0	104%
Auvergne	253,0	280,4	302,6	278,7	103%
Basse-Normandie	234,0	262,0	278,8	258,2	96%
Bourgogne	240,8	256,5	270,5	255,9	95%
Bretagne	274,9	297,0	309,3	293,7	109%
Centre	247,1	238,4	261,3	248,9	92%
Champagne-Ardenne	255,7	283,5	314,3	284,5	106%
Corse	189,5	261,7	303,1	251,5	93%
Franche-Comté	248,5	273,3	294,8	272,2	101%
Haute-Normandie	229,7	255,3	270,9	252,0	94%
Ile-de-France	228,3	277,4	279,1	261,6	97%
Languedoc-Roussillon	252,4	279,5	316,1	282,7	105%
Limousin	256,3	275,2	288,6	273,4	102%
Lorraine	249,3	277,3	291,8	272,8	101%
Midi-Pyrénées	268,5	291,7	305,8	288,7	107%
Nord-Pas-de-Calais	271,6	306,7	322,3	300,2	111%
Pays-de-la-Loire	232,0	245,8	282,9	253,6	94%
Picardie	252,4	282,4	299,9	278,3	103%
Poitou-Charentes	271,0	268,5	317,0	285,5	106%
PACA	248,9	282,7	308,8	280,2	104%
Rhône-Alpes	226,9	248,6	270,3	248,6	92%
METROPOLE	243,5	269,1	291,4	268,0	100%
DOM	217,5	232,7	250,0	233,4	87%
TOTAL	242,8	273,7	291,3	269,3	100%

Source : CNAMTS

Département	2 000	2 001	2 002	Moyenne sur 3 ans	Variation coût National
1 AIN	226,8	245,48	280,61	250,98	93%
2 AISNE	248,9	272,73	291,02	270,88	101%
3 ALLIER	238,4	268,60	296,97	267,98	100%
4 ALPES H.PROV	215,5	269,26	263,00	249,24	93%
5 HTES ALPES	229,5	265,49	287,82	260,94	97%
6 ALPES MARIT	263,4	309,36	363,84	312,20	116%
7 ARDECHE	210,0	234,51	251,62	232,04	86%
8 ARDENNE	278,1	304,27	379,36	320,56	119%
9 ARIEGE	246,2	265,53	265,10	258,94	96%
10 AUBE	238,9	267,17	282,00	262,68	98%
11 AUDE	249,0	278,57	307,36	278,31	103%
12 AVEYRON	259,9	280,28	294,76	278,32	103%
13 BOUCHES DU RHO	287,0	321,93	337,29	315,41	117%
14 CALVADOS	231,1	261,87	290,50	261,16	97%
15 CANTAL	295,7	315,72	362,79	324,73	121%
16 CHARENTE	251,3	264,90	276,56	264,24	98%
17 CHARENTE MARIT	260,0	285,04	298,93	281,33	104%
18 CHER	229,2	240,13	263,78	244,37	91%
19 CORREZE	260,8	282,00	297,03	279,94	104%
20 CORSE SUD	210,5	275,05	317,98	267,84	99%
21 COTE D'OR	254,2	281,72	301,76	279,23	104%
22 COTE D'ARMOR	252,5	297,06	301,39	283,66	105%
23 CREUSE	260,0	269,12	274,17	267,76	99%
24 DORDOGNE	248,0	302,14	350,79	300,32	112%
25 DOUBS	275,7	292,73	313,46	293,95	109%
26 DROME	223,9	257,78	282,89	254,86	95%
27 EURE	227,0	250,02	267,85	248,31	92%
28 EURE ET LOIR	321,0	178,71	269,05	256,25	95%
29 FINISTERE	305,7	318,95	324,13	316,27	117%
30 GARD	271,7	286,92	301,91	286,84	107%
31 HTE GARONNE	300,3	331,22	344,12	325,22	121%
32 GERS	280,8	303,49	358,36	314,20	117%
33 GIRONDE	249,4	264,78	295,20	269,80	100%
34 HERAULT	260,3	295,83	321,06	292,38	109%
35 ILLE ET VILAINE	257,0	284,18	310,73	283,97	105%
36 INDRE	254,6	246,99	243,40	248,34	92%
37 INDRE ET LOIRE	217,2	258,45	273,55	249,73	93%
38 ISERE	239,4	259,60	277,99	259,01	96%
39 JURA	243,9	275,41	304,86	274,72	102%
40 LANDES	281,7	302,28	297,94	293,98	109%
41 LOIR ET CHER	227,8	262,55	268,75	253,04	94%
42 LOIRE	239,7	265,15	280,41	261,77	97%
43 HTE LOIRE	241,0	274,32	275,52	263,62	98%
44 LOIRE ATLANT	219,6	239,77	264,87	241,40	90%
45 LOIRET	232,6	243,61	249,09	241,78	90%
46 LOT	234,3	258,24	282,11	258,21	96%
47 LOT ET GARO	225,7	238,47	261,56	241,92	90%
48 LOZERE	249,8	288,83	372,86	303,82	113%
49 MAINE ET LOI	218,7	237,91	269,14	241,91	90%
50 MANCHE	238,6	263,97	269,99	257,51	96%
51 MARNE	256,3	278,21	289,91	274,81	102%
52 HTE MARNE	249,5	284,21	305,84	279,85	104%

Département	2 000	2 001	2 002	Moyenne sur 3 ans	Variation coût National
53 MAYENNE	216,1	211,94	313,31	247,12	92%
54 MEURTHE ET M	297,2	316,73	330,55	314,83	117%
55 MEUSE	258,3	281,17	306,34	281,93	105%
56 MORBIHAN	284,2	287,63	301,15	291,00	108%
57 MOSELLE	169,2	205,44	217,70	197,44	73%
58 NIEVRE	240,1	258,36	270,85	256,42	95%
59 NORD	261,4	303,46	322,49	295,79	110%
60 OISE	233,7	275,95	290,91	266,85	99%
61 ORNE	232,2	260,25	275,78	256,08	95%
62 PAS DE CAL	281,8	309,85	322,02	304,54	113%
63 PUY DE DOME	237,0	263,08	274,94	258,32	96%
64 PYREN ATLANT	267,5	302,69	326,98	299,04	111%
65 HTES PYR	321,8	340,77	339,78	334,12	124%
66 PYR ORIENT	231,3	247,45	277,26	252,00	94%
67 BAS RHIN	188,7	208,67	225,81	207,74	77%
68 HT RHIN	152,7	181,82	205,03	179,85	67%
69 RHONE	230,4	246,91	256,84	244,72	91%
70 HTE SAONE	258,3	286,29	303,58	282,73	105%
71 SAONE ET LO	231,7	254,09	266,09	250,62	93%
72 SARTHE	237,0	263,94	278,16	259,71	96%
73 SAVOIE	216,0	239,19	268,48	241,23	90%
74 HTE SAVOIE	229,0	240,05	263,83	244,29	91%
75 PARIS	237,8	366,12	335,81	313,23	116%
76 SEINE MARIT	232,3	260,62	274,02	255,63	95%
77 SEINE ET MAR	210,3	268,23	245,94	241,49	90%
78 YVELINES	220,6	248,82	272,31	247,25	92%
79 DEUX SEVRES	275,4	280,46	318,79	291,56	108%
80 SOMME	274,7	298,60	317,88	297,06	110%
81 TARN	268,9	285,84	291,47	282,06	105%
82 TARN ET GAR	235,5	268,08	270,86	258,13	96%
83 VAR	251,6	291,79	310,89	284,76	106%
84 VAUCLUSE	246,5	238,64	290,21	258,46	96%
85 VENDEE	268,8	275,26	289,12	277,72	103%
86 VIENNE	297,4	243,66	373,55	304,86	113%
87 HTE VIENNE	248,1	274,57	294,58	272,43	101%
88 VOSGES	272,5	305,75	312,41	296,89	110%
89 YONNE	237,4	231,79	243,18	237,47	88%
90 TER BELFORT	216,2	238,87	257,43	237,50	88%
91 ESSONNE	230,2	261,99	259,91	250,71	93%
92 HTE SEINE	260,0	274,07	295,37	276,47	103%
93 SEINE ST DENIS	212,4	258,57	287,41	252,80	94%
94 VAL DE MARNE	223,6	295,79	274,62	264,69	98%
95 VAL D'OISE	231,5	245,49	261,10	246,03	91%
96 Hte CORSE (20 B)	168,6	248,39	288,29	235,09	87%
METROPOLE	246,9	280,45	297,82	275,07	102%
971 GUADELOUPE	84,0	120,42	137,60	114,00	42%
972 MARTINIQUE	166,3	202,95	255,00	208,10	77%
973 GUYANE	40,5	69,35	153,91	87,92	33%
974 REUNION	256,8	274,90	281,72	271,14	101%
DOM	217,5	232,73	250,01	233,41	87%
TOTAL	243	273,69	291,34	269,29	100%

Source : CNAMTS

Les dépenses varient entre 180 et 334 € en moyenne sur trois ans en métropole. Toutefois, si les départements d'Alsace-Moselle sont mis de côté en raison de la nature particulière de leur régime qui prend mieux en charge les dépenses de maladie (cf. annexe 7), l'écart se réduit de 232 à 334 €, soit 44 % de plus que le département le moins cher. Les variations sont toutefois sans commune mesure avec celles qui existent entre organismes complémentaires (cf. infra).

Les départements dont la dépense est élevée sont les Hautes-Pyrénées, la Haute-Garonne et le Calvados. Assez curieusement, les départements des régions ayant habituellement de fortes dépenses de santé (PACA, Ile-de-France) ne sont pas nécessairement ceux qui ont les dépenses de CMU-C les plus fortes.

Les résultats des DOM sont surprenants, notamment pour la Guadeloupe et la Guyane. Des difficultés, provenant de défaillances de gestion, ont conduit à les exclure des exploitations statistiques.

2.3.2. Les dépenses des autres régimes

2.3.2.1. Les dépenses des ressortissants de la CCMSA

➤ Le coût unitaire

La CCMSA fournit des données moins complètes que les autres régimes : les dépenses sont en année de paiement et non en année de soins. Le coût unitaire est un ordre de grandeur : 286 € est un chiffre relativement cohérent avec les dépenses unitaires des autres régimes. Les variations départementales ne semblent pas présenter d'anomalies majeures, sauf pour les DOM.

Pour les DOM, les données sont particulièrement incomplètes : les effectifs n'ont été connus que sur une partie de l'année et sont donc estimés. Certaines données ne sont pas disponibles (Guyane, Martinique) ce qui donne une dépense moyenne qui ne reflète probablement pas la réalité.

CCMSA	Effectif moyen	Dépense 2002	Coût moyen
METROPOLE	124 323	35 582 025	286,2
DOM	15 000	1 508 001	100,5
TOTAL	139 323	37 090 026	266,2

Source : CCMSA

➤ Les dépenses de soins par nature

La ventilation des dépenses en métropole est comparable à celle des autres régimes ou des organismes complémentaires. Les dépenses hospitalières représentent 18 % du total et les forfaits environ 7 %, mais les données semblent incomplètes (pas d'optique notamment).

Concernant les DOM, les données ne sont manifestement pas ventilées selon la grille d'analyse de référence.

CCMSA 2002 - Ventilation des dépenses	2002			Répartition des consommations de soins sur le total des dépenses		
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total
Montant total des prestations servies	33 166 535 €	1 478 547 €	34 645 082 €	100,0%	100,0%	100,0%
1° Ticket modérateur:	28 029 268 €	1 153 204 €	29 182 472 €	84,5%	78,0%	84,2%
a) les honoraires médicaux (secteur privé)	6 554 869 €	988 277 €	7 543 146 €	19,8%	66,8%	21,8%
a1) généralistes	3 971 790 €	983 350 €	4 955 140 €	12,0%	66,5%	14,3%
a2) spécialistes	2 583 079 €	4 927 €	2 588 006 €	7,8%	0,3%	7,5%
b) les honoraires dentaires (secteur privé)	2 416 803 €	4 108 €	2 420 911 €	7,3%	0,3%	7,0%
c) les honoraires des auxiliaires médicaux (secteur privé)	1 469 581 €	9 129 €	1 478 710 €	4,4%	0,6%	4,3%
d) les honoraires du secteur public	36 799 €	0 €	36 799 €	0,1%	0,0%	0,1%
e) les médicaments et dispositifs médicaux	11 405 578 €	47 005 €	11 452 583 €	34,4%	3,2%	33,1%
e1) médicaments	10 604 572 €	44 571 €	10 649 143 €	32,0%	3,0%	30,7%
e2) dispositifs médicaux à usage individuel	801 006 €	2 434 €	803 440 €	2,4%	0,2%	2,3%
f) les frais d'analyse et de biologie médicale	1 381 190 €	3 814 €	1 385 004 €	4,2%	0,3%	4,0%
g) les frais de transport	355 603 €	376 €	355 979 €	1,1%	0,0%	1,0%
h) les prestations hospitalières	3 132 554 €	15 310 €	3 147 864 €	9,4%	1,0%	9,1%
i) les autres prestations (cures thermales...)	1 276 291 €	85 185 €	1 361 476 €	3,8%	5,8%	3,9%
2° Du forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du CSS	2 840 877 €	23 483 €	2 864 360 €	8,6%	1,6%	8,3%
3° Des forfaits de dépassements :	2 296 390 €	301 860 €	2 598 250 €	6,9%	20,4%	7,5%
a) pour les soins dentaires prothétiques,	2 296 390 €	301 860 €	2 598 250 €	6,9%	20,4%	7,5%
b) pour les soins d'orthopédie faciale	0 €	0 €	0 €	0,0%	0,0%	0,0%
c) pour l'optique	0 €	0 €	0 €	0,0%	0,0%	0,0%
d) pour l'audioprothèse	0 €	0 €	0 €	0,0%	0,0%	0,0%
e) pour les autres soins	0 €	0 €	0 €	0,0%	0,0%	0,0%
4° Des autres prestations	0 €	0 €	0 €	0,0%	0,0%	0,0%

Source : CCMSA

2.3.2.2. Les dépenses des ressortissants de la CANAM

➤ Le coût unitaire

Le coût unitaire des ressortissants de la CANAM est pour 2002 de 250 € en métropole. En intégrant les paiements tardifs, il ne devrait pas dépasser 260 €.

Les DOM ont un coût unitaire de 200 €.

Coût unitaire 2002 CANAM	Effectifs 2002	Dépenses 2002 en 2002	Dépenses 2002 en 2003 (10 mois)	Dépenses totales 2002	Coût unitaire 2002
METROPOLE	81 392	17 591 071	2 709 493	20 300 564	249,42
DOM	3 980	643 115	152 877	795 992	199,98
TOTAL	85 372	18 234 186	2 862 371	21 096 557	247,11

Source : CANAM

Les comparaisons interdépartementales ne sont pas probantes, car les effectifs sont le plus souvent très faibles : 23 départements, DOM compris, ont plus de 1000 bénéficiaires, et 4 plus de 3000.

➤ Les dépenses de soins par nature

Les ventilations des dépenses sont comparables aux résultats obtenus avec les autres régimes. Les dépenses hospitalières représentent 18 % de l'ensemble, les forfaits de dépassements 11 %. Le recours aux spécialistes semble un peu plus fréquent.

CANAM 2002 ventilation des dépenses	DEPENSES PAYEES EN 2002			Ratio 2002		
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total
Montant total des prestations servies	20 300 229 €	796 328 €	21 096 557 €	100,0%	100,0%	100,0%
1° Ticket modérateur :	16 754 293 €	715 621 €	17 469 913 €	82,5%	89,9%	82,8%
a) les honoraires médicaux (secteur privé)	4 690 138 €	211 320 €	4 901 458 €	23,1%	26,5%	23,2%
a1) généralistes	2 109 517 €	80 282 €	2 189 799 €	10,4%	10,1%	10,4%
a2) spécialistes	2 580 621 €	131 037 €	2 711 658 €	12,7%	16,5%	12,9%
b) les honoraires dentaires (secteur privé)	1 381 411 €	34 963 €	1 416 374 €	6,8%	4,4%	6,7%
c) les honoraires des auxiliaires médicaux (secteur privé)	776 255 €	30 084 €	806 340 €	3,8%	3,8%	3,8%
d) les honoraires du secteur public	107 458 €	362 €	107 820 €	0,5%	0,0%	0,5%
e) les médicaments et dispositifs médicaux	6 382 475 €	290 939 €	6 673 415 €	31,4%	36,5%	31,6%
e1) médicaments	6 066 341 €	275 490 €	6 341 831 €	29,9%	34,6%	30,1%
e2) dispositifs médicaux	316 135 €	15 449 €	331 584 €	1,6%	1,9%	1,6%
f) les frais d'analyse et de biologie médicale	794 628 €	44 634 €	839 262 €	3,9%	5,6%	4,0%
g) les frais de transport	119 035 €	5 469 €	124 504 €	0,6%	0,7%	0,6%
h) les prestations hospitalières	2 459 807 €	97 656 €	2 557 463 €	12,1%	12,3%	12,1%
i) les autres prestations (cures thermales...)	43 084 €	194 €	43 279 €	0,2%	0,0%	0,2%
2° Du forfait journalier	1 244 830 €	30 526 €	1 275 356 €	6,1%	3,8%	6,0%
3° Des forfaits de dépassements :	2 301 106 €	50 181 €	2 351 288 €	11,3%	6,3%	11,1%
a) pour les soins dentaires prothétiques,	1 583 374 €	35 192 €	1 618 565 €	7,8%	4,4%	7,7%
b) pour les soins d'orthopédie faciale	224 122 €	3 752 €	227 874 €	1,1%	0,5%	1,1%
c) pour l'optique	465 629 €	11 238 €	476 866 €	2,3%	1,4%	2,3%
d) pour l'audioprothèse	27 982 €	0 €	27 982 €	0,1%	0,0%	0,1%
e) pour les autres soins				0,0%	0,0%	0,0%
4° Des autres prestations	0 €	0 €	0 €	0,0%	0,0%	0,0%

Source : CANAM

2.3.3. La consommation totale de soins des bénéficiaires de la CMU-C

Dans les parties précédentes du présent rapport, l'étude se concentrait sur la seule part des dépenses prises en charge au titre de la part complémentaire. On élargit ici l'étude à l'ensemble des dépenses de soins, qu'elle se rapporte à la base ou à la complémentaire.

Le service statistique de la CNAMTS s'est intéressé à la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C. A des fins de comparaison avec les autres patients du régime général, la dépense étudiée est la base de remboursement au titre de la part obligatoire ou dépense présentée au remboursement (montant remboursé par la sécurité sociale et ticket modérateur, hors dépassements). En effet, les praticiens sont dans l'obligation d'appliquer les tarifs de secteur 1 à tout bénéficiaire de la CMU-C, en dehors de forfaits sur certains actes dentaires et d'optique.

Dans le Point Stat n° 35, publié par la CNAMTS en août 2002, puis dans des notes réalisées pour préparer le présent rapport et qui n'ont pas fait encore l'objet de publications, le service statistique de la CNAMTS tente d'approcher cette consommation globale et sa répartition et la compare à celle des autres patients du régime général.

Ce travail statistique est réalisé à partir de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS). Cet échantillon comporte 70 000 bénéficiaires du régime général habitant en métropole, dont 6 000 couverts par la CMU-C. Seules les personnes consommatrices de soins font partie de l'échantillon.

Les données disponibles portent sur la totalité des soins (ville et hôpital) pour 2000 et 2001, et pour les seuls soins de ville pour 2002. En effet, les délais de facturation et de liquidation, en particulier pour les dépenses hospitalières, imposent un décalage important de traitement, tous les calculs étant réalisés en année de soins.

2.3.3.1. Un état de santé précaire des bénéficiaires de la CMU-C

La proportion de personnes exonérées du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) est plus élevée chez les non bénéficiaires de la CMU-C que chez les patients de la CMU-C (13 % contre 10 % en 2001 par exemple). Cependant, entre 20 et 59 ans, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C exonérés du ticket modérateur pour ALD est très supérieure à celle des autres patients du régime général (de 60 à 100 % supérieure suivant la tranche d'âge). Lorsqu'on applique aux autres patients du régime général la structure d'âge et de sexe des patients de la CMU-C, la proportion de la population exonérée pour ALD en 2001 est alors de 7 % (contre 10 % pour les patients de la CMU-C). Cet écart montre clairement un état de santé plus précaire chez les bénéficiaires de la CMU-C.

L'analyse de la consommation de soins par décile de la population de l'EPAS est très éclairante également. Dans le dernier décile de cette population, c'est à dire ceux qui ont la dépense de soins la plus importante, les bénéficiaires de la CMU-C sont légèrement surreprésentés (11 % des bénéficiaires de la CMU-C de l'échantillon). Mais surtout, l'écart de consommation se concentre sur ce décile (pour les autres déciles, la consommation d'un bénéficiaire de la CMU-C n'est en moyenne supérieure que de 2 % à celle des autres patients du régime général). En dehors du dernier décile, 49 % des bénéficiaires de la CMU-C et 50 % des non bénéficiaires ont des dépenses qui ne dépassent pas 443 €.

Au sein du dernier décile, la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C est supérieure de 22 % à celle des autres patients (12 827 € versus 10 514 €). Si la dépense de soins de ville est

inférieure pour les bénéficiaires de la CMU-C (3 302 € versus 3 994 €), leur dépense hospitalière est supérieure de 46 % à celle des autres patients (9 525 € versus 6 520 €).

Année 2001 Dépenses présentées au remboursement	Bénéficiaires de la CMU-C		Autres assurés sociaux	
	Dernier décile 768 bénéficiaires	Total 6 977 bénéficiaires	Dernier décile 6 416 assurés	Total 64 864 assurés
Dépense annuelle moyenne	12 827	1 958	10 514	1 580
Dépense de soins de ville	3 302	821	3 994	886
Dépense hospitalière	9 525	1 137	6 520	694
% de personnes ayant eu des dépenses hospitalières	88 %	34 %	82%	18 %

Source : EPAS de la CNAMTS

L'analyse détaillée des dépenses hospitalières réalisées en 2001 (tableau ci-dessous) confirme l'hypothèse d'un recours particulier aux soins hospitaliers parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Le premier élément est un fort recours à l'hôpital : le poids des personnes ayant eu recours à l'hôpital est bien plus important parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Cependant, pour beaucoup d'entre eux, ce recours se limite à des consultations externes, dont le poids dans la dépense est faible. Un taux de recours plus fort est également constaté pour les soins classés dans « autres disciplines » (moyen et long séjour, addictologie, santé mentale, établissements médico-sociaux). Pour cette catégorie, la dépense unitaire moyenne est également bien plus élevée. La longueur de la durée du séjour serait le principal élément d'explication. Les dépenses de la catégorie « autres disciplines », représentent près de 48 % des dépenses hospitalières CMU-C, et ce pour 5 % de malades hospitalisés.

Le tableau qui suit présente la proportion de consommateurs et les dépenses individuelles moyennes selon les postes de prestations hospitalières, pour les seuls consommateurs en 2001.

Année 2001	Bénéficiaires de la CMU-C		Autres patients du régime général	
	Part de consommateurs (en %)	Dépense moyenne par consommant	Part de consommateurs (en %)	Dépense moyenne par consommant
Dépense hospitalière (total)	34,2	3 321	17,8	3 902
Consultations externes	21,0	106	1,3	58
Médecine	9,8	3 758	6,9	3 908
Chirurgie	10,5	1 713	10,1	1 899
Gynécologie – obstétrique	1,3	1 664	0,8	1 882

Autres disciplines	4,7	11 621	2,8	7 770
---------------------------	-----	--------	-----	-------

Source : EPAS de la CNAMTS

Enfin, les 11 % des patients du dernier décile bénéficiaires de la CMU-C engendrent 72 % de la dépense totale des bénéficiaires de la CMU-C (10 % des autres assurés du régime général dépensent pour leur part 66 % du total).

Ces développements montrent que c'est bien l'état de santé des populations précarisées (largement représentées parmi les bénéficiaires de la CMU-C) qui explique une forte consommation de soins, pour l'essentiel à l'hôpital (ce que toutes les études relatives à ces populations ont démontré). La CMU-C protège une population diverse, dont une minorité est atteinte de très lourdes pathologies, d'un coût élevé pour l'assurance maladie.

2.3.3.2. Un accès particulier aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C

Afin de comparer deux populations homogènes vis-à-vis de l'affiliation à la CMU-C, l'analyse se limitera à la comparaison des dépenses de soins de ville des 3 735 personnes qui ont bénéficié de la CMU-C au cours des années 2000, 2001 et 2002 d'une part, des 53 571 personnes qui n'en ont jamais bénéficié d'autre part.

La dépense étudiée est la base de remboursement au titre de la part obligatoire ou dépense présentée au remboursement (montant remboursé par la sécurité sociale + ticket modérateur, hors dépassements).

La part des honoraires est toujours plus élevée chez les patients de la CMU-C que chez les autres patients, l'écart est même de 5 points en 2002. Il en résulte que la part des prescriptions est moins importante.

Les patients de la CMU-C se sont tournés vers une médecine de première intention : la proportion d'actes d'omnipraticiens est toujours de cinq points supérieure chez les patients de la CMU-C. La part des soins dentaires est également plus élevée chez ces patients et tend à augmenter ; la prise en charge totale des soins conservateurs qu'assure la CMU-C ainsi que la prise en charge des prothèses dentaires jusqu'à concurrence d'un forfait, a permis aux patients de la CMU-C de bénéficier de ce type de soins et sans doute, de rattraper un retard dans ce domaine.

Par contre, l'importance relative des actes de spécialistes reste sensiblement moins forte chez les patients de la CMU-C que chez les autres, même si, entre 2000 et 2001, le nombre de consommateurs de la CMU-C a augmenté plus vite que chez les autres patients.

En ce qui concerne les prescriptions, la proportion d'actes d'auxiliaires médicaux reste toujours plus faible (de l'ordre de trois points) chez les patients de la CMU-C que chez les autres, en particulier pour les actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes. Cependant, le nombre de consommateurs d'actes infirmiers augmente plus vite chez les patients de la CMU-C que chez les autres patients du régime général.

Bien que la CMU-C assure le remboursement des frais d'optique et de l'appareillage jusqu'à concurrence de forfaits, la part des dépenses consacrées à ces postes reste stable au cours des trois années.

Enfin, l'importance relative des dépenses de pharmacie et d'actes de biologie est identique chez les patients de la CMU-C et chez les autres patients.

	Patients de la CMU-C			Autres patients du Régime Général		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Honoraires privés						
Omnipraticiens	139,3	156,1	155,2	103,7	106,8	111,7
Autres honoraires	3,4	5,7	8,0	2,6	3,0	3,5
Spécialistes	99,5	107,9	105,3	140,5	148,4	154,1
Soins dentaires	63,8	81,3	79,7	58,9	66,3	65,8
Total honoraires	306,0	351,0	348,2	305,6	324,4	335,2
Prescriptions						
Infirmiers	17,3	31,9	34,9	37,1	46,1	56,9
Kinésithérapeutes	25,1	28,0	21,9	37,8	43,5	46,1
Autres auxiliaires	10,3	12,9	16,5	8,8	9,3	10,3
Total auxiliaires médicaux	52,7	72,7	73,3	83,7	98,8	113,4
Actes de biologie	38,9	47,3	48,2	50,0	55,7	61,5
Pharmacie	340,0	389,1	394,8	365,4	408,0	435,1
Optique	4,3	5,2	4,9	4,0	4,4	4,4
Autres LPP	28,4	40,7	42,8	41,8	53,0	62,3
Transport des malades	40,9	43,8	52,0	26,0	33,0	39,5
Autres soins de ville	1,2	1,3	1,2	5,3	5,8	5,5
Total prescriptions	453,7	527,4	543,9	492,5	559,9	608,3
Total soins de ville	812,4	951,1	965,5	881,9	983,0	1 056,8

Source : EPAS de la CNAMTS

	Patients de la CMU-C			Autres patients du Régime Général		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Honoraires privés						
Omnipraticiens	17,1	16,4	16,1	11,8	10,9	10,6
Autres honoraires	0,4	0,6	0,8	0,3	0,3	0,3
Spécialistes	12,3	11,3	10,9	15,9	15,1	14,6
Soins dentaires	7,8	8,5	8,3	6,7	6,7	6,2
Total honoraires	37,7	36,9	36,1	34,7	33,0	31,7
Prescriptions						
Infirmiers	2,1	3,4	3,6	4,2	4,7	5,4
Kinésithérapeutes	3,1	2,9	2,3	4,3	4,4	4,4
Autres auxiliaires	1,3	1,4	1,7	1,0	0,9	1,0
Total auxiliaires médicaux	6,5	7,6	7,6	9,5	10,1	10,7
Actes de biologie	4,8	5,0	5,0	5,7	5,7	5,8
Pharmacie	41,9	40,9	40,9	41,4	41,5	41,2
Optique	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
Autres LPP	3,5	4,3	4,4	4,7	5,4	5,9
Transport des malades	5,0	4,6	5,4	3,0	3,4	3,7
Autres soins de ville	0,1	0,1	0,1	0,6	0,6	0,5
Total prescriptions	62,3	63,1	63,9	65,3	67,0	68,3
Total soins de ville	100	100	100	100	100	100

Source : EPAS de la CNAMTS

Il semble que pour les dépenses de soins de ville, le dispositif de la CMU-C, qui permet une prise en charge totale des soins sans avance des frais par le patient, soit encore trop récent pour réduire les différences de comportement entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres patients. C'est sur une période plus longue que l'on pourra juger du rôle de la CMU-C sur la réduction de ces disparités de l'état de santé et dans l'accès aux soins des deux populations.

2.3.3.3. Une dépense « moyenne » plus importante

En 2000, un patient bénéficiaire de la CMU-C a dépensé 1 978 € en moyenne, soit près de 31 % de plus qu'un autre patient du Régime Général (1 513 €). A âge et sexe équivalent, cet écart est encore plus important puisqu'il atteint près de 84 %. En 2001, la consommation des bénéficiaires de la CMU-C a baissé en moyenne contrairement à celle des autres patients du régime général, ce qui réduit donc légèrement l'écart entre ces deux populations. Un patient de la CMU-C a dépensé 1 958 € en moyenne, soit près de 24 % de plus qu'un bénéficiaire (1 580 €). A âge et sexe comparable, cet écart atteint encore près de 77 %.

En euros

Consommation annuelle moyenne en 2000	Patient de la CMU-C	Autre patient du régime général	Autre patient du régime général de même âge et de même sexe
Effectifs	6 061	64 241	64 241
Dépense totale	1 978	1 513	1 075
dont dépense ambulatoire	796	841	595
dont dépense hospitalière	1 182	672	480
dont consultation externe	20	1	/
dont frais d'hospitalisation	1 163	671	/

Source : EPAS de la CNAMTS

En euros

Consommation annuelle moyenne en 2001	Patient de la CMU-C	Autre patient du régime général	Autre patient du régime général de même âge et de même sexe
Effectifs	6 977	64 864	64 864
Dépense totale	1 958	1 580	1 109
dont dépense ambulatoire	821	886	620
dont dépense hospitalière	1 137	694	489
dont consultation externe	22	1	/
dont frais d'hospitalisation	1 115	693	/

Source : EPAS de la CNAMTS

Cet écart est pour une large part dû aux seules dépenses hospitalières : en 2001, un bénéficiaire de la CMU-C a en moyenne consommé 1 137 € de soins hospitaliers contre 694 € pour les autres. Il recourt effectivement davantage à l'hôpital et, pour un coût nettement plus élevé en moyenne en cas d'hospitalisation : 34 % de ces patients ont fréquenté l'hôpital et 21 % ont été hospitalisés pour un coût moyen de 5 359 €. Les non bénéficiaires n'ont été que 17 % à avoir été hospitalisés au cours de l'année, leur dépense s'élève alors à 4 100 € en moyenne par patient.

Année 2001	Bénéficiaires de la CMU-C		Autre patient du régime général	
	Postes de dépense	% consommateurs	Moyenne / consommant	% consommateurs
Dépense totale	100,0%	1 958	100,0%	1 580
Soins de ville	100,0%	821	100,0%	886
Hôpital	34%	3 321	18%	3 902
Consultation externe	21%	106	1%	58
Frais d'hospitalisation	21%	5 359	17%	4 100

Source : EPAS de la CNAMTS

Il convient de conclure que cette « moyenne » ne doit pas occulter la concentration de la dépense sur un nombre réduit de bénéficiaires.

2.4. Les professionnels de santé et la loi CMU

Si spontanément les personnes rencontrées à l'occasion de la rédaction du présent rapport, qu'il s'agisse des associations, des professionnels de santé (Ordres et syndicats professionnels) et des organismes de protection sociale, considèrent que l'application de la loi CMU n'est plus véritablement un sujet posant problème, il n'en reste pas moins qu'après cette considération générale, ils en viennent à citer des zones de difficultés et de problèmes qui restent pendants, mais qui parfois débordent le seul cadre de la CMU.

2.4.1. L'attitude des professionnels de santé face aux bénéficiaires de la CMU

Si lors des premiers mois d'existence de la CMU, comme le note le premier rapport d'évaluation, l'attitude de l'ensemble des professionnels de santé a pu être jugée globalement positive, certains professionnels ou certaines professions ont eu une position sinon hostile, du moins réticente à l'égard des bénéficiaires de la nouvelle loi.

Au moment où est rédigé le présent rapport, ces réserves si elles sont devenues sensiblement moins fortes n'en demeurent pas moins dans certains cas, et l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU soulève parfois des difficultés. Ces difficultés, avec l'aide des caisses de sécurité sociale, des associations et des professionnels eux-mêmes, trouvent leur solution, mais montrent que la loi n'est parfois pas directement appliquée. Les cas qui ont été signalés sont apparemment en très faible nombre mais peuvent masquer des situations un peu plus fréquentes.

2.4.1.1. Le refus de soins

Il faut avant tout relativiser l'importance en nombre des cas de refus de soins. Cette situation existe, elle est identifiée et signalée, mais rapportée aux 4,7 millions de bénéficiaires de la CMU-C qui peuvent être effectivement soignés, elle semble apparemment marginale.

Le professionnel de santé peut lors de la visite d'un bénéficiaire de la CMU, fixer un rendez-vous à une date très lointaine, renvoyer son patient vers un confrère ou un centre de santé. Les cas de refus catégoriques ou stigmatisants existent, mais on peut légitimement considérer qu'ils constituent des situations extrêmement rares.

Par ordre d'importance décroissante, mais sans pouvoir donner de chiffres précis, les différentes situations peuvent être les suivantes :

- Cas général, le professionnel de santé soigne le bénéficiaire de la CMU.
- En second lieu : le professionnel de santé pratique les soins habituels de la sécurité sociale applicables aux assurés du régime général mais les dirige vers d'autres acteurs pour effectuer des actes trop encadrés par le dispositif CMU. C'est ainsi que des cliniques dentaires des caisses de sécurité sociale ou des centres dentaires mutualistes se trouvent sollicités par une clientèle supplémentaire, au titre de la prothèse ou de l'orthodontie.
- En troisième lieu, face à un refus du professionnel de santé, la caisse de sécurité sociale intervient « à l'amiable » par le biais du praticien conseil, ce qui a pour conséquence que les événements « rentrent dans l'ordre » dans la très grande majorité des cas.

2.4.1.2. Le dispositif juridique applicable en cas de blocage

Même s'il existe un ensemble de dispositions prévues pour résorber ces situations dont on doit en tout état de cause indiquer qu'elles constituent une violation de la loi et de ses principes, force est d'admettre qu'elles se mettent rarement en œuvre.

La première raison est sans doute la plus gênante. En effet, le bénéficiaire de la CMU-C confronté à un refus ne fait que rarement jouer les mécanismes qui le protègent. Ce n'est que de façon exceptionnelle que celui-ci accepte de consigner par écrit ses récriminations.

La circulaire ministérielle du 12 février 2001 (cf. annexe 8) précise les différents dispositifs de contrôle et les sanctions applicables. Les refus de vente concernant les dispositifs médicaux, et les refus de soins d'un professionnel de santé peuvent faire, sur plainte des patients, l'objet d'enquêtes des directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DDCCRF) qui sont susceptibles de déboucher sur une condamnation pénale.

Les refus de soins peuvent également donner lieu à une saisine des conseils départementaux des Ordres. Il faut d'ailleurs noter que les conseils ordinaires nationaux ont rappelé, tant dans leurs bulletins internes que dans leur correspondance individuelle, les praticiens à leurs devoirs déontologiques et humanitaires.

Dans la pratique le nombre de cas signalés aux ordres reste très limité. Ceci ne veut malheureusement pas dire que la réalité ne serait pas un peu plus conséquente. La plainte du bénéficiaire de la CMU est peu fréquente et la constatation des fautes est difficile.

Par ailleurs, comme en témoigne l'échange de correspondance entre la CPAM du Vaucluse et la DDCCRF (cf. annexe 9) la collaboration entre ces deux services est parfois difficile, en raison de leurs champs de compétence respectifs et du respect du secret médical par les services médicaux des caisses.

2.4.1.3. Les autres causes de problèmes

En dehors du refus de soins, deux autres cas correspondent à des attitudes très contestables de la part des professionnels de santé. Il s'agit des dépassements par rapport aux tarifs de la CMU et des refus de pratiquer le tiers payant.

Le cas de dépassement de tarif est très peu fréquent, mais lorsqu'il est avéré, il induit une action de la part de la DDCCRF. Il faut d'ailleurs noter que, sur ce sujet, la situation des professionnels est variable. Dans le cas des dentistes cette pratique est totalement interdite. La loi bloque toute possibilité d'entente directe avec le patient. Ainsi par exemple, même si le patient est disposé à payer un complément pour obtenir un appareil amovible, le dentiste n'a le droit que de lui faire un bridge. Chez les opticiens, ou les pharmaciens pour l'appareillage, la situation n'est pas totalement identique. Si ceux-ci sont tenus de proposer un matériel au tarif CMU, ils ont juridiquement la possibilité de proposer au bénéficiaire de la CMU un autre produit dont celui-ci supportera la différence de coût sur ses propres deniers.

Le problème du refus de tiers payant est sans doute une situation plus fréquente mais elle doit être considérée davantage comme en liaison avec les documents que le bénéficiaire de la CMU doit présenter au professionnel de santé. Le cas ne se pose pas lorsque le bénéficiaire de la CMU dispose d'une carte Vitale à jour, il est plus fréquent lorsque ce dernier n'a qu'une attestation papier.

2.4.1.4. Le bénéficiaire pose parfois des difficultés au professionnel de santé

Les professionnels de santé qui, dans leur majorité, ont bien intégré et bien accepté la nouvelle loi, ont eu à résoudre pour leur part quelques difficultés particulières.

En premier lieu, le cadre de la CMU est apparu comme un système rigide, en tout cas moins souple que l'ancienne aide médicale départementale auquel il a succédé et qui était parfois plus favorable.

En second lieu, la tarification de la CMU-C a provoqué et provoque, essentiellement chez les chirurgiens dentistes, une réaction de blocage comme le soulignent les réponses que nous ont adressées les deux principaux syndicats dentaires CNSD et UJCD (cf. annexe 10). Ceux-ci observent que le dispositif CMU conduit à des soins « au rabais » et donc à une médecine à deux vitesses qu'ils jugent inacceptable. Ils notent que nombre de soins de nature prothétique ne sont pas prévus par le dispositif CMU et qu'ils ne peuvent donc les pratiquer alors qu'ils les considèrent comme des actes nécessaires.

En troisième lieu, la CMU-C a permis l'accès aux soins de patients qui n'avaient pas l'habitude de fréquenter des cabinets libéraux. Certains professionnels reprochent aux bénéficiaires de la CMU la formulation d'exigences particulières : rendez-vous immédiats et prioritaires, rendez-vous non respectés, négligences dans le suivi des soins, traitements interrompus. Là encore, il faut distinguer les débuts de la CMU où de nouveaux patients ont pu bénéficier du jour au lendemain d'un dispositif gratuit et de bon niveau, à la situation actuelle où les bénéficiaires de la CMU-C ont globalement les mêmes pratiques que les autres assurés sociaux.

2.4.2. Une situation différente selon les professions de santé

Globalement avec le recul de quatre années, on peut considérer que les professionnels de santé jouent actuellement « bien le jeu » de la CMU. Cette remarque générale est vraie pour pratiquement toutes les professions de santé, elle est moins nette pour l'une d'entre elle : les chirurgiens dentistes.

2.4.2.1. Les dentistes et la CMU

L'origine du « conflit » entre cette profession et la loi CMU remonte aux arrêtés du 31 décembre 1999 précisés par la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 25 avril 2000, fixant la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge notamment en matière de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

Pour le ministère, ces textes ont été pris après l'échec des négociations conventionnelles avec la profession. Selon les syndicats dentaires, ces textes ont été « imposés sans aucune concertation ».

Les textes initiaux prévoyaient un plafonnement fixé à 2 600 F par bénéficiaire par période de deux ans, et un dépassement en cas d' « impérieuse nécessité médicale ». Les interventions des syndicats dentaires et leur recours devant le Conseil d'Etat ont conduit à une modification substantielle des textes, faisant disparaître ces deux points par un arrêté du 10 avril 2002. Même s'il n'a été exposé ici que la position des uns et des autres, la modification du 10 avril 2002 semble montrer qu'il y avait à l'origine un problème spécifique à cette profession.

Peut-on dire aujourd'hui que les problèmes ont disparu ?

Pour éclairer le débat qui à l'évidence ne semble pas tranché, il sera rapporté des éléments signalés par différents acteurs intervenant sur ce sujet.

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes a créé dès la publication de la loi un « observatoire de l'application de la CMU ». Pendant les 18 premiers mois de la loi, l'Ordre a reçu de nombreux courriers. Depuis l'automne 2002, « les courriers se font rares » selon l'expression utilisée dans leur note. L'Ordre national indique également que ses conseils départementaux sont très peu saisis par des patients victimes de ces refus, ou s'ils le sont, les ordres départementaux n'en informent pas l'Ordre national. Lorsque des refus de soins sont opposés en raison de tarifs de prothèses trop faibles, l'Ordre national rappelle aux dentistes mis en cause quels sont leurs devoirs.

L'association « Médecins du monde » a publié le 25 juin 2003 le rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de sa Mission France. Ce rapport décrit une enquête téléphonique anonyme menée auprès de 230 dentistes libéraux choisis de manière aléatoire dans 11 villes de France. Selon ce document, dans 35,3 % des cas, les dentistes ont refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU.

La Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) indique pour sa part que les problèmes économiques posés au départ par la loi demeurent et se sont aggravés, malgré l'arrêté du 10 avril 2002. Elle indique « qu'aucune révision tarifaire n'est intervenue depuis l'arrêté du 31 décembre 1999 fixant des tarifs calculés sur les honoraires consentis en 1995 par convention avec certains conseils généraux. »

L'Union des jeunes chirurgiens dentistes (UJCD) rappelle pour sa part son adhésion à l'objectif premier de la loi CMU : favoriser l'accès aux soins, et les efforts que la profession a consentis pour en mettre en œuvre ses principes. Mais elle critique « la décision autoritaire de la puissance politique qui fait peser sur les praticiens une partie significative du coût de la prise en charge, allant parfois jusqu'à imposer de soigner à perte ».

A l'automne 2003, de nouvelles discussions ont été entamées entre les caisses et les syndicats de dentistes sur la définition et le montant des actes pris en charge.

De ces quatre témoignages il semble ressortir, d'une part, que le refus de soins dentaires existe et qu'il est en contradiction avec l'article 8 du code de déontologie dentaire, d'autre part, que se pose avec l'application de la loi CMU un problème beaucoup plus général qui est celui de la fixation des prix respectifs des prothèses dentaires et des soins conservateurs.

Le rapport de Michel Yahiel, inspecteur général des affaires sociales, a longuement analysé ce sujet, mais le problème reste actuellement toujours sans solution.

Les relations un peu chaotiques des dentistes avec la loi CMU ne doivent cependant pas masquer que, en tout état de cause, l'accès aux soins dentaires est devenu beaucoup plus facile. Les situations de renoncement aux soins dentaires qui ont existé avant la loi ne concernent désormais que les populations situées au-dessus du seuil de ressources de la CMU. La diminution des aides dentaires sur les fonds d'action sociale des caisses de sécurité sociale en témoigne.

2.4.2.2. Les autres professions et prestataires de santé

Les quelques difficultés observées dans les mois qui ont suivi la création de la CMU ne revêtaient pas la même importance chez les autres professionnels de santé : médecins, pharmaciens, opticiens, etc.

Manifestement les problèmes encore observés, ici ou là, sont extrêmement marginaux. L'Ordre des médecins indique que sur un an le nombre de plaintes ne dépasse pas la dizaine pour les refus de soins et qu'aucune plainte n'a été déposée en ce qui concerne les dépassements tarifaires. L'Ordre national et les ordres départementaux ont rappelé dans leurs rapports d'informations que ces pratiques n'avaient pas lieu d'être.

En ce qui concerne les pharmaciens, les cas signalés sont identifiés comme ceux d'assurés ne présentant pas de carte Vitale à jour. Le Conseil National de l'ordre des pharmaciens souhaite que les organismes de sécurité sociale fassent de réels efforts pour que les bénéficiaires puissent obtenir leur carte et attestation à temps.

La Fédération nationale des opticiens de France mentionne un seul cas de refus situé dans le Nord de la France. Mais comme les autres professions concernées par l'appareillage (dentistes, pharmaciens) elle critique des tarifs pris dans l'urgence, sans concertation, imposant des montants de prise en charge très faible de surcroît non réévalués depuis janvier 2000.

2.4.3. Appréciation générale positive

Tout dispositif nouveau génère des réticences, des incompréhensions et mérite d'être amélioré.

Globalement les professionnels de santé s'accordent pour reconnaître que la loi CMU est un progrès indéniable et qu'elle permet l'accès aux soins de personnes peu favorisées ou défavorisées.

Des difficultés existent encore, mais elles relèvent moins de la loi que de son application concrète sur le terrain. Les professionnels de santé se félicitent, en règle générale, de la télétransmission et des délais rapides de règlement par les caisses, mais ils doivent supporter encore bien des lourdeurs administratives, principalement lorsque le bénéficiaire de la CMU-C ne dispose pas d'une carte Vitale.

Dans la très grande majorité des cas, l'application de la loi CMU se passe sans problème.

3. LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES DANS LE DISPOSITIF CMU-C

3.1. Données statistiques commentées

3.1.1. Evolution du nombre de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif

Sur le premier trimestre 2000, afin d'éviter les risques de rupture de droits entre l'aide médicale et la CMU-C, il avait été prévu une période transitoire pendant laquelle les caisses de sécurité sociale prenaient en charge automatiquement, à titre conservatoire, la gestion de la CMU-C pour les anciens bénéficiaires du RMI et de l'AMD, sauf reprise d'un OC antérieur par les personnes concernées en faisant la demande. Ce schéma ne s'est pas pleinement exécuté au cours du premier semestre 2000 (cf. supra).

Au 31 décembre 2000, 389 000 personnes avaient fait le choix d'exercer leur droit par l'intermédiaire d'un organisme complémentaire.

Stock de bénéficiaires	OC	% des bénéficiaires rattachés aux OC
Décembre 2000	389 085	7,69
Décembre 2001	630 426	13,37
Mars 2002	636 927	13,69
Juin 2002	647 714	13,79
Septembre 2002	651 957	14,56
Décembre 2002	668 086	14,62
Mars 2003 *	671 000	14,26
Juin 2003 *	665 000	14,12

Source : tous régimes d'attribution

* données estimées

En 2001, suite à la révision des droits des personnes dont les droits avaient été ouverts au titre du RMI et de l'aide médicale, le nombre de bénéficiaires rattaché aux OC a fortement augmenté pour atteindre 630 000 au 31 décembre 2001 soit 1,6 fois plus que par rapport à décembre 2000.

L'année 2002 est la première où le dispositif CMU a atteint son régime de croisière. Après la période de rattrapage constatée au cours de 2001, la part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire tend à se stabiliser autour de 14 %. Pour les nouveaux demandeurs, la proportion est cependant légèrement plus forte (18 %).

Sur les 6 premiers mois de 2003, du fait de la sortie de nombreux OC de la CMU-C (cf. infra), la progression du nombre de bénéficiaires dans les OC est stoppée et le pourcentage de contrats de bénéficiaires gérés par les OC baisse légèrement.

3.1.2. Répartition des bénéficiaires au sein des organismes complémentaires

Sur 581 organismes ayant déclaré des bénéficiaires au cours de l'année 2002 et 478 sur les deux premiers trimestres 2003, la répartition des bénéficiaires entre organismes s'établit de la manière suivante :

	2002			2 premiers trimestres 2003		
	Nombre d'OC	Moyenne trimestrielle	Structure en %	Nombre d'OC	Moyenne trimestrielle	Structure en %
Mutuelles	524	520 330	81	428	510 570	80
Institutions de prévoyance	13	12 556	2	13	12 375	2
Sociétés d'assurance	44	107 463	17	37	116 744	18
Total	581	621 310	100	478	639 689	100

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires.

Le nombre de bénéficiaires tient compte des régularisations au titre de l'année 2002 que les organismes complémentaires ont pu faire dans le cadre de la déclaration du 1^{er} trimestre 2003 (cf. infra).

En 2002, les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires gèrent les contrats de 28 % des bénéficiaires. Au total, les 50 premiers organismes en représentent près de 61 %. En pourcentage, les 10 % qui en déclarent le plus grand nombre regroupent 66 % des bénéficiaires. La liste des 100 OC gérant le plus de bénéficiaires figure en annexe 11.

Cette concentration globale se retrouve au sein de chaque famille d'organismes : 1 institution de prévoyance gère les contrats de 90 % des bénéficiaires présents dans ces institutions ; 5 sociétés d'assurance regroupent 63 % des bénéficiaires rattachés aux sociétés d'assurance ; 10 mutuelles 29 % des bénéficiaires ayant adhéré à une mutuelle.

3.1.3. Répartition des bénéficiaires rattachés à des OC entre régimes d'attribution

Au 31 décembre 2002, les bénéficiaires se répartissent comme suit.

Régimes d'attribution	Gestion par les organismes complémentaires	% des bénéficiaires rattachés aux OC
Régime général	597 433	14,08
Régime agricole (CCMSA)	24 139	15,06
Régime des travailleurs indépendants	37 155	28,95
Autres régimes et SLM*	9 359	25,16
Total	668 086	14,62

Source : régimes d'attribution

* Données estimées, probablement sous évaluées

3.1.4. Répartition sur le territoire du choix d'option

La répartition des choix d'option sur le territoire révèle de grandes disparités (cf. tableau ci-dessous).

- Les régions de taille moyenne ayant une forte tradition mutualiste, comme la Bourgogne, la Basse-Normandie, les Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes ont des taux élevés.
- Les grandes régions et celles à tradition ouvrière ont tendance à avoir des taux faibles, comme l'Ile-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, la Haute-Normandie, la région PACA.
- L'Alsace a une situation particulière en raison du régime local d'Alsace-Moselle, qui couvre pratiquement l'ensemble des dépenses, et rend traditionnellement le recours aux OC moins nécessaire.
- Les DOM ont une situation contrastée : les taux sont très élevés en Guadeloupe et Martinique, très faibles en Guyane et à La Réunion (cf. annexe 3).

Effectifs CMU-C au 31/12/2002	Nombre de bénéficiaires gérés par les OC	Pourcentage de gestion par les OC
Alsace	4 345	6,3%
Aquitaine	34 953	18,8%
Auvergne	13 132	18,7%
Basse-Normandie	24 689	29,1%
Bourgogne	20 946	24,2%
Bretagne	37 028	30,8%
Centre	24 322	18,7%
Champagne-Ardenne	13 940	14,2%
Corse	4 814	23,8%
Franche-Comté	11 162	20,0%
Haute-Normandie	13 869	10,7%
Ile-de-France	55 755	7,5%
Languedoc-Roussillon	36 391	13,3%
Limousin	6 029	14,6%
Lorraine	16 732	13,7%
Midi-Pyrénées	23 402	13,1%
Nord-Pas-de-Calais	49 433	11,8%
Pays-de-la-Loire	33 684	22,9%
Picardie	18 949	13,9%
Poitou-Charentes	18 251	17,7%
PACA	44 692	10,4%
Rhône-Alpes	66 981	22,4%
METROPOLE	573 499	14,5 %
DOM	84 748	14,8 %
TOTAL	658 247	14,6 %

Sources : 3 grands régimes d'attribution

3.1.5. Répartition par sexe et par âge des bénéficiaires

Le tableau suivant montre que la composition par âge et sexe est un peu différente entre les personnes choisissant le régime obligatoire et les organismes complémentaires : les moins de 20 ans sont plus nombreux au régime général (45 % contre 42 %). Il y a en revanche peu de différences pour les autres tranches d'âge. Par contre, les femmes sont plus nombreuses à choisir les organismes complémentaires (57 % contre 53 %). Sous toute réserve, on peut supposer que les familles nombreuses se tournent plutôt vers les régimes obligatoires et les personnes isolées vers les régimes complémentaires.

2002	Gestionnaires (choix d'option)					
	CPAM			Organismes complémentaires		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 à 19 ans	22,8 %	22,1 %	44,9 %	21,2 %	20,7 %	41,9 %
20 à 39 ans	6,4 %	8,9 %	15,3 %	5,7 %	10,1%	15,9 %
30 à 39 ans	6,9 %	9,0 %	15,8 %	5,7 %	11,0%	16,7 %
40 à 49 ans	5,3 %	6,7 %	12,0 %	4,7 %	8,1%	12,8 %
50 à 59 ans	4,0 %	4,2 %	8,2 %	3,7 %	5,2%	8,9 %
60 à 69 ans	1,4 %	1,3 %	2,7 %	1,1 %	1,4%	2,6 %
70 ans et plus	0,4 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %	0,8%	1,2 %
TOTAL	47,2 %	52,8 %	100,0 %	42,6 %	57,4%	100,0 %

Source : CNAMTS

3.2. La liste des organismes volontaires à la gestion de contrats CMU-C

Selon l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale et les décrets le précisant, les organismes complémentaires souhaitant gérer des contrats de bénéficiaires de la CMU-C doivent s'inscrire auprès du préfet de la région de leur siège social.

Les organismes complémentaires ont jusqu'au 1^{er} novembre pour faire part au préfet de la région dans laquelle leur siège est situé, de leur volonté de s'inscrire ou se retirer du dispositif. Les organismes déjà inscrits et ne se manifestant pas sont automatiquement considérés comme restant volontaires pour la gestion de contrats de CMU complémentaire.

Le recueil des arrêtés préfectoraux et, en conséquence, la constitution de la liste nationale sont assurés par le Fonds CMU. La mise à disposition de ces données est réalisée par le biais du site Internet du Fonds.

3.2.1. La liste 2002 : des régularisations administratives

Au 1^{er} janvier 2001, 830 organismes complémentaires étaient inscrits auprès des préfets. Au 1^{er} janvier 2002, 599 organismes restaient inscrits : 541 mutuelles, 44 sociétés d'assurance et 14 institutions de prévoyance.

L'analyse des 231 retraits est la suivante.

Des régularisations (essentiellement des points d'accueil inscrits à tort) ont d'abord diminué la liste de 141 organismes (dont 87 pour le seul département de la Gironde). Des fusions l'ont ensuite réduite de 13 unités.

On dénombre enfin 77 véritables renoncations dont 42 pour la seule Martinique : 67 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et deux institutions de prévoyance. Douze de ces retraits sont le fait de mutuelles d'entreprise, comptant peu de bénéficiaires, et dont on peut penser que les structures n'étaient pas adaptées à la gestion de « contrats CMU ». Pour les autres, on peut supposer qu'il s'agit davantage d'une décision d'opportunité. Certains de ces organismes ont indiqué au Fonds que le montant de la déduction ne couvrait pas leurs dépenses.

3.2.2. La liste 2003 : des retraits volontaires consécutifs à la charge financière

La liste au 1^{er} janvier 2003, issue des modifications enregistrées par les préfets jusqu'au 1^{er} novembre 2002, comportait 459 organismes dont 406 mutuelles, 39 sociétés d'assurance et 14 institutions de prévoyance.

Près de 150 modifications ont été enregistrées par rapport à la liste précédente. Deux grands mouvements ont marqué la mise à jour de la liste : le passage au nouveau code de la mutualité et des retraits annoncés comme consécutifs à la charge financière supportée par les complémentaires.

Les nouvelles inscriptions, au nombre de 6, concernent toutes des mutuelles. Ces inscriptions proviennent à la fois d'organismes connus précédemment et souhaitant commencer à participer au dispositif, ainsi que de nouvelles entités, nées de la fusion de plusieurs anciennes mutuelles.

Le nombre de retrait s'élève à 146, dont 5 sociétés d'assurances et 141 mutuelles. Parmi ces retraits, 29 sont le fruit de modifications internes aux organismes : disparition suite à une fusion, etc. Dans ce cas, les contrats des bénéficiaires sont restés gérés par la nouvelle entité. La grande majorité des autres organismes (117) s'est retirée en mettant en avant le poids financier supporté pour la gestion de la CMU. Ils géraient 75 000 contrats de bénéficiaires au 30 novembre 2002.

3.2.3. Une mise à jour exceptionnelle

En accord avec le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et compte tenu des modifications importantes dans la structuration des mutuelles, le Fonds CMU a décidé de mettre en place une procédure de mise à jour exceptionnelle de la liste, et ceci pour les seules mutuelles concernées par des modifications consécutives à la mise en conformité avec le code.

On aboutit ainsi au 1^{er} octobre 2003, à une liste de 412 organismes volontaires. La baisse de 47 unités correspond pour les mutuelles à des fusions et pour les sociétés d'assurance dans un cas à une disparition et dans 3 cas à une fusion.

3.2.4. La liste 2004 : poursuite des retraits

Le nombre de retraits pour 2004 s'élève à 60 : 57 mutuelles, deux sociétés d'assurance et une institution de prévoyance. Ces organismes géraient 40 000 bénéficiaires au 31 août 2003. Ces contrats sont gérés par les OC jusqu'à la fin de leur droit actuel (un an). 6 nouveaux organismes sont inscrits sur la liste.

Comme l'année précédente, ce sont des raisons financières qui sont mises en avant pour expliquer les retraits.

Le tableau qui suit retrace l'historique des évolutions du nombre d'organismes inscrits sur la liste nationale.

	Au 1/1/2001	Au 1/1/2002	Au 1/1/2003	Au 1/10/2003	Au 1/1/2004
Mutuelles	761	541	406	363	314
Sociétés d'assurance	53	44	39	35	31
Institutions de prévoyance	16	14	14	14	13
Total	830	599	459	412	358
Total des organismes complémentaires santé	1 696	1 536	1 411	1 217	1 177

Source : arrêtés préfectoraux et déclarations au Fonds CMU

L'engagement dans la gestion de contrats CMU-C est proche selon les familles d'organismes.

Au 1/1/2004	Nombre d'organismes volontaires à la gestion de contrats CMU	Nombre d'organismes santé	Pourcentage
Mutuelles	314	1 016	31 %
Sociétés d'assurance	31	112	28 %
Institutions de prévoyance	13	49	27 %
Total des organismes complémentaires santé	358	1 177	30 %

Source : arrêtés préfectoraux et déclarations au Fonds CMU

3.3. Les relations régimes de base / organismes complémentaires

L'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale a donné au bénéficiaire de la CMU complémentaire, qu'il soit demandeur ou membre de son foyer, un droit d'option lui permettant de choisir l'organisme appelé à gérer son dossier de complémentaire santé : soit (choix a) l'organisme d'assurance maladie (caisse primaire d'assurance maladie ou caisse relevant d'un autre régime), soit (choix b) un organisme complémentaire (OC).

3.3.1. Les conditions d'exercice du droit d'option

Dès la mise en place du dispositif, des difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre de l'exercice du droit d'option traduite par la forte prédominance de la gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les caisses de sécurité sociale.

En outre, on a pu avancer l'hypothèse de comportements critiquables de certaines caisses qui ont pu, comme le soulignait le premier rapport de madame Grzeżzulka d'avril 2000, être tentées de « capter » cette « nouvelle clientèle » et mettre ainsi en cause l'application du principe de neutralité voulu par le législateur. Les échanges du Fonds avec les OC témoignent que si ce risque a pu exister au début, il n'est plus une réalité aujourd'hui.

Indépendamment des problèmes techniques déjà évoqués, des éléments objectifs militent pour que le demandeur de CMU-C ait pu être tenté de préférer la gestion de son droit par une caisse de sécurité sociale.

Sauf s'il était déjà couvert par un organisme d'assurance complémentaire, le choix d'une caisse de sécurité sociale présente l'avantage évident de la simplicité liée à l'existence d'un guichet unique pour la gestion de sa protection sociale en matière d'assurance maladie.

La présentation d'une liste volumineuse d'organismes complémentaires, aux noms et aux sigles souvent voisins, ne peut que déconcerter le demandeur, à moins qu'il ne repère en son sein une institution dont il a entendu parler, ce qui advient notamment dans les départements à forte implantation mutualiste ; la gestion des listes, locales et nationales, a d'ailleurs constitué une source d'interrogations jusqu'à leur maintenance et leur publication par le Fonds CMU.

Enfin, bien que de nombreux OC aient développé des campagnes d'information, la communication pratiquée par ces organismes pour toucher les publics éligibles ne semble pas dans l'ensemble, avoir atteint une ampleur suffisante pour influencer massivement sur le choix des intéressés.

3.3.2. Les procédures télématiques prévues pour assurer le tiers payant coordonné

3.3.2.1. Définitions et conditions de mise en oeuvre

Dans l'hypothèse de la gestion par un OC, le décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 a prévu deux procédures alternatives de relations conventionnelles entre les gestionnaires de la CMU de base et celui de la CMU-C. Toutes les deux visaient à assurer l'application du tiers payant coordonné (TPC), pierre angulaire de la réforme, dans des conditions de coordination satisfaisantes pour les professionnels de santé, en leur garantissant un paiement unique assorti d'un relevé de prestations commun.

La procédure « A » repose sur le paiement aux professionnels de santé, par la caisse de sécurité sociale, de la part légale et de la part complémentaire, celle-ci étant couverte par une avance de l'OC à la caisse.

La procédure « B » implique l'intervention d'un organisme financier tiers, chargé d'effectuer les règlements aux professionnels de santé pour le compte de la caisse de sécurité sociale et de l'OC, qui lui apportent leurs parts de financement respectives.

Les fédérations d'organismes complémentaires et la CNAMTS ont affiché très tôt une réelle volonté de concertation pour mettre en place le TPC. Dans un premier temps, en l'attente de l'arrêté d'application concernant le tiers payant, les OC et la CNAMTS ont formalisé dans une convention type nationale, les principes de la mise en place du TPC au niveau local.

L'arrêté du 20 mai 2000 a rendu obligatoire le développement de la procédure A ou B pour le dispositif TPC CMU. Il a pris en compte la demande de suppression des avances de trésorerie par les OC aux caisses de sécurité sociale et a accordé à celles-ci la maîtrise des opérations de mise à jour des fichiers. Dès lors, l'adhésion des OC a été facilitée et leur entrée dans le dispositif s'est accélérée dès le début du 2^{ème} trimestre 2000, appliquant la procédure A, opérationnelle dès la signature des conventions types.

L'arrêté du 28 juin 2000 (JO du 4 juillet 2000) a concrétisé les dispositions relatives à la procédure B. Cependant, alors que les OC étaient demandeurs de cette solution leur permettant de garder une plus large autonomie sur la liquidation des parts à leur charge, peu d'organismes ont en définitive choisi d'abandonner la procédure A à laquelle ils s'étaient adaptés au profit de la procédure B. Fin 2003, elle ne concerne d'après la CNAMTS au niveau national que 8 OC. Au surplus les OC ayant choisi la procédure B représentent une proportion des flux TPC extrêmement minoritaire. D'après la CNAMTS, la procédure A concerne plus de 95 % des flux de prestations.

3.3.2.2. Difficultés rencontrées et solutions envisagées

Les principales difficultés portent sur l'information sur les bénéficiaires et les prestations transmises par les caisses de sécurité sociale et les modalités de leur réception par les OC. Elles génèrent des soldes de prestations à recouvrer par les caisses de sécurité sociale auprès de certains OC parfois importants. Ces soldes sont à l'origine de réclamations coûteuses en temps chez les deux partenaires.

➤ La mise à jour des fichiers de bénéficiaires chez les OC et la question de l'imprimé de choix

Lorsqu'un bénéficiaire choisit un OC pour assurer sa couverture complémentaire CMU-C, l'article R.861-17 du code de la sécurité sociale prévoit que la caisse d'assurance maladie lui ayant octroyé le droit « transmet sans délai à cet organisme [OC] les renseignements relatifs au bénéficiaire et aux personnes à sa charge ». Les caisses de sécurité sociale sont chargées depuis l'arrêté du 26 mai 2000 de mettre à jour les fichiers des assurés bénéficiaires de la CMU. Puis elles transmettent ces informations par voie électronique (flux NOEMIE) et par support papier (imprimé de choix appelé ci-après Cerfa).

Pour permettre un bon fonctionnement des échanges NOEMIE et donc du TPC, les fichiers des OC et des CPAM doivent être en parfaite concordance. Dans le cas contraire, les différences génèrent le blocage du remboursement de la caisse de sécurité sociale par l'OC.

Certains OC ont accepté le principe que le flux NOEMIE informant de la création de bénéficiaires fait foi et est suffisant pour être pris en compte. Toutefois, la grande majorité part du principe que les informations transmises ne sont pas toujours fiables quand on les rapproche des imprimés de choix. C'est pourquoi elles attendent ce document, comparent son contenu avec celui du flux NOEMIE avant de donner leur feu vert. Ce circuit pour fonctionner correctement oblige à un envoi systématique et selon des délais qui doivent être courts du formulaire de choix. Il faut également que le flux NOEMIE parvienne bien à l'OC concerné.

Concernant le Cerfa, les délais de leur envoi par les caisses de sécurité sociale peuvent être très variables, certaines d'entre elles considérant que le flux NOEMIE fait foi.

Les OC quant à eux ne mettent pas toujours à disposition de la caisse l'adresse correcte ou actualisée où elle doit envoyer ce document.

L'envoi de ce document semble très souvent oublié dans les cas de renouvellement de droits des bénéficiaires. En cas de création d'un nouveau bénéficiaire, naissance ou mariage, il n'existe pas de Cerfa ce qui suppose théoriquement que la caisse informe l'OC sur la base d'une attestation de droits spécifique. Là encore, cet envoi n'est pas systématique.

Selon les OC, le Cerfa (où l'attestation en cas de création) ne pourrait être substitué que par un flux qui soit fiabilisé en termes de données qu'il contient. C'est pourquoi, la CNAMTS a proposé aux fédérations d'OC la création d'un flux électronique NOEMIE spécifique relatif aux bénéficiaires qui aurait pour principal objet d'introduire un auto contrôle de la saisie (champs obligatoires à saisir : date d'entrée et de fin CMU C, adresse du bénéficiaire, etc.). Cette hypothèse est à l'étude et fait l'objet d'une concertation entre la CNAMTS et les fédérations d'OC.

On peut facilement imaginer que cette solution si elle répond aux attentes et est mise en œuvre, résoudra en grande partie les problèmes rencontrés.

➤ Le numéro d'identification de l'OC dans NOEMIE

Pour qu'un flux NOEMIE concernant des prestations ou un bénéficiaire parvienne correctement à l'OC concerné, le numéro NOEMIE de cet OC doit y être porté sans erreur. Or, les CPAM ne disposent actuellement que de bases OC qui leur sont propres et avec des codes d'identification parfois compliqués à l'origine d'erreurs de saisie. Il s'agit de la seconde cause à l'origine du problème rencontré. C'est pourquoi, un travail a été initié par la CNAMTS qui consiste à créer une base OC nationale permettant l'affectation d'un numéro d'OC unique dans NOEMIE complété d'un intitulé qui soit sans ambiguïté. Le but est ainsi de limiter au maximum les erreurs de saisie qui font que les flux NOEMIE ne peuvent parvenir à l'intéressé. L'harmonisation permettrait également de rendre possible une centralisation du nombre de bénéficiaires par OC pour recoupement avec les données du Fonds. L'objectif est d'aboutir à un résultat concret au cours de l'année 2004.

➤ Des justificatifs de rejet des prestations par les OC parfois difficiles à identifier par les caisses de sécurité sociale

Les caisses se plaignent de remboursements d'OC parfois difficile à affecter. Si certains OC paient sans vérification approfondie, d'autres rejettent certains flux (cas le plus courant d'un bénéficiaire non connu ou d'un litige sur les dates de validité des droits) et ne fournissent pas forcément les justificatifs permettant de connaître le flux de dépenses qui est concerné. En outre, certains OC qui peuvent être à l'origine de quatre types de flux recettes (CMU, médecin référent, services rendus NOEMIE et caisse centralisatrice des paiements), font un paiement unique mêlant tout ou partie de ces catégories de flux. Ces difficultés appellent impérativement le développement de partenariats

formalisés entre OC et les caisses de sécurité sociale au niveau local. Les visites effectuées par le Fonds dans les OC à l'occasion du contrôle de la déduction confirme cette nécessité. Lorsque des relations voire des partenariats existent entre un OC et une caisse, les problèmes sont alors en effet traités « au fil de l'eau » lors de simples contacts téléphoniques ou de l'application de procédures définies en commun.

Les OC et les CPAM se sont rapidement trouvés dérouterés par la multiplicité de leurs pratiques, un même organisme d'un côté comme de l'autre pouvant avoir de nombreux interlocuteurs dont le fonctionnement voire même l'interprétation des règles diffèrent sensiblement. L'ensemble des acteurs du dispositif sont d'accord pour dire que les problèmes rencontrés ne peuvent tomber que sous la double condition :

- l'amélioration de la coordination entre les fédérations d'OC et la CNAMTS au niveau du comité technique national en approfondissant la procédure de remontée d'informations détaillées sur les échanges locaux entre OC et caisses de sécurité sociale afin d'élaborer et diffuser des procédures d'informations communes ;
- l'encouragement du développement de partenariats formalisés entre les OC et les caisses de sécurité sociale au niveau local.

3.4. Le coût moyen dans les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires gérant des bénéficiaires de la CMU sont remboursés de leurs dépenses sur une base forfaitaire, qui peut venir en déduction de leur contribution auprès des URSSAF, ou faire l'objet d'une compensation par le Fonds de financement de la CMU, si le montant cumulé des forfaits est supérieur à leur contribution.

Les organismes complémentaires doivent transmettre chaque année pour le 30 avril au Fonds de Financement des états statistiques normalisés concernant leurs dépenses de l'exercice précédent. On leur demande également un tableau sur les effectifs présents au dernier jour de l'année, différenciant le sexe, l'âge et le statut d'assuré ou d'ayant droit. Il s'agit d'une obligation légale (article L. 862-7 du Code de la sécurité sociale, paragraphe c et d), permettant de suivre la gestion de la prestation, et d'évaluer l'écart éventuel entre la déduction forfaitaire accordée aux organismes et la dépense réelle de ces derniers (cf. questionnaire en annexe 12).

La mise en place des outils statistiques, et le réglage des échanges des flux d'informations entre caisses et OC a posé des difficultés la première année de mise en œuvre de la prestation : la circulation des données est largement automatisée, et le travail préparatoire n'avait pu être réalisé préalablement en raison des délais très brefs de la mise en œuvre de la loi.

Pour le troisième exercice, le Fonds espérait obtenir des informations complètes et de qualité satisfaisante. Ce n'est pas encore véritablement le cas, en dépit de certains progrès. Mis à part le problème spécifique d'organismes ayant très peu de bénéficiaires, la présence dans le dispositif CMU d'organismes ne parvenant pas à gérer cette information fondamentale peut poser question.

3.4.1. Les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires désireux d'assurer la gestion des prestations de bénéficiaires de la CMU ont fait la démarche de s'inscrire auprès de leur Préfecture de région, et sont enregistrés sur

un répertoire national géré par le Fonds de financement (www.cmu.fr). Ils peuvent se retirer de la liste si ils en manifestent le désir avant le 1^{er} novembre de chaque année¹¹.

La liste des OC a subi de nombreuses modifications depuis 2001 : quelques organismes sont sortis en décembre 2001, mais ils gèrent la fin des droits de leurs inscrits. Des organismes plus nombreux sont sortis en 2002, ce qui modifie certaines tendances (cf. infra). Enfin le monde de la mutualité est en pleine réorganisation avec la mise en œuvre des nouvelles dispositions du Code de la mutualité : les fusions très nombreuses survenues en cours d'année ont introduit une certaine imprécision dans la liste des OC. Ces fusions ont parfois parasité les circuits d'information des OC.

En 2002, 610 organismes ont géré au moins 1 bénéficiaire, mais le tableau ci dessous a intégré les fusions, ce qui donne un total de 585 organismes actifs. Ces organismes sont de taille très différentes comme le montre le tableau ci-dessous : 5 % des organismes regroupent 50 % des bénéficiaires. A l'inverse, 39 % des organismes (226) gèrent moins de 1 % des bénéficiaires¹².

OC ayant en moyenne annuelle en 2002	Nombre organismes	Part du Total organismes	Cumul organismes	Nombre de bénéficiaires	Part total bénéf	Cumul bénéf
OC de 10 000 et +	9	1,5%	1,5%	180 670	28,2%	28,2%
OC de 5000 à 10000	20	3,4%	4,9%	136 290	21,2%	49,4%
OC de 1000 à 5000	98	16,8%	21,7%	226 155	35,2%	84,6%
OC de 500 à 1000	66	11,3%	30,0%	48 340	7,5%	92,2%
OC de 100 à 500	166	28,4%	61,4%	43 455	6,8%	99,0%
OC de 0 à 100	226	38,6%	100,0%	6 722	1,0%	100,0%
TOTAL	585	100,0%		641 632	100,0%	

Source : Fonds CMU

Le travail qui suit repose sur les organismes qui ont répondu à l'enquête 2002 du Fonds CMU : 159 réponses sur 585 organismes, après élimination des réponses manifestement erronées. Les réponses exploitées concernent 74 % des bénéficiaires, ce qui est suffisamment représentatif pour constituer un échantillon satisfaisant.

3.4.2. Les dépenses 2001 des organismes complémentaires

➤ Les dépenses moyennes 2001

Le coût unitaire est de 252,5 € pour l'échantillon. Les dépenses 2001 payées au cours de l'exercice 2002 représentent 20,5 % des dépenses 2001 payées au titre de 2001. Ce montant est à rapprocher de la déduction, fixée à 228,68 € en 2001.

➤ Les dépenses par familles d'organismes en 2001

Il y a de fortes variations du coût moyen selon les familles d'organismes. Sociétés d'assurances et institutions de prévoyance ont des coûts faibles, les mutuelles des coûts plus élevés.

¹¹ Une procédure de radiation par l'autorité administrative est aussi prévue par la loi instituant la CMU, en cas de non respect des obligations. Elle est indiquée pour mémoire, car cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

¹² Il n'est pas très surprenant que de nombreux petits organismes ne soient pas en mesure de constituer la base de données statistiques, et donc de répondre à l'enquête.

2001	Coût moyen	Part payé N+1	CM* Ville	CM Hospitalisation	CM Forfaits ville
Ensemble	252,5	20,5%	183,9	44,3	24,4
Mutuelles	267,6	20,2%	192,0	49,9	25,7
IP¹³	216,5	16,3%	177,1	13,5	25,9
Assurances	206,0	21,8%	158,4	27,2	20,4

Source : Fonds CMU

- CM : Coût moyen

- Les forfaits ville concernent les prothèses, l'optique et autres appareillages.

Chaque poste est un peu plus élevé pour les mutuelles, mais la variation la plus forte concerne l'hospitalisation. Peu d'éléments explicatifs justifient ces variations : il n'y a pas de différence nette en matière de sexe et âge. Les organismes complémentaires indiquent toutefois qu'environ la moitié de leurs bénéficiaires sont d'anciens adhérents, ce qui peut renvoyer à des situations sociales différentes.

3.4.3. Les dépenses 2002

Les dépenses 2002 comprennent les dépenses 2002 payées en 2002, et celles payées au cours des 3 premiers mois de 2003. Le taux moyen des dépenses 2002 payées au cours des 3 premiers mois de 2003 est de 12,8 %. Ce chiffre était de 15,1 % l'année précédente. L'estimation prévisionnelle de la dépense 2002 est faite à partir du taux de report constaté en 2001, soit 20,5 %, diminué de l'écart entre 15,1 et 12,8, soit 2,3 %. Le taux de correction retenu est arrondi à 18 %.

➤ Les dépenses moyennes en 2002

Les réponses des organismes sont probablement marquées par le contexte : mouvements des fusions de mutuelles et surtout nombreuses sorties de la liste des organismes volontaires fin 2002. Les organismes sortants sont le plus souvent ceux qui ont des montants élevés, supérieurs à la déduction.

Le coût unitaire brut¹⁴ est de 261,2 € pour l'échantillon. Le coût définitif estimé pour 2002 est de 273,3 €.

➤ Les dépenses par familles d'organismes en 2002

Les variations entre familles d'organismes persistent, même si on peut constater une certaine atténuation des écarts : en 2001, les mutuelles dépensent 6 % en plus que la moyenne et les assurances 18 % en moins. En 2002, ce dernier chiffre est de - 15 %.

2002	Nombre	Coût moyen brut	CM Ville brut	CM Hospit brut	CM Forfaits ville brut	Coût estimé
Ensemble	149	261,2	189,3	46,6	25,3	273,3
Mutuelles	120	273,0	195,9	51,8	25,3	285,6
IP	1	217,1	178,0	12,6	26,5	232,9
Assurances	28	223,4	167,4	31,2	24,8	232,6

Source : Fonds CMU

* CM = Coût moyen

¹³ Institutions de prévoyance gèrent des bénéficiaires de la CMU, mais une seule a un nombre significatif d'adhérents.

¹⁴ C'est à dire les dépenses payées l'année N au titre de l'année N et les dépenses payées au cours des trois premiers mois de l'année N + 1 au titre de l'année N.

Le coût est estimé à partir du taux de report, variable selon les familles d'organismes. Les dépenses sont estimées à partir du taux constaté en 2001, soit 20 % de la dépense payée en 2002 au titre de 2001, corrigé à 18 % (cf. supra).

➤ Les organismes sortant du dispositif CMU

Parmi les réponses au questionnaire, 21 organismes (protégeant 11 % de l'effectif de l'échantillon) se sont retirés de la liste au 1^{er} janvier 2003. A part une société d'assurance, les organismes sortant sont des mutuelles.

L'analyse des résultats qui suivent confirme sans ambiguïté que les sortants sont prioritairement les organismes ayant une forte dépense unitaire moyenne (308 € brut et 323 € estimé).

Les organismes sortant vont rester dans le dispositif CMU en 2003, le temps d'assurer la fin des droits en cours, mais leur nombre de bénéficiaires va s'éteindre progressivement. L'impact de ces sorties est suffisamment fort, pour justifier un calcul du coût moyen avec ou sans les sortants : la dépense estimée est ainsi ramenée de 273 à 267 €.

Les mutuelles restant dans le dispositif CMU voient ainsi leur coût moyen se rapprocher un peu du coût moyen de l'ensemble des organismes complémentaires.

En euros

2002	Nombre OC	Coût moyen brut	CM Ville brut	CM Hospit brut	CM Forfaits ville brut	Coût estimé
Ensemble	149	261,2	189,3	46,6	25,3	273,3
Ensemble sans sortantes	128	255,3	184,8	45,8	24,6	266,8
Mutuelles restantes	100	266,9	190,6	51,7	24,5	279,2
Mutuelles sortantes	20	308,2	225,5	52,3	30,3	323,0
Différence		41,3	34,9	0,6	5,8	43,8

Source : Fonds CMU

En considérant la nature des dépenses, et contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, la différence entre organisme sortant et restant provient moins de l'hospitalisation que des soins de ville et des forfaits (+ 20 % par rapport à la moyenne de l'ensemble). Dans les dépenses de ville, le poste le plus lourd est celui des médicaments et des dispositifs médicaux : 85 € pour l'ensemble des organismes, mais environ 100 € pour les sortants.

Cette observation tendrait à prouver que les fortes consommations de soins ne sont pas nécessairement liées à l'hospitalisation. Les habitudes de fortes consommations de soins ambulatoires peuvent avoir un impact important. Il reste que cette comparaison est faite sur la base des coûts bruts (3 mois de n + 1), ce qui minore la part de l'hôpital.

Il est à observer par ailleurs que pour des organismes de moyenne importance, un noyau de personnes ayant de fortes dépenses hospitalières (principalement en matière de forfait) peut faire augmenter très fortement le coût moyen : une personne hospitalisée tout au long de l'année coûte 3 800 €, soit le forfait moyen de 14 personnes. Cette situation a conduit des organismes, se trouvant pour des raisons diverses avec des bénéficiaires hospitalisés, à se retirer de la CMU.

Le départ des sortants va freiner à l'avenir la croissance du coût moyen et accentuer la différence avec les régimes obligatoires : les OC se dégagent du « mauvais risque », qui se trouve de facto transféré sur les organismes obligatoires.

➤ Les écarts entre organismes

La dispersion des résultats reste importante, même si ont été mis de côté les chiffres de 10 organismes semblant relever d'erreurs de traitement. Les chiffres se répartissent comme suit (dépenses brutes) :

Montant en €	> 350	300 à 349	250 à 299	200 à 249	< 200	Total
Nombre organismes	12	26	59	39	13	149

Source : Fonds CMU

Par rapport aux seuils de la déduction 2003 et de la dépense moyenne 2002 :

	Supérieur ou égal	Inférieur	Total
A la déduction 2003 (283 €)	55	94	149
A la dépense moyenne (261 €)	80	69	149

Source : Fonds CMU

Les écarts sont plus resserrés pour les assurances que pour les mutuelles.

Les différences proviennent de variations de consommation, comme nous l'avons indiqué au paragraphe précédent. Avoir dans sa clientèle une fraction de personnes ayant de longs séjours à l'hôpital peut modifier de façon importante le coût moyen.

Beaucoup d'organismes ont trop peu de bénéficiaires pour répartir ce risque sur l'ensemble des personnes protégées : il y a indéniablement une dimension aléatoire qui peut induire aussi bien des rentes de situation que de lourdes dépenses. Il est à noter que certains groupes d'organismes se sont regroupés pour mutualiser les risques.

Il existe aussi des difficultés statistiques : les effectifs proviennent des déclarations des organismes. Ceux qui n'ont pas de remboursement sont contrôlés plus rarement et peuvent donc être moins fiables. Les fusions ont encore rajouté de la complexité.

➤ La question du forfait hospitalier

La CMU est révélatrice d'un problème qui semble assez méconnu, concernant le poids des dépenses hospitalières, et notamment du forfait hospitalier, restant à la charge des assurés, ou de leurs organismes complémentaires.

Dans la quasi-totalité des contrats individuels ou collectifs, les OC plafonnent la prise en charge du forfait sur des durées de 1 à 3 mois d'hospitalisation cumulée sur l'année. Le contrat CMU ne limite pas la durée de prise en charge, assez logiquement puisqu'il peut représenter jusqu'aux 2/3 du revenu maximum d'un bénéficiaires de la CMU.

Ce risque économique, qui est a priori statistiquement rare (le nombre de personnes hospitalisées sur une longue durée est faible), est néanmoins suffisant pour désorganiser l'offre de protection complémentaire par les OC dans le cadre de la CMU.

3.4.4. Evolution des dépenses par nature sur trois ans

Le tableau ci-dessous montre l'évolution par nature du coût unitaire des dépenses sur 3 ans, pour l'ensemble des organismes complémentaires. Ce tableau est donné à titre indicatif, car il comporte plusieurs limites techniques.

Les chiffres de 2000, 1^{ere} année de la CMU, sont et resteront imprécis : ils sont probablement sous évalués, une partie des dépenses de 2000 étant comprises dans les dépenses 2001, notamment pour l'hospitalisation : le taux de croissance de 2001 par rapport à 2000 est ainsi majoré artificiellement.

Les chiffres de 2000 et 2001 sont complets, alors que ceux de 2002 ne comprennent que les 3 premiers mois de 2003 : les paiements tardifs concernent l'hospitalisation (honoraires secteur public, prestations hospitalières et forfait journalier), et doivent être laissée à part dans les comparaisons 2001/2002.

Le saut des dépenses pour soins dentaires prothétiques entre 2000 et 2001 tient à la mise en oeuvre tardive des dispositions permettant le remboursement des prothèses. En 2000, il y a eu sous consommation pour raisons administratives.

On constate une forte croissance de 2001 par rapport à 2000 (38 %), qui se modère en 2002 (dépense totale estimée) par rapport à 2001 (8 %).

En euros

	Chiffres 2000	Chiffres 2001	Estimation 2002
Résultat général hors DOM	183,1	252,5	273,3
Progression		37,9%	8,2%

Source : Fonds CMU

Nature de l'information	2000	2001	2002	2000	2001	2002	Croissance 2001/2000	Chiffre brut
	2000 total	2001 total	2002 + 3 mois 2003	Répartition des consommations de soins sur le total des dépenses				Croissance 2002/2001
Montant total des prestations servies	183,1 €	252,5 €	261,2 €	100,0%	100,0%	100,0%	38,0%	3,4%
1° De la participation de l'assuré (ticket modérateur) :	145,0 €	197,4 €	207,4 €	79,2%	78,2%	79,4%	36,2%	5,1%
a) les honoraires médicaux (secteur privé)	34,2 €	46,7 €	49,8 €	18,7%	18,5%	19,1%	36,8%	6,6%
a1) généralistes	20,1 €	32,1 €	34,3 €	11,0%	12,7%	13,1%	59,7%	6,7%
a2) spécialistes	10,9 €	15,5 €	16,2 €	6,0%	6,1%	6,2%	41,5%	4,8%
b) les honoraires dentaires (secteur privé)	10,0 €	13,3 €	13,8 €	5,5%	5,3%	5,3%	32,7%	3,8%
c) les honoraires des auxiliaires médicaux (secteur privé)	9,5 €	12,9 €	13,7 €	5,2%	5,1%	5,2%	35,5%	6,6%
d) les honoraires du secteur public	1,2 €	2,4 €	1,4 €	0,7%	0,9%	0,5%	90,6%	-41,0%
e) les médicaments et dispositifs médicaux	58,6 €	82,6 €	85,1 €	32,0%	32,7%	32,6%	40,9%	2,9%
e1) médicaments	54,1 €	78,7 €	81,5 €	29,5%	31,2%	31,2%	45,6%	
e2) dispositifs médicaux à usage individuel	2,5 €	4,7 €	5,0 €	1,4%	1,9%	1,9%	87,4%	7,2%
f) les frais d'analyse et de biologie médicale	8,8 €	11,7 €	13,0 €	4,8%	4,6%	5,0%	33,4%	11,1%
g) les frais de transport	1,7 €	2,8 €	2,5 €	0,9%	1,1%	1,0%	64,7%	-8,0%
h) les prestations hospitalières	18,2 €	23,0 €	23,3 €	9,9%	9,1%	8,9%	26,5%	1,4%
i) les autres prestations (cures thermales...)	1,8 €	1,9 €	2,2 €	1,0%	0,7%	0,8%	4,0%	18,3%
2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du CSS	17,5 €	21,3 €	23,2 €	9,6%	8,4%	8,9%	21,6%	9,1%
3° Des forfaits de dépassements :	16,6 €	24,4 €	25,3 €	9,1%	9,7%	9,7%	47,1%	3,5%
a) pour les soins dentaires prothétiques,	9,7 €	16,4 €	17,4 €	5,3%	6,5%	6,7%	69,8%	5,7%
b) pour les soins d'orthopédie faciale	1,0 €	1,5 €	1,6 €	0,5%	0,6%	0,6%	55,1%	5,0%
c) pour l'optique	4,6 €	4,6 €	4,5 €	2,5%	1,8%	1,7%	0,2%	-3,5%
d) pour l'audioprothèse	0,2 €	0,2 €	0,3 €	0,1%	0,1%	0,1%	-18,9%	33,2%
e) pour les autres soins	1,0 €	1,5 €	2,0 €	0,5%	0,6%	0,8%	57,3%	32,1%
4° Des autres prestations	1,2 €	1,9 €	2,3 €	0,6%	0,7%	0,9%	59,5%	24,2%

Source : Fonds CMU

3.4.5. Comparaison des dépenses par nature en 2002, selon les familles d'OC

Le tableau suivant compare, par poste de dépenses et en coût unitaire, les 3 familles d'OC. La comparaison porte sur 2002.

La comparaison en valeur montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les familles d'OC pour les forfaits de dépassement (dentaire, optique).

Les postes qui creusent la différence concernent les médicaments et l'hôpital (prestations et forfait journalier), ce dernier entraînant un coût de 52 € pour les mutuelles et 31 € pour les assurances.

Les données concernant les IP ne sont pas vraiment comparables : 10 % des dépenses sont classées « autres », et il n'y a qu'un seul organisme.

La comparaison avec la CNAMTS métropole confirme que les dépenses par postes sont relativement comparables, sauf pour l'hôpital (59 € pour la CNAMTS). L'autre poste marquant une très nette différence entre RO et OC est celui des « honoraires du secteur public », négligeable dans les OC, très significatif pour la CNAMTS (8,9 €).

Dans l'état actuel du traitement des informations, il ne semble pas qu'il y ait de différence très significative en matière d'âge et sexe entre les différents groupes, même si on constate qu'il y a globalement moins de jeunes de moins de 20 ans et plus de femmes entre 20 et 40 ans dans les OC.

Nature de l'information	Mutuelles	Assurances	Institution de prévoyance	Tous	2002 avec 3 mois 2003				CNAMTS METRO	ratio
	2002 (avec 3 mois 2003)	2002 (avec 3 mois 2003)	2002 (avec 3 mois 2003)	2002 (avec 3 mois 2003)	Répartition des consommations de soins sur le total des dépenses				CNAMTS Métro 2002 (3 mois 2003)	CNAMTS Métro
Effectifs de référence	366 151	99 638	11 293	477 169	Mutuelles	Assurances	Instit prev	Tous	3 189 470	
Montant total des prestations servies	273	223,4	217,1	261,2	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	287,6	100,00%
1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité (ticket modérateur) :	216,4	179,7	160,9	207,4	79,30%	80,50%	74,10%	79,40%	233,8	81,30%
a) les honoraires médicaux (secteur privé)	52,5	41,8	35,4	49,8	19,20%	18,70%	16,30%	19,10%	55	19,10%
a1) généralistes	36	28,7	28,5	34,3	13,20%	12,80%	13,10%	13,10%	35,9	12,50%
a2) spécialistes	17,3	13,1	7	16,2	6,30%	5,90%	3,20%	6,20%	19,1	6,60%
b) les honoraires dentaires (secteur privé)	14,6	11,8	7,4	13,8	5,30%	5,30%	3,40%	5,30%	16,1	5,60%
c) les honoraires des auxiliaires médicaux (secteur privé)	13,9	12,3	20,3	13,7	5,10%	5,50%	9,40%	5,20%	12,2	4,30%
d) les honoraires du secteur public	1,6	0,7	0,5	1,4	0,60%	0,30%	0,30%	0,50%	8,6	3,00%
e) les médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	87,6	76,5	80,6	85,1	32,10%	34,20%	37,10%	32,60%	94,5	32,90%
e1) médicaments	83,9	74,1	71,9	81,5	30,70%	33,20%	33,10%	31,20%	88,9	30,90%
e2) dispositifs médicaux à usage individuel	5,6	2,4	8,7	5	2,10%	1,10%	4,00%	1,90%	5,6	1,90%
f) les frais d'analyse et de biologie médicale	13,5	11,7	9,4	13	5,00%	5,20%	4,30%	5,00%	11,6	4,00%
g) les frais de transport	2,3	3,4	2	2,5	0,90%	1,50%	0,90%	1,00%	2,7	0,90%
h) les prestations hospitalières	24,6	20,9	5	23,3	9,00%	9,40%	2,30%	8,90%	32,5	11,30%
i) les autres prestations (cures thermales...)	2,7	0,7	0,2	2,2	1,00%	0,30%	0,10%	0,80%	0,7	0,20%
2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du CSS	27,3	10,2	7,6	23,2	10,00%	4,60%	3,50%	8,90%	26,5	9,20%
3° Des forfaits de dépassements :	25,3	24,8	26,5	25,3	9,30%	11,10%	12,20%	9,70%	27,3	9,50%
a) pour les soins dentaires prothétiques,	18,5	13,3	18	17,4	6,80%	6,00%	8,30%	6,70%	19,7	6,80%
b) pour les soins d'orthopédie faciale	1,6	1,7	2,7	1,6	0,60%	0,80%	1,30%	0,60%	2,6	0,90%
c) pour l'optique	4,3	5,1	5,4	4,5	1,60%	2,30%	2,50%	1,70%	4,7	1,60%
d) pour l'audioprothèse	0,3	0,2	0	0,3	0,10%	0,10%	0,00%	0,10%	0,3	0,10%
e) pour les autres soins	1,4	4,5	0,4	2	0,50%	2,00%	0,20%	0,80%	0	0,00%
4° Des autres prestations	2,2	0,5	22,1	2,3	0,80%	0,20%	10,20%	0,90%	0	0,00%

Source : Fonds CMU

3.4.6. Les organismes complémentaires et le forfait

Les organismes complémentaires déduisent de leur contribution ou reçoivent un montant forfaitaire par bénéficiaire, qui est l'équivalent d'une cotisation ou d'une prime d'assurance. Ce forfait est défini par la loi. Deux questions se posent : le forfait correspond-il à la dépense moyenne des organismes, et l'écart entre organismes, inévitable par construction, reste-t-il dans des limites raisonnables ? La discussion qui suit est à situer dans ce contexte.

Le coût unitaire 2002 est estimé à 273 € pour les OC, et à 267 € si on ne tient pas compte des organismes sortants. La déduction est de 228 €. En 2003, la déduction a été revalorisée à 283 €.

Les dépenses des personnes ayant choisi des organismes complémentaires se situent globalement au dessous de celles des personnes ayant choisi les régimes obligatoires, qui ont probablement en charge les personnes les plus en difficulté, notamment en matière de santé (cf. supra).

Mais les dépenses varient aussi fortement entre les diverses familles d'OC. Les éléments de comparaison montrent que le recrutement des mutuelles les place dans une situation intermédiaire entre le recrutement des assurances et celui du régime général. Ces chiffres permettent d'induire que les profils des bénéficiaires choisissant les différentes familles d'OC, ou les régimes obligatoires sont assez différents, aussi bien en matière d'état de santé que de rapport au système de soins. Les OC précisent que plus de la moitié de leurs ressortissants étaient déjà dans leur organisme avant la CMU, ce qui indique une certaine continuité dans leur trajectoire.

Certains organismes, certains groupements se sont organisés, pour mutualiser le risque. La limite de ces regroupements réside dans le fait qu'ils sont réalisés au sein de familles d'organismes qui partagent souvent les mêmes difficultés, et que les organismes qui portent un risque très faible (beaucoup de jeunes par exemple) ne sont pas poussés à y participer. L'un de ces regroupements a d'ailleurs cessé son activité du fait d'un surcharge financière.

Les OC qui ont de très fortes dépenses se retirent de la liste progressivement, ce qui accentue mécaniquement le transfert du « mauvais risque »¹⁵ vers les régimes obligatoires.

Le forfait hospitalier dans le cas d'hospitalisations de longue durée est l'élément qui peut produire de fortes distorsions entre les organismes. Cette question dépasse toutefois le problème de la CMU. Les OC ont réagi dans les contrats courants (hors CMU) en plafonnant le risque, mais le problème se retrouve reporté vers les patients, ou les caisses qui font intervenir dans certains cas leur fonds d'action sanitaire et sociale.

¹⁵ La notion de « mauvais risque » est évidemment à entendre comme un risque financier, et non comme un jugement de valeur : en matière de santé, c'est le médecin qui prescrit des soins au vu de l'état de santé du patient.

4. ELEMENTS FINANCIERS CONCERNANT LA CMU-C

Le Fonds de financement de la CMU-C finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle. Son budget est alimenté par une dotation budgétaire de l'Etat (chapitre 46-82 du ministère de la santé) et par une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé. Cette contribution est égale à 1,75 % des primes ou cotisations émises par les complémentaires santé (chiffre d'affaires santé).

Le Fonds a pour mission le paiement aux organismes des dépenses de soins de santé restant à la charge des personnes titulaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le bénéficiaire de la CMU-C peut, soit demander à sa caisse d'assurance maladie de payer la part complémentaire de ses dépenses de soins, soit souscrire un contrat auprès d'un organisme d'assurance complémentaire déclaré candidat à la gestion de tels contrats.

Le Fonds rembourse intégralement aux caisses d'assurance maladie les dépenses de CMU-C qu'elles ont engagées. Les organismes complémentaires bénéficient, quant à eux, pour chaque personne couverte, d'une déduction, fixée à 283 € pour l'année 2003. La déduction s'impute sur le montant de la contribution.

4.1. Les recettes du Fonds CMU

4.1.1. La dotation budgétaire de l'Etat

L'Etat finance pour la plus grande part les dépenses de la CMU complémentaire avec un montant de 970 M€ en 2003 (75 %). Cette dotation est versée mensuellement selon des modalités et un échéancier déterminés par convention.

Il faut noter que l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale prévoit que « les recettes du Fonds sont constituées par (...) une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le Fonds. » En raison du calendrier des lois de finances, un déficit éventuel des comptes du Fonds, constaté au début de l'année qui suit l'exercice en cause, sauf s'il est prévu avec certitude bien en amont, ne peut donc être comblé que par une loi de finances rectificative de l'année n + 1. L'équilibre ne peut donc être réalisé mathématiquement qu'a posteriori : c'est la situation qui s'est présentée pour l'année 2001.

4.1.2. La contribution des organismes complémentaires

Le produit de la contribution qui alimente le Fonds est versée aux URSSAF et centralisée par l'ACOSS. Il représente 231 millions d'euros en 2002.

La répartition mensuelle des encaissements nets des URSSAF (trésorerie) s'établit pour l'année 2002 à :

En milliers d'euros

Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
9 466	35 286	2 681	14 758	53 076	5 556	12 898	38 866	4 422	11 858	41 553	304	230 726

Source : ACOSS

Pour 2003, la répartition mensuelle s'établit comme suit :

En milliers d'euros

Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin
9 943	44 305	2 147	15 342	57 230	999

Source : ACOSS

Les trois premiers mois d'une année concernent essentiellement les encaissements se rapportant au 4ème trimestre de l'année précédente.

L'assiette de la contribution repose sur le montant des primes ou cotisations émises ou à défaut recouvrées au cours d'un trimestre civil. Sa répartition entre les trimestres montre une « sur-déclaration » au premier trimestre représentant 30 % de l'assiette annuelle alors que les trois suivants sont relativement stables et représentent en moyenne 23 % de ce même montant. Les organismes gérant des contrats CMU déclarent près de 65 % de l'assiette.

D'après l'exploitation des déclarations parvenues au Fonds, l'assiette déclarée en 2002 s'élève à 18 821 millions d'euros en progression de 7,18 % par rapport à 2001. L'évolution de l'assiette de la contribution est particulièrement dynamique : 9,43 % de 2001 sur 2000, et 9 % en prévision pour 2003.

En milliers d'euros

	Année 2001		Année 2002		Année 2003 (2 trimestres)
	Montant de l'assiette	Evolution 2001/2000	Montant de l'assiette	Evolution 2002/2001	Montant de l'assiette
Mutuelles	10 588 821		11 257 379	6,31%	6 341 866
Institutions de prévoyance	3 279 443		3 573 358	8,96%	1 715 434
Sociétés d'assurance	3 692 075		3 990 660	8,09%	2 664 383
TOTAL	17 560 339	9,43%	18 821 397	7,18%	10 721 683

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

En 2002, la répartition de l'assiette de la contribution entre organismes, inchangée par rapport à 2001, est la suivante :

En millions d'euros

	Montant	Structure en %
Mutuelles	11 257	59,81
Institutions de prévoyance	3 573	18,99
Sociétés d'assurance	3 991	21,20
TOTAL	18 821	100,00

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

On relèvera que les 10 organismes qui déclarent le montant d'assiette le plus important représentent 22 % de l'assiette totale ; les 40 suivants près de 28 %. Ramené en pourcentage, 10 % des organismes qui déclarent l'assiette la plus importante, représentent 75 % de l'assiette totale. L'assiette est donc fortement concentrée (cf. annexe 13 des 100 contributeurs les plus importants).

4.2. Les dépenses du Fonds CMU

Le Fonds rembourse la totalité des dépenses des régimes de sécurité sociale au titre de la CMU-C. Dans les remboursements aux organismes complémentaires présentés dans cette partie ne figurent que les paiements effectifs du Fonds, c'est à dire, en ce qui concerne les organismes complémentaires, les cas pour lesquels la somme des déductions est supérieure à la contribution.

4.2.1. Les remboursements aux régimes obligatoires

Ces versements sont organisés par des conventions. Les acomptes (trésorerie), déterminés par avenant annuel, sont versés mensuellement aux 3 régimes les plus importants. Pour les autres régimes, il n'y a qu'un acompte annuel, fixé sur la base des dépenses constatées lors de l'exercice précédent. Au vu des dépenses réelles supportées par les régimes, une régularisation annuelle est réalisée. Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des acomptes versés en 2002, le montant des régularisations et en conséquence le montant des dépenses 2002 et enfin les provisions. Celles-ci sont identifiées spécifiquement dans la plupart des régimes (en particulier les plus importants). Certains régimes les globalisent avec l'ensemble des dépenses de santé et dans ce cas, c'est le Fonds qui inscrit une provision spécifique.

Organismes	Acomptes 2002	Régularisations	Total	Provisions	Acomptes 2003
CNAMTS	1 110 000	- 5 603	1 104 397	121 558	1 080 000
CCMSA	36 600	- 1 955	34 645	2 429	36 200
CANAM	24 000	- 2 731	21 269	2 588	22 000
ENIM (Marins)	1 073	- 325	748	75	808
GAMEX (Agriculteurs)	508	101	609	96	658
CNMSS (Militaires)	432	28	460	116	497
SNCF	256	- 76	180	28	195
CAVIMAC (Cultes)	154	59	213	22	230
CANSSM (Mines)	124	- 88	36	5	38
RATP	46	- 10	36	4	39
CRPCEN (Notaires)	31	4	35	4	37
CCIP *	2	5	7	0	0

Ces données ont trait aux personnes qui ont choisi l'exercice de leur droit auprès des caisses des régimes d'assurance maladie.

Compte tenu des spécificités des dépenses des organismes pour lesquels un décalage important peut exister entre la date des soins et la date de paiement, les dépenses comptabilisées au titre d'un exercice incluent nécessairement des dépenses dont le fait générateur trouve sa source en $n - 1$. Des provisions sont comptabilisées pour rattacher à l'exercice en cours des dépenses qui ne seront payées qu'au cours de l'exercice suivant. Cet exercice de prévision est cependant difficile pour un dispositif nouveau, comme il a pu être constaté en 2000 et 2001. Particulièrement, en matière de soins hospitaliers, il existe un fort décalage entre les dates de soins et les dates de paiements des factures par les régimes.

4.2.2. Les versements aux organismes complémentaires

Dans les comptes du fonds, le montant des remboursements aux organismes complémentaires au titre de 2002 s'établit à 47 M€ (22 M€ en 2001). Le lecteur est prié de se référer à la partie 5.1.3 pour des détails sur ces paiements.

4.3. Les comptes du Fonds CMU

La présentation des mouvements financiers du Fonds CMU (budget et comptes), conformément aux dispositions de la loi du 27 juillet 1999, n'est pas conforme à la réalité économique de ceux-ci. En effet, ne figurent dans les comptes du Fonds que la contribution effectivement versée aux URSSAF et les paiements réalisés par le Fonds aux organismes complémentaires (articles L. 862-2 et suivants du code de la sécurité sociale). Or ces deux flux sont en fait la contraction entre le montant de la contribution brute due par les complémentaires (1,75 % de leur chiffre d'affaire santé) et le montant des déductions sur cette contribution octroyée pour la gestion d'un bénéficiaire de la CMU-C géré dans l'organisme (283 € à l'année pour 2003). Dans certains cas, la somme des déductions est inférieure au montant de la contribution et l'organisme verse alors à l'URSSAF la différence. Dans d'autres, la somme des déductions est supérieure au montant de la contribution et le Fonds verse alors à l'organisme la différence.

C'est pourquoi deux types de présentation sont exposés ici.

4.3.1. Présentation comptable des comptes du Fonds

Les comptes du Fonds étant tenus en droits constatés, des provisions correspondant aux dépenses prévues une année mais non encore réalisées sont comptabilisées chaque fin d'année. Elles sont reprises en produit l'année suivante. En matière de recettes, dans le tableau ci-dessous, le produit à recevoir de la contribution des organismes est globalisé avec la contribution effectivement perçue dans l'année.

En millions d'euros

	2000	2001	2002	Budget 2003
Produits				
Dotations de l'Etat	800	889	1 150	970
Contribution des organismes	247	223	223	234
Reprises sur provisions		94	159	143
Total produits	1 047	1 206	1 532	1347

Charges				
Paie ment aux régimes de base	908	1 189	1 164	1 177
Paie ment aux organismes complémentaires	10	22	47	59
Dotations aux provisions	94	159	143	157
Gestion administrative	0,5	1	1	1
Total charges	1 013	1 371	1 355	1 394
Résultat de l'année	34	- 165	177	- 47
Résultat cumulé	34	-131	47	0

L'année de démarrage du Fonds a vu un excédent de 34 M€. En 2001, du fait de l'insuffisance de la dotation budgétaire de l'Etat, un fort déficit a été constaté.

Le résultat cumulé négatif au 31 décembre 2001 a été compensé dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2002. La dotation budgétaire pour 2002 a permis de clore les comptes 2002 avec un excédent cumulé de 47 M€ qui devrait permettre d'équilibrer le déficit prévisionnel 2003.

4.3.2. Présentation économique des comptes du Fonds

En terme économique et pour affiner l'analyse, il est important de faire apparaître la totalité du montant de la contribution (1,75 % du chiffre d'affaires santé) qu'elle ait été versée au Fonds ou retenue par les complémentaires du fait des déductions. De la même manière, il est intéressant de connaître le poids total des déductions, qu'elles aient entraîné un paiement par le Fonds ou un moindre versement de contribution.

Le tableau suivant reprend donc en terme économique et non comptable les résultats du Fonds. Ainsi, les montants de la contribution et des déductions des organismes complémentaires sont inscrits pour leur valeur totale. Le résultat affiché dans l'un ou l'autre cas est bien sûr identique.

En millions d'euros

	2000	2001	% évol	2002	% évol	Budget 2003	% évol
Recettes							
Dotation budgétaire de l'Etat	800	889	11 %	1 150	29 %	970	- 16 %
Contribution des organismes complémentaires	280	308	10 %	330	7 %	360	9 %
Total recettes	1 080	1 197	11 %	1 480	24 %	1 330	- 10 %
Dépenses							
Versements aux régimes de base	1 001	1 237	24 %	1 159	- 6 % *	1 200	4 %
Déductions des organismes complémentaires	44	124	182 %	142	15 %	176	24 %
Gestion administrative	1	1		1		1	
Total dépenses	1 046	1 362	30 %	1 302	- 4 %	1 377	6 %
Résultat de l'année	34	- 165		177		- 47	
Résultat cumulé	34	- 131		47		0	

* Cette décroissance est due à la baisse du nombre de bénéficiaires

4.4. Le coût global de la CMU-C et celui pour l'Etat

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des dépenses de CMU-C rapportées au nombre de bénéficiaires.

Pour les organismes complémentaires, le point de départ est le coût unitaire estimé (cf. supra) multiplié par le nombre de bénéficiaires moyen sur l'année.

Pour les régimes de base, les dépenses retracées dans les comptes du Fonds CMU sont rectifiées des provisions, reprises sur provisions et dépassements des provisions de manière à aboutir à un chiffre de dépenses réelles de chaque année (une légère rectification est apportée pour prendre en compte les retards de comptabilisation des dépenses de l'APHP).

Les chiffres relatifs à 2000 sont à prendre avec précaution.

Par contre, les données 2001 et 2002 sont fiables et permettent de constater un taux d'évolution du coût unitaire moyen inférieur à l'évolution des dépenses de santé.

	2000	2001	2002
Organismes complémentaires			
Coût unitaire estimé	198,1	252,5	273,3
Taux d'évolution		27,46%	8,24%
Effectifs moyens	220 000	531 205	649 769
Dépenses totales des OC	43 582 000	134 129 263	177 581 868
Régimes de base			
Dépenses du Fonds CMU	1 001 134 661	1 330 074 830	1 162 634 741
Provisions n - 1		-93 093 543	-154 131 767
Dépassement provisions 2000	47 575 741	-47 575 741	
Dépassement provisions 2001		12 876 233	-12 876 233
Provisions 2002			126 926 311
Rectification APHP	1 000 000	-1 000 000	
Dépenses totales des régimes	1 049 710 402	1 201 281 779	1 122 553 052
Effectifs moyens	4 300 000	4 444 903	3 926 492
Coût unitaire moyen	244,12	270,26	285,89
Taux d'évolution		10,71%	5,78%
Dépenses totales de CMU-C	1 093 292 402	1 335 411 041	1 300 134 919
Effectifs totaux	4 520 000	4 976 108	4 576 261
Dépense unitaire	242	268	284
Taux d'évolution		10,95%	5,87%

La dotation budgétaire de l'Etat équilibre les dépenses de CMU-C financées par le Fonds CMU. Pour l'année 2000, le montant de la dotation budgétaire de l'Etat est à rapporter au montant des dépenses antérieures d'aide médicale (pour sa part complémentaire) qui ont été recentralisées : 630 M€. Du fait des mécanismes budgétaires étatiques, cet équilibre n'est pas réalisé l'année n mais sur la durée (cf. infra).

Pour mesurer le coût réel annuel pour l'Etat de la dotation budgétaire nécessaire à l'équilibre du budget du Fonds, il faut donc ajouter à la dotation budgétaire votée, le résultat du Fonds (positif ou négatif).

On constate dans le tableau ci-dessous qu'en dehors de l'évolution 2001/2000 qui a été très forte du fait de l'augmentation du nombre de bénéficiaires (en particulier dans les organismes complémentaires) et de la montée en plein régime du dispositif, l'évolution ultérieure est négative de 2002/2001 (baisse du nombre de bénéficiaires) et légère pour 2003/2002. Il a semblé utile, de même, de rapporter cette dotation au nombre de bénéficiaires pour constater là encore une évolution limitée en dehors de l'année 2001. Le dynamisme de l'autre source de financement du Fonds (la taxe payée par les organismes complémentaires) explique en partie ces faibles progressions.

	2000	2001	2002	2003 (budget du Fonds)
Dotation budgétaire (en M€)	800	889	1150	970
Résultat de l'exercice (en M€)	34	-165	177	-47
Dotation budgétaire d'équilibre (en M€)	766	1054	973	1017
Evolution		37,60%	-7,69%	4,52%
Nombre de bénéficiaires moyen	4 520 000	4 976 109	4 576 261	4 500 000
Coût moyen pour l'Etat d'un bénéficiaire (en €)	169,47	211,81	212,62	226,00
Evolution		24,99%	0,38%	6,29%

5. LE TRAVAIL DU FONDS CMU

5.1. Taxe et paiement

5.1.1. Le recouvrement de la taxe par les URSSAF

L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale qui correspond à l'article 27 de la loi du 27 juillet 1999 créant la CMU assujettit à une contribution à versements trimestriels les organismes complémentaires d'assurance maladie (OC) et ce quelle que soit leur forme juridique : mutuelles régies par le code de la mutualité, institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural, entreprises régies par le code des assurances.

Cette contribution est « assise sur le montant hors taxe des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut, d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de santé, à l'exclusion des réassurances ».

Sur cette contribution brute de 1,75 % du chiffre d'affaires « santé », sont imputées les déductions de 70,75 € en 2003 par trimestre pour chaque personne bénéficiant de la CMU-C gérée par l'organisme complémentaire au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due (bénéficiaires présents au 28 février pour le premier trimestre, 31 mai pour le second, 31 août pour le troisième, 30 novembre pour le quatrième). Lorsque le montant de la contribution due est inférieur au montant de la déduction, les organismes complémentaires demandent au Fonds le versement de cette différence (excédent de déduction).

L'article L. 862-5 dispose que la contribution est recouvrée par l'URSSAF territorialement compétente. Compte tenu du nombre limité de redevables et de la nature spécifique de la contribution, un arrêté du 27 décembre 1999 prévoit que la contribution est recouvrée par l'URSSAF du chef lieu de région administrative dans le ressort duquel se trouve le siège social du redevable. 22 URSSAF « pivots » et les CGSS dans les DOM procèdent donc à ce recouvrement. Les montants sont centralisés par l'ACOSS et reversés au Fonds CMU dans des conditions fixées par convention actualisée chaque année par avenant. L'avenant 2003, fixant le montant trimestriel des acomptes à 50 millions d'euros a été signé le 16 décembre 2002. En fonction des encaissements collectés par les URSSAF, des versements complémentaires sont effectués lors du versement trimestriel suivant. L'ACOSS fournit mensuellement au Fonds un état des produits et charges et des encaissements. Ces états mentionnent l'assiette de la contribution et le montant des déductions.

La répartition des encaissements entre URSSAF s'établit de la manière suivante :

En euros

URSSAF	2002	Répartition 2002 (en %)	Janvier à fin juillet 2003
MARSEILLE	3 836 451	1,66	2 503 236
CAEN	862 982	0,37	738 307
AJACCIO	0	0,00	0
DIJON	1 764 875	0,76	1 295 511
BESANCON	874 329	0,38	692 118
TOULOUSE	5 678 519	2,46	4 149 510
BORDEAUX	2 346 423	1,02	1 346 509
MONTPELLIER	1 340 964	0,58	983 556
RENNES	1 636 548	0,71	2 047 070
NANTES	2 956 064	1,28	2 019 530
ORLEANS	8 228 901	3,57	6 757 109
REIMS	2 708 610	1,17	2 048 956
METZ	2 841 834	1,23	2 135 757
LILLE	5 235 368	2,27	4 432 544
CLERMONT FER.	1 337 517	0,58	1 104 727
STRASBOURG	4 586 177	1,99	4 045 768
LYON	13 609 724	5,90	9 826 600
PARIS	162 473 527	70,42	93 084 126
ROUEN	876 323	0,38	482 330
AMIENS	1 458 328	0,63	1 069 007
POITIERS	3 997 686	1,73	3 433 681
LIMOGES	851 900	0,37	667 041
GUADELOUPE	226 529	0,10	34 296
GUYANE	0	0,00	0
MARTINIQUE	30 920	0,01	21 386
LA REUNION	965 284	0,42	803 281
TOTAL	230 725 783	100	145 721 954

Source : ACOSS

Sur l'année 2002, l'URSSAF de Paris représente à elle seule 70,4 % des encaissements.

En application de l'article R.862-11, le Fonds doit recevoir chaque trimestre des organismes complémentaires une copie du document déclaratif transmis aux URSSAF, comportant notamment l'assiette et le montant de la contribution due, ainsi que le nombre de bénéficiaires gérés par l'organisme. Le Fonds procède alors à la saisie des déclarations ainsi qu'au remboursement des OC pour lesquels le montant de la déduction est supérieur à celui de la contribution. En juin 2003, 1 200 OC sont assujettis à la taxe dont 480 gèrent à cette date des bénéficiaires de la CMU-C.

Le Fonds et les URSSAF étant rendus destinataires des éléments déclaratifs, celui-ci est en relation avec l'ACOSS pour réaliser une mise en cohérence de ses fichiers avec ceux des URSSAF à partir d'un outil de centralisation mis au point par l'ACOSS. Ce rapprochement permet de mettre en évidence les erreurs de saisie possibles dans les deux organismes ainsi que des divergences dans les déclarations

5.1.2. Le contrôle des déductions réalisé par le Fonds

Le deuxième alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale dispose que les sommes dues au titre de la contribution des OC sont recouvrées et contrôlées « suivant les règles, garanties et sanctions prévues au I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1 ». En conformité avec l'article R.862-13 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU et l'ACOSS ont signé le 4 avril 2001 une convention relative aux modalités de contrôle de la déduction opérée par les OC qui organise les conditions de délégation de contrôle au Fonds.

Cette convention précise, en préambule que le contrôle de la déduction est réalisé conjointement par le Fonds et par les organismes du recouvrement « selon un régime juridique différent. Le Fonds effectue des vérifications sur pièces et sur place dans le cadre de l'article R.862-13 du code de la sécurité sociale. Les organismes du recouvrement effectuent des contrôles sur place selon les dispositions des articles L. 243-7 et R.243-59 » du même code.

Le contrôle ne peut être effectué que par des agents assermentés et agréés : les inspecteurs du recouvrement qui reçoivent une formation spécifique. Le rôle du Fonds a été centré sur un travail d'« amont » qualifié de vérification.

La convention consacre un exercice coordonné du pouvoir de contrôle par les deux partenaires : ACOSS et Fonds échangent systématiquement leurs informations sur les contrôles projetés et les conclusions de ces contrôles. L'objectif est de répartir les interventions tout en tenant compte des contextes et des intérêts de chacun et d'éviter toute redondance dans les actions entreprises.

Après une année que l'on peut qualifier d'expérimentale en 2001 (12 vérifications qui n'ont pu être lancées qu'à partir de juillet 2001 compte tenu de la date de signature de la convention de délégation), 2002 constitue véritablement la première année de mise en œuvre. 36 vérifications ont été diligentées au cours de l'exercice (18 sur place, 18 sur pièces). Elles ont concerné 33 mutuelles et 3 sociétés d'assurance. 122 847 contrats de bénéficiaires (20,36 % des effectifs moyens des premier et second trimestres 2002) ont été vérifiés, sur la base d'un échantillon représentant en moyenne 5 % de ces contrats. Le taux d'anomalie ressort à ce jour à hauteur de 1 % (1,19 % en 2001) ; il a dépassé 1 % dans 7 cas.

Après deux années, 30 % des effectifs environ a déjà fait l'objet d'une vérification (10 % en 2001, 20 % en 2002). L'enjeu financier du contrôle n'est pas neutre : un taux d'anomalie de 1 % appliqué à l'ensemble des déductions conduit à un manque à gagner annuel de 1,42 millions d'euros pour le Fonds en 2002 (déduction annuelle de 228 euros par bénéficiaire).

32 OC ont été inscrits sur le plan de contrôle 2003 du Fonds. A la fin 2003, au moins 60 % des bénéficiaires déclarés auront fait l'objet d'une vérification.

Outre le résultat des vérifications, le Fonds entend profiter de ses visites sur place pour développer les échanges avec les OC. Afin de faciliter cet échange, il adresse systématiquement avant sa visite, un questionnaire servant de trame à l'entretien. L'OC dispose du temps nécessaire pour apporter les réponses aux questions que se pose le Fonds. Un modèle de questionnaire qui, au retour de la vérification, fait l'objet d'une exploitation figure en annexe 14.

5.1.3. Les versements du Fonds aux organismes complémentaires

Les versements aux OC correspondent aux sommes prévues à l'article L. 862-6, lorsque le montant de la contribution due est inférieur à celui de la déduction.

Le remboursement est une dépense publique dont l'ordonnateur et le payeur doivent vérifier l'existence et la bonne évaluation. A cette fin « le Fonds est habilité à procéder à tout contrôle » selon les termes de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale. C'est pourquoi, en excluant une remontée systématique d'attestations de droits pour chaque bénéficiaire, le Fonds a défini la liste des bénéficiaires comme justificatif de son paiement.

En cas d'anomalies constatées et après signalement aux OC, le Fonds procède aux abattements correspondants sur le nombre de bénéficiaires déclaré.

Le montant des remboursements au titre de 2002 s'établit à 41,7 M€ (37 M€ en 2001, 11,2 M€ en 2000). Au total près de 1 050 demandes de remboursements ont été présentées au Fonds au titre de cette période, soit près de 260 remboursements en moyenne par trimestre.

En milliers d'euros

	2001	2002			2003		
	Montant moyen	Montant total remboursements effectués	Nombre de remboursements	Montant moyen	Montant total remboursements effectués	Nombre de remboursements	Montant moyen
T1	21	7 737	226	34	15 097	185	82
T2	29	11 006	283	39	13 440	194	69
T3	33	10 102	266	38	-	-	-
T4	46	12 886	266	48	-	-	-
Total	34	41 731	1 041	40	-	-	-

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires – Situation au 15 septembre 2003

Le nombre de remboursements a progressé régulièrement entre 2000 et 2002, comme le nombre de contrats gérés par les OC, pour diminuer à partir du premier trimestre 2003. Cette rupture s'explique en effet par un double mouvement enregistré au sein des OC :

- la sortie d'un certain nombre de mutuelles du dispositif CMU-C fin 2002 ;
- la diminution du nombre de mutuelles qui s'est accélérée à partir du second semestre 2002 suite à des fusions, absorptions et qui concernent pour certaines d'entre elles des organismes gérant des bénéficiaires de la CMU-C. Un nombre comparable de bénéficiaires se répartissant sur un nombre plus faible d'OC, le montant moyen du remboursement a tendance à augmenter.

Ce mouvement de concentration s'observe également sur le nombre de remboursements d'un montant unitaire supérieur à 100 000 euros qui représentent en moyenne 9,6 % du nombre des remboursements et 64 % de leur montant total en 2002, respectivement 19 % et 76 % sur les deux premiers trimestres 2003. Les remboursements d'un montant unitaire inférieur à 10 000 euros représentent 50 % du nombre des remboursements et 3,5 % de leur montant total en 2002, respectivement 32,4 % et 1,6 % sur les deux premiers trimestres 2003.

La transmission par les caisses d'assurance maladie et la réception par les organismes d'assurance complémentaires des informations nécessaires à la comptabilisation des déductions selon les délais impartis a connu des difficultés depuis 2000 même si à partir de 2002, la situation semble s'être sensiblement améliorée. Le Fonds a donc défini et organisé une procédure de régularisation du nombre de bénéficiaires déclaré à compter de l'exercice 2001 et étendue à 2002. Le nombre de

régularisations est généralement positif mais il peut également dans certains cas être négatif. En effet, un OC peut s'apercevoir qu'il avait inscrit à tort des bénéficiaires.

En 2001, 222 OC ont procédé à au moins une régularisation. Dans ce cadre, 69 790 régularisations nettes ont été effectuées. En 2002, ce sont 168 OC qui ont procédé à au moins une régularisation, le nombre net de régularisations s'établissant à 83 189 (3,5 % du nombre de bénéficiaires déclaré en 2002). Par rapport à 2001, on constate qu'en 2002 les régularisations sont concentrées sur un plus petit nombre d'organisme : 6 OC de la Guadeloupe représentent 41 % des régularisations nettes, 18 OC incluant les 6 de la Guadeloupe, 77 %.

L'analyse du nombre de régularisations permet de rendre compte des difficultés encore rencontrées sur le terrain. Ce nombre montre que les problèmes demeurent même si les tensions sur le terrain semblent s'être sensiblement estompées.

Pour les versements aux caisses d'assurance maladie, se reporter à la partie 4.

5.2. Les autres missions du fonds

En dehors de ses missions de financement inscrites à l'article L. 862-1. du code de la sécurité sociale (cf. infra) et des contrôles qui en découlent, le Fonds doit « avoir un rôle actif d'analyse, d'orientation et de propositions » (lettre de mission en annexe 1). Il concourt à l'analyse de l'application de la loi dans ses aspects sanitaire et social et assure, à ce titre, le secrétariat du conseil de surveillance placé auprès de lui. Le Fonds est également chargé de faire circuler les informations dans les différents réseaux d'acteurs du dispositif CMU.

5.2.1. Le conseil de surveillance du Fonds CMU

L'article R. 862-6 du code de la sécurité sociale définit la composition du conseil de surveillance du Fonds : « Le conseil d'administration est assisté d'un conseil de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Ce conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant :

- Trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat ;
- Huit représentants des organisations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale ;
- Six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie :
 - Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dont le président ou son représentant ;
 - Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, dont le président ou son représentant ;
 - Deux membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, dont le président ou son représentant.
- Dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire à raison de :
 - Cinq représentants des organismes mutualistes, dont trois désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, un désigné par la Fédération des mutuelles de France et un désigné par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles ;

- Trois représentants des entreprises d'assurance ;
 - Deux représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance ;
 - Un représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;
- Deux représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance.
- Un représentant du ministre chargé des affaires sociales, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du conseil de surveillance. »

Cette large composition permet au conseil de surveillance d'être un lieu d'échanges et de débats entre les différents acteurs impliqués dans le dispositif de la CMU-C (liste nominative en annexe 15). Ce pluralisme est essentiel car le conseil, en application de l'article R. 862-8. « concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. »

Le conseil de surveillance ne s'est réuni qu'une fois au cours de l'année 2002. En effet, après les élections législatives de juin, sans président et en l'absence des trois députés qui n'ont été désignés qu'en mars 2003, le conseil n'a pu se réunir.

La séance du conseil de surveillance du 21 février 2002, a été marquée par deux temps forts : l'annonce du nouveau dispositif d'aide à l'acquisition de couverture complémentaire, et l'exposé du rapport d'évaluation au Parlement, réalisé par l'inspection générale des affaires sociales (Igas), en application de l'article 34 de la loi créant la CMU.

Les élections législatives du mois de juin 2002 conduisaient automatiquement à une nouvelle désignation des parlementaires. Celle-ci n'est intervenue que par un arrêté du 26 mars 2003. Outre monsieur Jean-Marie Rolland, président, ont été désignés, madame Paulette Gunchard-Kunstler et monsieur Jacques Domergue.

Monsieur Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, a procédé à l'installation du nouveau conseil de surveillance, le 17 juin 2003. Il a tenu à rappeler toute l'importance que le Ministre attache au rôle de ce conseil qui se doit d'être un « mini parlement de la couverture maladie universelle ». Il a également indiqué que le conseil était un lieu de rencontre privilégié, où se retrouvaient autour de la même table, les assurances maladie obligatoires, les assurances maladie complémentaires et les associations, celles là même qui avant la création de la CMU, avaient permis aux plus défavorisés d'avoir la possibilité de se soigner.

Parmi les points évoqués au cours de la réunion du conseil, a figuré un premier bilan des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire maladie pour ceux dont les ressources se situent juste au dessus du seuil fatidique de 562 € (cf. infra).

La seconde séance du conseil de surveillance de l'année 2003 a eu lieu le 25 novembre.

5.2.2. Le suivi de la CMU-C

Cette mission s'exerce de plusieurs manières.

Pour le recueil des données quantitatives, des tableaux statistiques ont été élaborés par le Fonds en concertation avec les organismes chargés de les remplir. Ces tableaux sont annexés aux conventions financières qui lient le Fonds à chaque régime d'assurance maladie (tableaux relatifs au dénombrement de bénéficiaires et aux dépenses et à leurs ventilations). Chaque organisme

d'assurance complémentaire a reçu, s'agissant des dépenses de CMU, le même tableau à remplir que celui destiné aux régimes afin que le Fonds dispose d'informations comparables. Le nombre des bénéficiaires dans les OC est également fourni par le biais des déclarations trimestrielles.

Pour le « suivi qualitatif » dont l'objet est d'identifier les difficultés d'application de la loi et les solutions à mettre en œuvre ainsi que de dessiner les évolutions souhaitables, des réunions et des rencontres avec les acteurs de la CMU sont régulièrement organisées par le Fonds. Un travail de veille permanent (presse, études, etc.) est réalisé par le Fonds.

La participation à des recherches ou la conduite d'études concourent également à cette mission.

5.2.3. Circulation de l'information

Une réponse à l'enjeu que représente la CMU est la diffusion d'une information qui permette une meilleure communication entre les différents acteurs malgré des centres d'intérêt variables et des divergences d'intérêt.

Le Fonds dispose de deux outils pour participer à la circulation et à l'échange de l'information.

➤ La lettre d'information du Fonds CMU

Huit numéros de la lettre d'information du Fonds, « Références CMU », (numéros 5 à 12) ont été diffusés à plus de 4 000 exemplaires au cours des années 2002 et 2003 (janvier, avril, juillet et octobre). La diffusion est principalement réalisée dans les organismes complémentaires, les caisses de sécurité sociale, parmi les élus et au sein des administrations. De plus, cette lettre est mise en ligne sur le site du Fonds.

➤ Le site Internet du Fonds CMU : www.cmu.fr

Créé initialement et principalement pour mettre à disposition de tous la liste nationale des organismes complémentaires candidats à la gestion de « contrats CMU », le site a bien rempli ce rôle en mettant en ligne dès les 2 janvier 2002 et 2003 la nouvelle liste. Cette liste est établie, sous la responsabilité du Fonds, à partir des inscriptions enregistrées par les préfets de région.

Outre cette liste de « sièges sociaux », le site comporte les adresses des points d'accueil, guichets, antennes que les organismes complémentaires souhaitent mettre à disposition des demandeurs ou des bénéficiaires de CMU ainsi que des personnes qui les accueillent ou les aident dans l'établissement de leur dossier. Ces derniers renseignements incombent aux organismes complémentaires concernés.

La seconde partie du site, qui présente des informations générales sur la CMU a été remodelée en décembre 2002 pour l'actualiser et la rendre plus claire. La page « Actualités » du site est régulièrement mise à jour.

En 2003, le site a été consulté par 3 000 personnes par mois.

6. LES AIDES A LA SORTIE DU DISPOSITIF CMU-C

La CMU-C est attribuée sous condition de ressources. Comme toute prestation sociale sous condition de ressources, elle comporte un seuil au-delà duquel les personnes ne peuvent plus bénéficier de ce droit.

L'effet de seuil avait été l'objet des principales discussions lors du débat sur la loi. Dès la première année de mise en place de la CMU, cette question a amené l'ensemble des partenaires impliqués dans le dispositif CMU à se préoccuper de la prise en compte des personnes situées à la marge de la CMU.

Deux dispositifs, relevant tous les deux de la même logique, ont été mis en place pour atténuer l'effet du seuil. Ces dispositifs sont très loin d'avoir atteint leur objectif et laissent toujours en suspens la résolution du problème de l'effet de seuil.

Le premier consiste à aider financièrement la population située à la marge de la CMU-C à acquérir une couverture complémentaire maladie.

Le second crée un sas entre la CMU-C et l'acquisition d'une couverture complémentaire : c'est le principe du dispositif dit « contrat de sortie » qui oblige les OC à proposer un contrat à tarif préférentiel d'une durée d'un an à tous leurs assurés sortants de la CMU-C.

L'un comme l'autre dispositifs requièrent une participation active des OC, dans le premier cas pour la réponse aux appels d'offre, dans le second cas pour la gestion de la CMU-C elle-même. Or, ainsi qu'il a été indiqué supra (partie 4), la participation des OC à la gestion de la CMU a cessé de progresser et demeure minoritaire. Leur implication dans le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire n'est que marginale, à la mesure du dispositif lui-même.

Dès lors que l'aide publique à la couverture complémentaire de santé s'étend au delà de la CMU-C, la mobilisation des organismes complémentaires, dans un cadre économiquement viable, est une condition essentielle de réussite du dispositif.

On notera également que l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a inséré à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale un alinéa prévoyant que les personnes dont le droit à la CMU-C arrive à expiration, bénéficient, pendant une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, du tiers payant pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie et maternité.

Lorsque ces personnes acquièrent une protection complémentaire à l'expiration de leur droit à la CMU-C, aucune période probatoire ne peut leur être opposée et elles bénéficient de la dispense d'avance de frais pour un an à compter de la date d'expiration de leur droit à la CMU-C dans des conditions prévues par décret. A ce jour, ce décret n'est pas publié.

6.1. L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire

6.1.1. Un principe repris par les trois grands régimes et par l'Etat

Pour atténuer l'effet de seuil, le principe de la mise en place d'un dispositif d'aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire a été envisagé par l'ensemble des partenaires nationaux (Etat, régime général, régime des travailleurs indépendants, régime agricole).

Pour autant, la mise en place de ce genre de dispositif a connu des modalités différentes selon les régimes, une implication différente de l'Etat et une application au niveau local des plus variées. L'objectif affiché lors de la mise en place de ces dispositifs était alors de garder une certaine convergence entre les dispositifs des différents régimes.

6.1.1.1. Le régime général

Les principes généraux initiaux étaient déjà exposés dans le premier rapport d'évaluation de la loi CMU. Leur rappel permet de mieux appréhender la situation actuelle où se juxtaposent différents dispositifs dont la convergence a été freinée.

6.1.1.1.1. Du soutien initial aux dispositifs locaux...

La convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS prévoit dans son article 2-4-1 « un examen des situations individuelles en marge de la CMU ». Elle inscrit à cet effet sur le budget du Fonds national d'action sanitaire et sociale des caisses une dotation annuelle de 61 millions d'euros, reconductible pendant la durée de la convention.

Au cours de sa réunion du 10 octobre 2000, la Commission de l'assurance maladie a décidé « de ne pas instaurer un dispositif national d'intervention » concernant cette enveloppe et de « laisser le choix aux caisses d'intervenir sur appréciation et examen des situations individuelles, soit (...) sous forme d'aides ponctuelles au paiement de cotisations de primes de contrats d'assurance complémentaire, en fonction des contextes locaux et notamment des accords de partenariats qu'elle devrait privilégier ; dans le cadre d'une prise en charge partielle et, le cas échéant partagée, des frais d'adhésion à un organisme complémentaire, il leur appartient d'établir un cahier des charges définissant le champ d'application et les modalités de mise en œuvre, dans le cadre des crédits limitatifs autorisés ».

L'application de ces principes a connu des difficultés sur le territoire national.

Le premier rapport d'évaluation de la loi CMU dressait un premier bilan des dispositifs mis en place fin 2001 et des disparités d'application au moins en terme de publics visés : « dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre la CNAMTS et les CPAM sur 2000-2003, 33 CPAM ont prévu des aides à la mutualisation (8 seules, 16 avec le Conseil général, 9 en négociation ou recherche de partenaires), et 25 CPAM ont mis en place ou prévu un dispositif non inclus dans le CPG. »

Le niveau des ressources permettant l'accès à l'aide était également très variable en 2001, pouvant s'étendre dans certaines caisses du plafond CMU jusqu'à plus de 1,11 fois ce plafond (soit de 548,9 à plus de 609,8 euros).

6.1.1.1.2. ...Vers la convergence nationale

Dans un discours devant l'Assemblée nationale lors de la lecture définitive du PLFSS 2002, Elisabeth Guigou, alors Ministre de l'emploi et de la solidarité, a annoncé la création d'un « nouveau dispositif permettant de réduire le coût d'acquisition d'un contrat de couverture maladie complémentaire pour les personnes dont les ressources sont à peine supérieures au plafond de la CMU. Ce dispositif bénéficiera aux quelques 2 millions de personnes qui dépendent du régime général et dont les ressources n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond de ressources de la CMU. (...) La mesure sera financée au moyen des crédits d'action sanitaire et sociale des caisses primaires d'assurance maladie. »

Un avenant n° 2 à la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS a été signé le 7 mars 2002. Il définit la mise en place, à partir du 1^{er} janvier 2002, d'un dispositif d'aide à l'amélioration de la couverture maladie des personnes dont les ressources sont immédiatement supérieures au plafond de la CMU sous la forme d'une aide financière à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire maladie auprès d'opérateurs de couverture maladie complémentaire.

Cette aide est financée par les caisses, au moyen de leurs crédits d'action sanitaire et sociale. Les conditions de son application sont décrites dans une circulaire de la CNAMTS (circulaire 112/2002 du 12 août 2002, cf. annexe 16).

Les caisses ayant mis en place auparavant des dispositifs locaux sont invitées à progressivement les faire converger vers le dispositif national, ce qui a provoqué quelques réticences.

➤ Le public ciblé

Les bénéficiaires sont « les personnes ou foyers dont les ressources, (...), n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond de la CMU en vigueur au moment de l'instruction de la demande d'attribution ou de renouvellement de la CMU ». Cette aide est valable « pour une période d'un an, reconductible sur la demande de la personne ou du foyer si ses ressources restent comprises entre le plafond de la CMU au moment de l'instruction de la demande de reconduction et ce plafond majoré de 10 %. Les bénéficiaires des contrats de sortie à tarif préférentiel (cf. infra) sont de plein droit éligibles à l'aide, sous réserve du montant de leurs ressources. En sont exclues les personnes déjà couvertes au titre d'un contrat de protection complémentaire collectif obligatoire ».

La population cible envisagée représentait environ 1,6 millions de personnes. A l'origine, ce niveau de ressources devait permettre la prise en compte des personnes aux ressources les plus faibles bénéficiaires de certains minima sociaux et fortement handicapés sur le terrain de la complémentaire santé (AAH, minimum vieillesse). Cependant, suite aux mesures annuelles de revalorisations des minima sociaux, le seuil retenu est devenu trop bas pour intégrer cette catégorie.

En euros pour une personne

	Plafond CMU	Plafond aide à la mutualisation	AAH	AAH + Forfait logement
Janvier 2002	548,82	603,70	569,38	618,05
Mars 2002	562,00	618,20	569,38	618,05
Janvier 2003	562,00	618,20	577,92	627,32
Juillet 2003	566,50	623,15	577,92	627,32

➤ Nature des contrats aidés

Les contrats éligibles à l'aide garantissent un panier de biens identique à celui de la CMU tel qu'il est défini dans l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier journalier, et des dépassements prévus en matière optique, dentaire et de correction auditive dans la limite des tarifs prévus par les arrêtés CMU du 31 décembre 1999 modifié. Les titulaires bénéficient de la dispense d'avance des frais. Toutefois, les tarifs ne sont pas opposables aux professionnels de santé, au contraire de la CMU.

Les organismes complémentaires souhaitant être éligibles à l'aide doivent s'engager à renoncer : à l'existence d'une période probatoire, à fixer une limite d'âge pour l'adhésion et à demander un questionnaire médical.

L'avenant prévoit que les caisses négocient avec les organismes complémentaires au plan local afin de déterminer les tarifs auxquels ces contrats seront proposés. Ces tarifs peuvent incorporer une modulation selon l'âge de l'assuré et la composition de la famille.

➤ Caractéristiques de l'aide

Le montant de l'aide est de 115 € en moyenne pour une personne. Il varie suivant la composition du foyer :

Composition du foyer	Montant de l'aide
Première personne	115,0 euros
Deuxième personne âgée de 18 ans ou plus	103,5 euros
Deuxième personne âgée de moins de 18 ans	57,5 euros
Par personne supplémentaire	57,5 euros

Pour les foyers de plus de cinq personnes, le montant de l'aide correspond à celui prévu pour un foyer de cinq personnes.

Il peut également varier selon l'âge des bénéficiaires au choix de la caisse selon les modalités suivantes. L'objet de cette modulation selon l'âge était de limiter l'effet d'éviction des publics les plus âgés par une tarification progressive avec l'âge.

Une majoration en faveur des personnes ou foyers dont les ressources excèdent de moins de 5 % le plafond de la CMU-C est possible, dès lors qu'elle est assortie d'une minoration équivalente pour les personnes ou les foyers dont les ressources excèdent le plafond de la CMU-C dans une proportion comprise entre 5 % et 10 %.

L'aide est versée directement par les caisses aux organismes complémentaires sur présentation des justificatifs attestant le paiement par l'adhérent de sa participation.

➤ Mise en oeuvre du dispositif national au niveau local

Les caisses doivent diffuser « par courrier à tous les organismes complémentaires installés dans leur circonscription (siège social ou point d'accueil) le cahier des charges » conforme aux recommandations nationales. Tous les autres organismes complémentaires peuvent spontanément faire une demande de participation auprès des caisses.

Ce cahier des charges précise le montant et les modulations de l'aide financée par la caisse.

Suite aux réponses reçues, la caisse dresse une liste des organismes dont les engagements sont conformes au cahier des charges. Cette liste est présentée au Conseil d'administration de la caisse. Elle est arrêtée suite à l'avis du Conseil et est valable jusqu'à l'expiration de la COG Etat-CNAMTS, soit fin 2003. Pour 2004, le conseil d'administration de la CNAMTS a demandé que le dispositif soit maintenu à titre transitoire.

Les caisses ayant mis en place des dispositifs d'aide à l'acquisition de contrats complémentaires auparavant (environ la moitié des caisses) ont été invitées à les faire converger progressivement vers le dispositif national : avant le terme de la convention si les conditions sont moins favorables aux bénéficiaires, au terme de la convention si les conditions sont plus favorables.

Dans l'attente de la mise en œuvre de ce dispositif, les caisses ont pu attribuer des aides individuelles sous la forme d'aides ponctuelles au paiement de cotisations ou de primes de contrats de complémentaires ainsi que de prestations classiques destinées à favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux dans la limite du panier de soins CMU. Dans une circulaire du 17 décembre 2002, la CNAMTS précise que les aides financières individuelles ne peuvent plus prendre la forme d'une participation ponctuelle à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

➤ Financement

Les crédits prévus dans la convention d'objectifs et de gestion pour le traitement des situations en marge de la CMU sont, à compter de la date de signature de l'avenant, affectés en priorité à l'aide à la mutualisation. Ils sont identifiés au sein d'une ligne budgétaire spécifique « dont aide à la mutualisation ».

Les crédits sont alloués sur la base d'évaluations prévisionnelles de dépenses calculées à partir de la population à la marge de la CMU dénombrée par circonscription et par caisse. Ce calcul s'appuie notamment sur le nombre de personnes titulaires de l'Allocation aux adultes handicapés et de l'Allocation supplémentaire vieillesse.

Les crédits non consommés font l'objet d'un report l'année suivante sur la même ligne.

en euros

CREDITS DU FNASS 2001-2003	EXERCICE 2001	EXERCICE 2002	EXERCICE 2003
Crédits initiaux de l'année	+ 75 877 005	+ 64 007 000	+ 80 339 040
Reports de l'année précédente		+ 51 504 092	+ 79 386 981
Budget de l'année	+ 75 877 005	+ 117 798 092	+ 160 118 393
Crédits consommés	- 24 372 913	- 38 411 111	
Reports sur l'année suivante	+ 51 504 092	+ 79 386 981	

Source : CNAMTS

6.1.1.2. Le régime des travailleurs indépendants

Le régime des travailleurs indépendants a été le premier à s'engager dans la mise en place d'un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour atténuer l'effet de seuil. Le 22 mai 2000, le Conseil d'administration de la CANAM adoptait un cahier des charges fixant les conditions d'éligibilité des contrats maladie complémentaire à l'intervention de l'action sanitaire et sociale (circulaire du 22 mars 2002, cf. annexe 17).

➤ Le public ciblé

La population concernée est celle dont les ressources sont comprises entre le plafond CMU et 1,3 fois ce plafond.

➤ Nature des contrats aidés

Les contrats aidés doivent avoir été reconnus conformes au cahier des charges du 22 mai 2000 par le conseil d'administration de la CANAM.

Trois variantes sont proposées au choix de l'assuré. L'une propose une couverture complémentaire de 100 % des tarifs conventionnels pour les honoraires et des suppléments de remboursement égaux à ceux prévus pour la CMU complémentaire. Les deux autres prévoient respectivement en matière d'honoraires des remboursements jusqu'à 150 % des tarifs conventionnels pour la première et jusqu'à 200 % pour la seconde. Pour ces deux variantes, les suppléments de remboursement sont au moins égaux à ceux prévus pour la CMU complémentaire.

Pour ces contrats, les bénéficiaires doivent avoir accès à une plateforme téléphonique de services.

Les organismes complémentaires souhaitant être éligibles à l'aide doivent s'engager à renoncer à l'existence d'une période probatoire, à fixer une limite d'âge pour l'adhésion des contrats et à la demande d'un questionnaire médical.

➤ Caractéristiques de l'aide

L'instruction du dossier de demande d'aide peut être effectuée sur demande spontanée de l'assuré et de façon systématique pour tous les refus d'admission à la CMU. Si le dossier est attribué, la CMR remet à l'assuré une attestation d'ouverture du droit à l'aide, valable un an de date à date.

Le barème de l'aide est fixé en fonction du niveau des ressources et du nombre de personnes couvertes. Une disposition du cahier des charges prévoit que chaque assuré ou ayant droit de plus de 65 ans compte pour deux. Le montant de l'aide pour une personne s'échelonne de 152 € à 76 € selon les ressources de l'intéressé.

A partir du duplicata du bulletin d'adhésion que l'OC remet à l'assuré, la CMR peut établir le montant de l'aide annuelle en fonction du nombre d'ayants droits. La cotisation est versée à l'année, selon la périodicité du paiement de la cotisation par l'assuré (annuelle, semestrielle ou trimestrielle).

Les organismes doivent signaler à la CMR les radiations intervenues suite notamment à un non-paiement des cotisations ou primes, afin que le versement de l'aide puisse être suspendu.

Pour les bénéficiaires de l'aide, le droit est réexaminé avant son expiration.

➤ Mise en œuvre du dispositif

Ce dispositif d'aide peut être mis en œuvre par une CMR dès lors que son Conseil d'administration a donné son accord.

➤ Financement

Le projet de budget 2002 du FNASS et le projet de convention d'objectifs et de gestion CANAM-Etat pour la période 2002-2005 prévoient les crédits spécifiques nécessaires à la mise en œuvre du dispositif d'aide aux assurés exclus de la CMU complémentaire légale.

6.1.1.3. Le régime agricole

Au niveau national, il est affiché que « le dispositif d'aide à la souscription d'une couverture complémentaire maladie, mis en place par les pouvoirs publics, est appliqué dans ses grandes lignes à la MSA depuis 2002, avec toutefois des spécificités liées à la nature du régime agricole » (document remis au conseil de surveillance du Fonds CMU du 17 juin 2003, cf. annexe 18).

Le Conseil d'administration a ainsi recommandé aux caisses :

- d'examiner au cas par cas les dossiers présentés, tout en tenant compte des ressources disponibles pour l'action sanitaire et sociale ;
- d'appliquer, lorsqu'elle décide d'intervenir, les mesures du dispositif mis en place par le régime général (public cible, type de contrat, montant de l'aide – 115 € pour une personne seule, etc.) ;
- de l'appliquer à tous les ressortissants agricoles quel que soit l'assureur.

Une aide financière est versée par la CCMSA aux caisses locales de MSA qui s'engagent dans ce dispositif. Le Conseil d'administration a décidé (séance du 24 avril 2003) de porter la contribution de la CCMSA à 50 % de l'effort propre consenti par chaque caisse (au lieu de 20 %) sur la base d'une dotation initiale calculée au prorata du nombre de bénéficiaires de la CMU-C. Le montant que la CCMSA a pu consacrer à ce dispositif en 2003 est de 1 million d'euros.

6.1.2. Résultats

6.1.2.1. Le régime général

La coexistence de deux types de dispositifs (dispositif local et dispositif national) a perduré à la fois du fait de problèmes techniques (retard de la CNAMTS dans la mise en place des applications informatiques, disponibles à partir du second trimestre 2003) que d'oppositions politiques des Conseils d'administration des caisses qui ont freiné sa mise en place.

Les éléments d'information contenus dans cette partie sont issus de la synthèse de la mise en œuvre de l'aide à la mutualisation dans les CPAM et les CGSS au 31 décembre 2002, réalisée par la DSS (à partir du réseau des DRASS) ainsi que de deux bilans de la mise en place de ce dispositif, réalisé par la CNAMTS (à partir du réseau des CPAM et des CGSS) datés de février et de juin 2003 (cf. annexe 19).

6.1.2.1.1. Dispositifs locaux

Dans le bilan de la DSS, il est constaté au 31 décembre 2002 que 63 caisses sur 108 avaient mis en place un dispositif local d'aide à la mutualisation. 18 de ces caisses ont décidé de le maintenir jusqu'au 31 décembre 2003 au motif qu'il était plus favorable, tant sur le montant de l'aide que sur le niveau du plafond de ressources.

Le bilan de la CNAMTS donne des éléments d'informations supplémentaires sur l'état des dispositifs locaux au début de l'année 2003 :

- Sur 48 CPAM ayant répondu à cette question, 517 organismes complémentaires ont adhéré au dispositif. En moyenne 11 organismes ont adhéré à chaque dispositif local ;
- Sur 76 caisses, dans 74 % des cas, il n'existe pas de tiers financeurs de ces dispositifs. Pour les autres, le Conseil général participe dans 14 circonscriptions, la DDASS dans 3 circonscriptions, le CCAS dans 3 circonscriptions et la mutualité du Rhône intervient dans le dispositif local instauré par la CPAM de Lyon.

Au niveau des bénéficiaires :

- sur 55 caisses, 105 174 contrats ont été proposés, mais seuls 47 554 ont été souscrits, soit un taux de recours de 45,21 % ;
- les bénéficiaires les plus importants en volume de ces dispositifs sont des assurés de plus de 60 ans, le nombre de bénéficiaires augmentant d'ailleurs avec l'âge. Cette tranche d'âge est celle qui tire le plus grand bénéfice de ce dispositif : le coût d'une couverture complémentaire en effet très élevé, voire insoutenable pour des personnes à revenus faibles ;
- au 30 juin 2003, le nombre de foyers aidés depuis la mise en place des dispositifs locaux est de 61 023.

La CNAMTS conclut ainsi que dans la majorité des dispositifs locaux existants :

- le plafond de ressources retenu est supérieur au plafond national d'aide à la mutualisation. La population cible est donc plus large ;
- les prestations couvertes et la durée de l'aide sont au moins identiques aux conditions définies par le dispositif national ;
- le montant de l'aide est supérieur aux 115 euros ;
- les bénéficiaires de ce dispositif sont peu nombreux au regard de la population cible ;
- les CPAM continuent de verser des aides financières individuelles aux assurés qui remplissent les conditions d'ouverture des droits à l'aide à la mutualisation.

En ce qui concerne la consommation des crédits alloués à l'aide à la mutualisation, la CNAMTS précise dans un bilan présenté en Commission d'action sanitaire et sociale du 12 mars 2003, qu'au 15 novembre 2002 :

- les dépenses engagées par les 76 caisses ayant un dispositif local s'élevaient à 9 762 702 euros, soit 13,42 % des crédits notifiés,
- les aides individuelles octroyées par 97 caisses s'élevaient à 9 950 103 euros, soit 12,35 % des crédits notifiés.

➤ Quelques exemples de dispositifs locaux

Les dispositifs locaux mis en place ont pu prendre des formes très différentes :

- prise en charge de cotisations de couverture complémentaire ;
- prise en charge ponctuelle des frais de santé ;
- système d'auto-assurance au sein de la caisse : les bénéficiaires ont droit à une prestation très proche de celle de la CMU-C, complètement gérée par la caisse.

Les dispositifs locaux varient également beaucoup quant au choix du public ciblé ou au montant de l'aide allouée à un bénéficiaire. Ils peuvent également varier quant à la durée d'intervention, certaines aides étant accordées pour deux ans avec une dégressivité de l'aide au cours de la deuxième année. Les résultats sont également très variables d'une caisse à l'autre, en terme de recours au dispositif et de consommation des crédits.

Quelques exemples de dispositifs ayant ou non rempli leurs objectifs sont exposés en annexe 20.

6.1.2.1.2. Dispositif national

Dans son bilan au 31 décembre 2002, la DSS donne quelques éléments d'information sur le déroulement de la mise en place du dispositif et la période de négociation entre CPAM et OC.

Trois caisses se sont opposées à la mise en œuvre du dispositif national. Deux d'entre elles ont refusé cette application bien qu'elles n'aient pas mis en place de dispositif local. Ces décisions de refus ont fait l'objet d'une annulation par la DRASS. Une autre a reporté sa décision dans l'attente d'une prise de décision des partenaires locaux et d'une réponse de la CNAMTS quant à l'opposabilité du tarif du panier de soins aux chirurgiens dentistes.

A cette date et en règle générale, au moins tous les organismes ayant leur siège dans le département ou une représentation départementale ont été contactés. Les candidatures qui ont été retenues sont celles qui sont conformes au cahier des charges.

Au 30 juin 2003, 68 caisses s'étaient dotées d'un dispositif correspondant au cadre national.

	Nombre de caisses ayant répondu	Pourcentage
Convergence en cours	30	24,60 %
Maintien du dispositif local	14	11,47 %
Ne souhaite pas mettre en place de dispositif d'aide à la mutualisation	1	0,82 %
Dispositif national en cours de mise en place	9	7,38 %
Dispositif national opérationnel	68	55,74 %
TOTAL	122	100,00 %

➤ Propositions de tarifs des organismes complémentaires

Les tarifs proposés, soit par tranche d'âge, soit par âge, sont très variables d'un OC à l'autre. La comparaison des offres s'avère très difficile car elles s'inscrivent dans une fourchette très large et pour des modulations selon l'âge pouvant être très différentes.

L'enquête de la CNAMTS au début de l'année 2003 résume les propositions en comparant quelques scénarios :

En euros

	Coût annuel minimum du contrat	Coût annuel maximum du contrat	Coût annuel médian du contrat
Personne seule de moins de 18 ans	115,20	732,00	261,68
Couple entre 18 et 39 ans avec deux enfants	405,95	2 399,04	1 177,03
Couple entre 40 et 59 ans avec un enfant de plus de 18 ans	504,00	2 268,00	1 300,17
Couple de plus de 60 ans	457,44	2 850,00	1 264,14

Au regard de ces résultats, la CNAMTS indique que :

- Etant donnée la catégorie de revenus concernée, la part restant à la charge du bénéficiaire est dans bien des cas très importante, voire insoutenable pour certaines tranches d'âge. Seuls quelques organismes complémentaires rendent possible l'accès

à ce dispositif pour certaines catégories d'âge, mais si quelques uns ont un rayonnement national, la plupart ne sont pas présents sur tout le territoire.

- Seul un organisme avait adressé des offres tarifaires à l'ensemble des CPAM qui laissaient un reste à charge inférieur à 4,20 %¹⁶ des ressources de l'assuré dans trois des situations familiales étudiées (personne seule de moins de 18 ans, couple entre 18 et 39 ans avec deux enfants, couple de plus de 60 ans). Ce reste à charge était de 5,05 % dans la 4ème situation (couple de 40 à 59 ans avec un enfant de plus de 18 ans à charge).
- Si on ne retenait, comme critère, que les caisses où le reste à charge potentiel est inférieur à 4,20 %, seules 14 caisses seraient concernées.

Ces résultats ont un caractère surprenant : alors que les offreurs se sont retrouvés en situation de concurrence sur un même produit, les offres sont très variées, l'écart pouvant aller de 1 à 6 entre les tarifs les plus chers et les moins chers. On peut également s'étonner de la stratégie choisie par certains organismes complémentaires au regard des tarifs proposés pour un contrat visant des publics aux ressources qui restent très faibles.

Tel qu'il apparaissait au début de l'année 2003, le dispositif national était peu attractif compte tenu du montant du reste à charge laissé au bénéficiaire, et ne permettait donc pas un accès égal et équitable à une couverture complémentaire maladie.

Ces données sont confirmées par l'enquête de la CNAMTS. Au 30 juin 2003, sur les 171 conventions dont le reste à charge a été signalé, 75 laissent un reste à charge inférieur à 4,20 % des ressources de l'assuré, et 96 laissent un reste à charge supérieur à 4,20 %.

➤ Public touché

Au 30 juin 2003, les 68 CPAM ayant un dispositif opérationnel signalent avoir aidé 4 215 foyers, soit 62 foyers par CPAM. Sur 67 caisses, cela représente 7 431 personnes, soit en moyenne entre une et deux personnes par foyer, soit 0,03 % de l'ensemble de la population protégée et 0,46 % de la population cible (1,6 millions de personnes).

La participation moyenne par bénéficiaire ayant adhéré au dispositif sur le premier semestre s'élève à 50,16 €.

A titre indicatif, on peut également retenir que sur 54 CPAM, 27,90 % des foyers aidés bénéficiaient de l'AAH et que sur 52 CPAM, 18,08 % des foyers aidés bénéficiaient du minimum vieillesse.

La répartition des bénéficiaires par tranche d'âge indique une plus faible présence des personnes de moins de 18 ans (29,2 %) que parmi les personnes couvertes par la CMU-C (43 %), ainsi qu'une nette surreprésentation des tranches d'âge les plus âgées : 17,1 % de plus de 60 ans contre 4,8 % dans la CMU-C.

➤ Consommation des crédits

Le montant des dépenses engagées sur l'enveloppe du FNASS dédiée à l'aide à la mutualisation entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2003 par 121 CPAM s'établit à 13 022 533 euros, soit 8,70 % des crédits inscrits au budget rectificatif du FNASS qui s'élevait à 152 083 853 euros. La prévision de consommation est de 18 % sur l'année.

¹⁶ 4,20 % est le reste à charge potentiel d'un bénéficiaire de la CMU (montant forfaitaire du contrat rapporté au plafond de ressources annuel, soit 283/6744). Ce pourcentage des revenus annuels peut être retenu comme un repère dans l'observation de la somme qu'un foyer peut accorder à l'acquisition d'une couverture santé.

La consommation de cette enveloppe se décompose de la façon suivante :

	Pourcentage
Aides financières individuelles pour la prise en charge de prestations de type panier de biens CMU	51,40
Prise en charge de cotisations d'adhésion à un OC (dispositif local)	41,52
Aides financières individuelles versée dans le cadre d'un dispositif type carte santé (prise en charge systématique du ticket modérateur)	5,22
Prise en charge de cotisations d'adhésion à un OC (dispositif national)	1,86
TOTAL	100,00

➤ Partenariats financiers

Au moment de la conception de ce dispositif, le partenariat avec des tiers payeurs, en particulier avec le Conseil général, était fortement souhaité. Ainsi Madame Guigou déclarait : « ce nouveau dispositif ne fera pas obstacle au développement de partenariats locaux élargis aux Conseils généraux en matière d'accès aux soins des plus démunis. » La circulaire de la CNAMTS du 12 août 2002 évoque également la possibilité de cofinancements, soit dans l'objectif d'augmenter le montant de l'aide par personne et ainsi diminuer le reste à charge, soit en vue d'étendre le public cible et améliorer l'atténuation de l'effet de seuil.

Au 30 juin 2003, 12 CPAM (soit 17,65 % des dispositifs opérationnels) avaient pu développer un partenariat financier avec les Conseils généraux.

6.1.2.1.3. Premières impressions : le constat d'un échec

La montée en charge de ce dispositif a été très longue : il a été annoncé en novembre 2001, l'avenant à été signé le 7 mars 2002, la circulaire est parue le 12 août. Cette durée a été nécessaire à la négociation, à chaque étape, entre la CNAMTS et les fédérations d'organismes complémentaires. Puis, la durée moyenne de la négociation locale, entre l'envoi du cahier des charges et la signature des conventions, a été évaluée à trois mois et demi. Au final, dans un certain nombre de cas, ce dispositif n'a été effectif qu'à partir du second trimestre 2003. Par ailleurs, les outils informatiques permettant la mise en place du tiers payant coordonné ont retardé l'implication des CPAM (absence de code d'identification des contrats aidés pour le tiers payant coordonné).

Ce délai traduit sûrement une faible mobilisation des caisses à l'engagement dans ce dispositif. Les raisons de l'échec de ce dispositif sont d'ailleurs évoquées par les caisses :

- les propositions de tarifs sont très élevées, surtout pour les populations les plus à risque (personnes âgées) et souvent peu lisibles. En parallèle, le montant de l'aide est trop faible. Le reste à charge atteint donc un niveau tel qu'il rend la proposition peu attrayante, voire insoutenable pour les potentiels bénéficiaires ;
- les caisses ayant auparavant un système plus favorable ont préféré maintenir leur dispositif au moins jusqu'à la fin de l'année 2003 ;
- le retrait des Conseils généraux, qui ne se sont pas impliqués dans le financement de ce dispositif ;
- certains conseils d'administration ont été freinés également par la modulation tarifaire selon l'âge ;
- enfin certains directeurs et conseils d'administration de caisses ont, dès l'origine, marqué une opposition au principe même de ce dispositif, ou se sont interrogés sur sa légitimité : financer un contrat auprès d'assureurs complémentaires sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses, c'est-à-dire à partir des cotisations des assurés sociaux.

Trois facteurs doivent être mis en évidence pour expliquer l'échec du dispositif.

Tout d'abord une erreur de cible : si un des objectifs premiers de ce dispositif était de prendre en charge les minima sociaux à la marge de la CMU (planchers de l'AAH et du minimum vieillesse), le barème de ressources retenu pour le présent dispositif (tranche de revenu située entre le plafond CMU et 1,1 fois le plafond CMU) n'a pas suivi l'évolution de ces minima sociaux. Ce public a été rapidement exclu de ce dispositif. Pour élargir le public concerné, le Conseil d'administration de la CNAMTS a donné mandat, lors de sa séance du 8 juillet 2003, au Président et au Directeur de la CNAMTS pour signer un nouvel avenant à la COG, afin de revaloriser de façon significative le plafond d'accès au dispositif d'aide à la mutualisation.

Les organismes complémentaires ont réalisé des offres non compatibles avec le niveau de ressources du public visé (au maximum 1,1 fois le plafond de la CMU-C). La prestation était encadrée dans son contenu (au minimum égal à la prise en charge par la CMU-C, y compris la prise en charge illimitée du forfait journalier), mais pas dans son tarif. On l'a vu, les offres ont pu varier de 1 à 6. Certains organismes ont fait des offres assez chères : les personnes les plus jeunes n'ont pas besoin d'un tel panier de prestations, alors que les personnes plus âgées se sont vu proposer des tarifs plus que dissuasifs. Au regard de ces propositions, on peut penser que certains organismes ont souhaité afficher leur participation dans le dispositif tout en souhaitant éviter le public ciblé.

Mais surtout ce dispositif a été long et lourd à mettre en place, en particulier du fait des négociations. Le cadre national, qui visait à garantir un accès aux droits à peu près égal sur le territoire a figé le dispositif alors que celui-ci est financé par les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses. Il y a là une contradiction directe avec le rôle de ces fonds, qui ont pour objectif de venir en secours sur des cas ponctuels, et non de garantir l'accès à une prestation à toute une catégorie de la population.

6.1.2.2. Le régime des travailleurs indépendants

En décembre 2000, le Conseil d'administration de la CANAM agréait le premier opérateur. Les années 2001 et 2002 ont été consacrées à la mise en place de ce dispositif au niveau des CMR. En octobre 2003, 35 opérateurs ont été reconnus conformes au cahier des charges par le Conseil d'administration, dont la majeure partie depuis fin 2002. Six opérateurs ont une compétence nationale, les autres ont une compétence régionale voire départementale.

Lors de la mise en place de ce dispositif, le public cible était estimé à 85 000 personnes.

Concernant le premier semestre 2003, la CANAM indique les résultats suivants :

- 2 488 attestations d'ouverture du droit à l'aide ont été délivrées ;
- 562 aides ont été versées ;
- 623 bénéficiaires sont concernés par ce dispositif ;
- la dépense s'élève, en octobre 2003, à 87 932 euros, soit 141 euros par bénéficiaire.

La montée en charge du dispositif expliquerait en partie ces faibles résultats. Il semble qu'il n'y aurait pas d'opposition au dispositif au niveau des caisses mais tout comme dans le régime général, sa mise en place a été difficile.

6.1.2.3. Le régime agricole

L'année 2002 a été une année de montée en charge : 29 caisses sur 78 se sont engagées dans le dispositif et la contribution de la Caisse centrale a été de 63 500 €, soit 6,94 % du montant de l'enveloppe.

La CCMSA souligne un certain nombre de points faibles déjà mis en avant par la CNAMTS : offres tarifaires très hétérogènes, reste à charge trop élevé. La CCMSA constate par ailleurs que le nombre d'organismes complémentaires prêts à s'engager s'est révélé faible et que les organismes complémentaires sont assez réticents pour proposer l'ensemble des garanties du panier de soins de la CMU-C et en particulier le forfait hospitalier à durée illimitée.

6.1.3. Les contrats à tarif préférentiel

L'article 23 de la loi du 27 juillet 1999 prévoit qu'« à l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (la CMU-C), toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L. 861-4 de ce code (gestion par un organisme complémentaire d'assurance maladie) reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ».

Ce tarif a été fixé par arrêté du 27 avril 2001 au montant de la déduction annuelle dont bénéficient les organismes complémentaires pour la gestion d'un contrat de bénéficiaire de la CMU-C (soit 283 € en 2003). Ce tarif est majoré de 90 % lorsqu'un second adulte est couvert par le contrat et de 50 % pour les trois personnes suivantes. Au delà de cinq personnes, le tarif est plafonné au montant prévu pour cinq personnes.

Les titulaires d'un contrat à tarif préférentiel peuvent bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire présentée ci-dessus.

Si les prestations couvertes sont les mêmes que pour la CMU-C, les professionnels de santé ne sont pas tenus par les limitations de tarif imposées pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ainsi, par exemple, un médecin de secteur 2 doit s'en tenir au tarif de responsabilité pour un bénéficiaire de la CMU-C mais peut appliquer un dépassement pour les personnes couvertes par le contrat de sortie.

La volonté du législateur a été de permettre une sortie « accompagnée » du dispositif CMU limitant, pour les personnes ayant une meilleure situation financière, le coût du contrat faisant suite à la CMU-C gratuite. Cette garantie ne concerne que les bénéficiaires dont le contrat était géré par un OC ; la masse des bénéficiaires (86 %), qui ont fait le choix d'une caisse de sécurité sociale pour gérer leur dossier, ne bénéficient pas de cette possibilité de contrat de sortie.

Il convient d'abord de noter que pour les organismes complémentaires, en moyenne, ce contrat est déficitaire. En effet, hors frais de gestion, et d'après les calculs du Fonds CMU, le montant des dépenses engagées pour chaque bénéficiaire de la CMU-C est, en moyenne, supérieur, pour 2001 et 2002, au montant de la déduction, et donc du tarif du contrat de sortie. En prévision, la situation est la même en 2003 quoique de moindre ampleur.

Du point de vue des bénéficiaires potentiels, même encadré, le tarif de ce contrat peut constituer un frein à l'adhésion, notamment pour les foyers excédant de peu le plafond de ressources pour l'aide à

l'acquisition d'une couverture complémentaire. Ainsi, pour un ménage de deux adultes et deux enfants, le tarif est de 820 € par an (68 € mensuel) soit 6 % du SMIC.

Une étude a été réalisée pour mesurer la portée de ce dispositif d'accompagnement de la sortie de la CMU-C. La fédération nationale des mutuelles interprofessionnelles a accepté, dans le cadre de ce rapport, d'interroger des mutuelles adhérentes (le questionnaire a été rendu anonyme).

L'étude concerne des organismes qui gèrent 100 000 contrats de bénéficiaires de la CMU-C.

On peut classer ces organismes en deux catégories : ceux qui déclarent mener une politique active pour le placement de contrats à tarif préférentiel (10 organismes : 37 000 bénéficiaires) et ceux qui reconnaissent ne pas en mener (22 mutuelles : 69 000 bénéficiaires).

Pour les deux groupes, le taux de sortants (bénéficiaires de la CMU-C non renouvelés sur un an) est identique : 34 %.

De même, le taux de contrats de sortie signés est identique : 8 %. Pourtant, dans le premier groupe, une lettre est systématiquement adressée préalablement à la sortie du dispositif CMU alors que dans le second, ce courrier n'est adressé que dans 6 cas sur 22. Une politique « active » ne semble donc pas avoir de conséquences sur la signature de contrats.

Les organismes complémentaires expliquent ce faible taux pour un quart par le tarif du contrat trop élevé et pour un autre quart par l'existence de contrats plus adaptés – les deux autres quarts sans explication.

D'autres contrats sont signés par des sortants de la CMU-C. Ils sont 13 % à le faire dans le groupe 1 et 19 % dans le groupe 2.

A l'issue du contrat « aidé », dans la moitié des cas, un nouveau contrat « ordinaire » est signé (résultat identique dans les deux groupes). Dans très peu de cas (9 % - groupe 1 - et 5 % - groupe 2), un retour à la CMU-C explique la non signature d'un nouveau contrat.

Les conclusions tirées de cette étude limitée sont corroborées par un ensemble d'éléments recueillis à l'occasion de la préparation du présent rapport.

Il en ressort donc l'échec du dispositif qui ne permet pas à la population concernée de conserver une complémentaire censée lui permettre l'accès aux soins.

6.1.4. L'échec des aides pour une couverture complémentaire

Si l'on extrapole les résultats de l'étude de la partie qui précède à l'ensemble des bénéficiaires sortant de la CMU-C et dont le dossier est géré par un OC (200 000 personnes par an), seuls 25 % au maximum restent couverts par une complémentaire (8 % par le contrat de sortie, 17 % par un contrat ordinaire). Ainsi, 150 000 personnes gérées par les OC dans le cadre de la CMU-C restent sans couverture complémentaire à la fin de leur droit à la CMU.

Ces mêmes taux appliqués à l'ensemble des sortants de la CMU-C, que leur dossier ait été géré par une caisse d'assurance maladie ou un OC (on imagine mal un taux plus élevé alors que le contrat, pour les personnes ayant choisi les caisses, n'a pas de limitation de tarif), aboutit à un chiffre de plus d'un million de personnes laissées sans protection complémentaire à l'issue de la CMU.

L'échec de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire vient malheureusement confirmer ce diagnostic.

Le coût important de la couverture complémentaire (même avec une aide financière) est bien un obstacle pour y accéder mais surtout pour accéder aux soins (c'était d'ailleurs la raison d'être de la CMU-C, complémentaire gratuite).

Cette analyse confirme que si la CMU-C peut être considérée comme une réelle avancée pour l'accès aux soins des plus démunis, les personnes légèrement au dessus du seuil de la CMU sont pour leur part confrontées à des difficultés non résolues.

CONCLUSION

La loi CMU du 27 juillet 1999 avait comme principale finalité, de permettre un accès aux soins des personnes ayant de faibles ressources. La conclusion générale de ce deuxième rapport d'évaluation de la loi est que cet objectif a été atteint.

Le simple fait que le nombre des bénéficiaires de la CMU complémentaire dépasse quatre millions et demi de personnes contre trois millions pour les anciens bénéficiaires de l'Aide médicale départementale en est un témoignage.

L'appréciation générale que l'on peut porter, et que portent tous les acteurs du dispositif qui ont été rencontrés, est donc globalement positive.

A cet égard la note de contribution d'octobre 2003 qu'a adressée « Médecins sans frontières » résume bien l'application de la loi CMU au terme de sa quatrième année d'existence.

« Pendant plus de dix ans MSF a soigné des personnes sans accès aux soins dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Aujourd'hui dans une ville comme Marseille, MSF n'a plus aucune activité médicale et le nouveau programme est consacré aux droits sociaux des étrangers. La loi CMU a permis la fermeture de certains centres médicaux, et l'ouverture de programmes est désormais centrée sur d'autres activités. Les bénéficiaires de la CMU sont à l'intérieur du système de soins et non dans les salles d'attente humanitaires. Nous avons cessé de faire de l'accès aux soins en général et de la CMU en particulier le centre de notre observation ».

L'utilisation des caisses locales de sécurité sociale, principalement les CPAM, mais aussi les caisses du régime agricole et du régime des travailleurs indépendants, comme guichet unique d'accueil et d'affiliation des populations les plus défavorisées s'est avérée être une simplification et une facilité importante.

Même si dans les premiers mois de la CMU, les organismes complémentaires ont pu avoir le sentiment que certaines caisses cherchaient à conserver ce public, cette situation n'existe plus. De surcroît, les relations entre régimes de base et régimes complémentaires doivent être considérées comme de bonne qualité, bien qu'il subsiste ici ou là quelques retards dans les échanges d'informations.

Sur le plan financier, la CMU ne peut être accusée d'avoir apporté une dérive. L'analyse des coûts moyens développée dans le corps du rapport fait ressortir des dépenses moyennes un peu inférieures à 300 €, soit un coût plus faible que nombre de contrats complémentaires classiques. De plus ce coût ne paraît pas connaître une évolution significativement différente de celle des dépenses de santé.

Toutefois la nécessité d'améliorer le dispositif subsiste.

Tout d'abord, concernant la fraude à la CMU, il serait tout aussi inexact de croire qu'elle est inexistante, que de considérer qu'elle est d'une ampleur massive. Néanmoins des marges d'amélioration existent sur ce sujet.

Mais le principal sujet de préoccupation reste sans conteste celui de l'effet de seuil du plafond de ressources applicable à la CMU Complémentaire.

Au demeurant, cette difficulté avait été perçue et débattue dès la discussion de la loi. Elle était rappelée dans le premier rapport d'évaluation. Elle n'a, à ce jour, toujours pas trouvé de solution satisfaisante.

Le contrat de « sortie » de la CMU-C et les dispositifs mis en place par les grands régimes d'assurance maladie de base, pour aider à l'acquisition d'une couverture complémentaire, en faveur de ceux qui se trouvent juste au-dessus du seuil se sont tous révélés être jusqu'à présent des échecs.

Les raisons de cet échec s'expliquent probablement aussi bien par la relative complexité des dispositifs imaginés, qu'en raison de l'important « reste à charge » que doivent supporter ceux qui acceptent de recourir à ce type de dispositif.

Trouver une solution permettant de faire face à cette lacune importante du dispositif CMU-C constitue sans nul doute le prochain chantier important à mener.